KATHOLISCHE HOCHSCHULE FREIBURG
- STAATLICH ANERKANNT -

Mütter mit Fetaler Alkoholspektrumstörung und die Trennung von ihrem leiblichen Kind

Wahrnehmung und Bewertung der erlebten Trennung und der bisher erfahrenen Unterstützungsmaßnahmen

Bachelorarbeit

Verfasserin: **Rebekka Loos**
E-Mail: rebekkaloos@gmx.de
Matrikelnummer: 21012378
Studiengang: Heilpädagogik/ Inclusive Education
Modul: M 16 Bachelor-Thesis
Fachsemester: 10. Semester
Semester: Sommersemester 2023

1. Betreuer: Herr Prof. Dr. Bernd Traxl
2. Betreuer: Herr Prof. Dr. med. Claus Muke

Inhaltsverzeichnis

Abstract **4**

Abkürzungsverzeichnis **5**

Abbildungsverzeichnis **5**

1 Einleitung **6**

2 Theoretische Grundlagen **8**

2.1 FASD bei Erwachsenen **8**

2.1.1 Definition FASD 8

2.1.2 Sekundäre Störungen und Komorbidität 9

2.1.3 FASD- eine Behinderung? 10

2.1.4 Prävalenz 11

2.1.5 Diagnostik im Erwachsenenalter 11

2.1.6 Alkoholkonsum und Suchtentwicklung 14

2.2 Elternschaft mit FASD **16**

2.2.1 Historische Betrachtung 16

2.2.2 Elterliche Kompetenzen 19

2.2.3 Unterstützungsangebote 21

2.3 Mutter-Kind-Trennung **23**

2.3.1 Hilfeplanverfahren und Fremdunterbringung 23

2.3.2 Bindungstheorie nach Bowlby 25

2.3.3 Auswirkungen für die Mutter 26

3 Aktueller Forschungsstand **28**

4 Empirie **37**

4.1 Zielsetzung und Fragestellungen **37**

4.2 Methodik **37**

4.2.1 Forschungsansatz 38

4.2.2 Stichprobe und Feldzugang 38

4.2.3 Datenerhebung und Durchführung 39

4.2.4 Datenauswertung 40

5 Ergebnisdarstellung **42**

5.1 FASD der Mütter **42**

5.1.1 Diagnosestellung 42

5.1.2 Symptomatik 43
5.1.3 Bestehende Unterstützungsformen 45

5.2 Kenntnisstand 45

5.3 Verlauf der Elternschaft 46
5.3.1 Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes 46
5.3.2 Zeit nach Geburt 46
5.3.3 Herausforderungen 47
5.3.4 Aktuelle Situation 47
5.3.5 Wunsch nach beziehungsweise bevorstehende Veränderung 48

5.4 Beratung und Begleitung 48

5.5 Trennung 51
5.5.1 Begründung 51
5.5.2 Fremdbestimmung 52
5.5.3 Auswirkungen 52

5.6 Wunsch bezüglich Unterstützungsangeboten 54

6 Diskussion 56

6.1 Beantwortung der Forschungsfragen 56

6.2 Kritische Reflexion der Methodik 63

6.3 Limitationen 63

6.4 Bezug zur Heilpädagogik 64

7 Fazit und Ausblick 67

Literaturverzeichnis 69

Ehrenwörtliche Erklärung 73

Anhang 74

Anhangsverzeichnis 74

Abstract

Mithilfe eines qualitativen Studiendesigns wurden fünf Mütter, die die fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) haben, zu ihrer Wahrnehmung und Bewertung der erlebten Trennung von ihrem Kind und der erfahrenen Unterstützungsangebote in leitfadengestützten Telefoninterviews befragt. Die Daten wurden Anfang 2023 im Rahmen einer Bachelorarbeit durch eine Studierende der Katholischen Hochschule in Freiburg erfasst, ausgewertet und verschriftlicht. Die Forschung weist auf einen mangelnden Kenntnisstand zu FASD und den Rechten der Betroffenen in Bezug auf Elternschaft hin. Dies führt zu einem Bedarf an früheren Diagnosen, flächendeckenden individuell angepassten Unterstützungsangeboten, einer ressourcenorientierteren Haltung gegenüber Müttern mit FASD und zuletzt an einer angemesseneren Begleitung, um fremdbestimmte Trennungen von Mutter und Kind vermeiden zu können.

Keywords: Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), Elternschaft, Trennung, Unterstützungsangebote, Fremdbestimmung

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ARND	Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störungen
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
Bhp	Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V.
Bmfsfj	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ESA	Epidemiologische Suchtsurvey
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetale Alkoholspektrumstörung(en)
ICD-11	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IQ	Intelligenzquotient
pFAS	Partielles fetales Alkoholsyndrom
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZNS	Zentrales Nervensystem

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sekundäre Störungen im Überblick, gegliedert nach Altersgruppen (Becker 2020, 105 nach Streissguth et al. 1996) 9
Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO, DIMDI 2012) 10
Abb. 3: Diagnostischer Algorithmus bei Verdacht auf FAS (Landgraf, Heinen 2016, 167) 13
Abb. 4: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018, 100) 41
Abb. 5: Hauptkategorien der Forschung (f4analyse) 41

1 Einleitung

Es wäre anzunehmen, dass eine Störung, von der in Deutschland circa 1,5 Millionen Menschen betroffen sind (Hennicke et al. 2020), in den Teilen der Gesellschaft, die im pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Bereich arbeiten, bekannt sein sollte. Dass „mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft […] häufig zu Schäden beim ungeborenen Kind [führt]“ (ebd.) scheint mittlerweile auch in großen Teilen der Gesellschaft angekommen zu sein. Aber welche langfristigen Folgen der Konsum mit sich bringen kann, wurde erst mit Beginn des 21. Jahrhunderts nach und nach erforscht. Durch vorwiegend US-amerikanischen Forschungen Ende des 20. Jahrhunderts konnte das Persistieren dieser Störung bis in das Erwachsenenalter nachgewiesen werden:

> *“The natural history of FAS* can now be traced into adulthood*. Although mental retardation is not necessarily predictable from the diagnosis alone, major psychosocial problems and lifelong adjustment problems were characteristic of most of these patients.” (Streissguth et al. 1991, 1965–1966).*

Die Abkürzung FAS steht für das Fetales Alkoholsyndrom, welches mit weiteren alkoholbedingten Störungsformen unter dem Oberbegriff *Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)* zusammengefasst wird. Die verschiedenen Bezeichnungen beschreiben dabei die unterschiedlich ausgeprägten Symptome der betroffenen Menschen.

Aufgrund von intrauteriner Alkoholexposition entstehen unterschiedliche Behinderungsformen noch vor Geburt des Kindes. Dadurch kann es zu verschiedenen Auffälligkeiten des körperlichen Wachstums kommen (Hennicke et al. 2020, 1). Da auch häufig das zentrale Nervensystem betroffen ist, kann es zu einer geistigen bzw. intellektuellen Behinderung mit Defiziten in folgenden Bereichen kommen: Wahrnehmung, Lernen und Sprache, Exekutivfunktionen, visuell-räumliche Verarbeitung, Gedächtnis und Aufmerksamkeit (ICD-11). Dies kann sich auf die Entwicklung, die Kognition und das Verhalten auswirken, was zu Einschränkungen im Alltag führen kann (Hennicke et a. 2020, 1). Viele Menschen mit FASD bleiben aufgrund von mangelndem Kenntnisstand über die Diagnose undiagnostiziert (Landgraf et al. 2017, 105).

Obwohl die Forschung zu FASD weiterhin wächst und auch die Forschung zu betroffenen Menschen im Erwachsenenalter zunehmend in den Fokus rückt, stellt „die Fetale Alkoholspektrumstörung eine der häufigsten angeborenen Erkrankungen dar [...], ohne als solche bislang erkannt und berücksichtigt zu werden“ (Landgraf u. Heinen 2016, 17).

Diese Arbeit möchte sich mit der Elternschaft von Menschen mit FASD befassen. Auch hierzu ist bis dato wenig Forschung veröffentlicht worden. Rutman und Van Bibber sprechen von einer „knowlegde gap“, die es noch zu schließen gilt (2010, 353). Dass Eltern mit FASD häufig von ihrem Kind getrennt wurden, erfuhr die Studierende in der Recherche über eine spezialisierte Sozialpädagogin des Vereins Sonnenhof e.V. aus Berlin.

Somit soll sich diese Arbeit den Müttern mit FASD zuwenden, die eine Trennung von ihrem Kind erfahren haben. Um das Thema zu erforschen, wurden Interviews mit fünf Betroffenen geführt. Neben dem FASD ging es primär um das Erleben und Bewerten der Trennung und der erfahrenen Unterstützungsangeboten.

Die Forschungsfragen der Arbeit lauten somit:

1. Wie tritt das FASD bei den befragten Müttern auf und wie wurde/wird die Elternschaft wahrgenommen und bewertet?
2. Auf welchen Kenntnisstand in Bezug auf FASD stoßen die befragten Mütter in den erfahrenen Unterstützungsangeboten?
3. Welche Beratung, Begleitung und Unterstützungsangebote erfahren die Mütter vor, während und nach der Trennung?
4. Wann fand die Trennung statt, wie wurde diese begründet und wie wurde diese von den befragten Müttern wahrgenommen und bewertet?
5. Sind Angebote, die die Trennung verhindern könnten, erwünscht?
6. Welche Unterstützungsangebote benötigt es aus Sicht der Mütter mit FASD zusätzlich?

Zu Beginn der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen dargestellt, worauf der aktuelle Forschungsstand folgt. Im empirischen Teil werden die Fragestellungen und Zielsetzungen erneut aufgegriffen, um über die Methodik der Forschung hinweg auf die Ergebnisse der durchgeführten Interviews einzugehen. Diese werden abschließend im Hinblick auf die Forschungsfragen diskutiert. Das Fazit beendet die Arbeit.

2 Theoretische Grundlagen

Das folgende Kapitel ist in drei Bereiche unterteilt. Es soll zunächst auf die Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Erwachsenen geblickt werden, um anschließend auf die Elternschaft bei Müttern mit FASD eingehen zu können. Zuletzt rückt die Trennung von Müttern mit FASD und deren leibliches Kind in die Betrachtung.

2.1 FASD bei Erwachsenen

Um das Thema FASD im Erwachsenenalter abdecken zu können, soll neben einer ersten Definition des Störungsbilds mitsamt der sekundären und komorbiden Störungen, auf die Prävalenzen von FASD und die Diagnostik im Erwachsenenalter eingegangen werden. Schließlich wird das Thema Alkoholkonsum und Suchtentwicklung bei erwachsenen Menschen mit FASD ausgeführt.

2.1.1 Definition FASD

Die Fetalen Alkoholspektrumstörungen werden durch die englische Bezeichnung der *Fetale Alcohol Spectrum Disorder* mit FASD abgekürzt. Der Begriff dient als Oberbegriff und umfasst somit das Spektrum der möglichen Störungsbilder bedingt durch vorgeburtliche Alkoholexposition.

Das Vollbild der Störung, das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), wird im ICD-11 (International Classification of Diseases, 11. Revision) als Multiple Entwicklungsanomalien oder -syndrome (LD2F.00) aufgeführt und kennzeichnet sich demzufolge durch den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, welcher „pränatale und/oder postnatale Wachstumsdefizite (Gewicht und/oder Größe <10. Perzentile); eine einzigartige Ansammlung kleinerer Gesichtsanomalien (kurze Lidspalten, flaches und glattes Philtrum und dünne Oberlippe), die in allen ethnischen Gruppen auftreten, bei der Geburt erkennbar sind und sich mit zunehmendem Alter nicht vermindern“ (ICD-11, LD2F.00, eigene Übersetzung) auslöst. Durch „schwergradige Anomalien des Zentralnervensystems [kann es zu] Mikrozephalie sowie kognitive und Verhaltens-Störungen [wie] geistige Behinderung, Defizite in der allgemeinen Wahrnehmung, beim Lernen und in der Sprache, bei der Exekutivfunktion, der visuell-räumlichen Verarbeitung, dem Gedächtnis und der Aufmerksamkeit“ (ebd.) kommen.

Die Bezeichnung pFAS, die für das partielle fetale Alkoholsyndrom steht, wird genutzt, wenn zwei der drei typischen Gesichtsveränderungen beim Kind auftreten, mindestens drei Bereiche des zentralen Nervensystems (ZNS) betroffen sind und ein „Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft wahrscheinlich oder bestätigt ist“ (Becker et al. 2020b, 80).

Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störungen, im Englischen Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders (ARND), zeigen sich bei Menschen, die keine physischen körperlichen Zeichen aufweisen, jedoch ein „komplexes Muster an nicht altersgemäßer Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Störungen bestehe, die nicht allein durch genetische Prädisposition, psychosozialen Hintergrund und damit verbundene Belastungen erklärt werden können“ (Spohr 2016, 12). Frühere Bezeichnungen wie Fetale Alkoholeffekte/ Fetal Alcohol Effects (FAE) und Alkoholembryopathie (AE) sind nicht mehr in Gebrauch.
Menschen mit FASD können aufgrund von Einschränkungen der exekutiven Funktionen häufig ihr Potenzial, auch bei durchschnittlichem Intelligenzquotienten (IQ), nicht entfalten (Becker et al. 2020a). Häufig liegen Einschränkungen des adaptiven Funktionsniveaus vor (ebd.), also „Störungen in der sozialen Kommunikation und Interaktion, Beeinträchtigung von Fertigkeiten der alltäglichen Lebensführung und der motorischen Fähigkeiten“ (Becker 2020a, 111).

2.1.2 Sekundäre Störungen und Komorbidität

Bereits die Langzeitforschung von Streissguth et al. Mitte der Neunziger zeigt die „Schwere sekundärer Störungen“ (Becker 2020c, 104). Diese werden im Folgenden näher beschrieben und sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt.

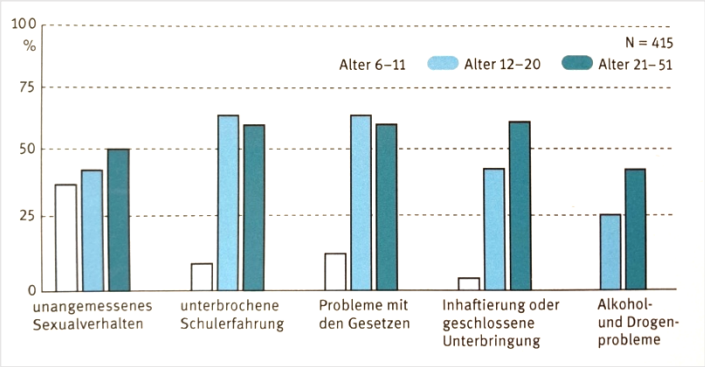

Abb. 1: Sekundäre Störungen im Überblick, gegliedert nach Altersgruppen (Becker 2020, 105 nach Streissguth et al. 1996)

In dieser Erhebung schlossen Menschen mit FASD in mehr als der Hälfte der Fälle die Schule nicht ab oder unterbrachen die Schulzeit (Streissguth et al. 1996). Auch im Berufsleben treffen sie häufig auf Probleme (ebd.). Circa 50% der Befragten wurden mindestens einmal inhaftiert oder kamen in eine geschlossene Unterbringung in einer Psychiatrie in ihrem Leben. Viele Menschen mit FASD sind trotz Volljährigkeit nicht selbstständig und haben Probleme mit Gesetzen, Sexualverhalten und Sucht (ebd.).
Popova et al. (2016) bestätigen durch ihre Review “428 comorbid conditions co-occurring in individuals with FASD, spanning across 18 of 22 chapters of the ICD-10” (Popova et al. 2016, 978). Die pränatale Alkoholexposition stellt demnach einen wesentlichen klinischen Risikofaktor für die komorbiden Störungen dar (ebd.). Die Hälfte der erwachsenen Befragte erlebten nach Streissguth et al. (1996) eine Depression, 43% äußerten eine Selbstmorddrohung und circa 35% erfuhren Panikattacken (Streissguth et al. 1996, 35). Das FASD-Fachzentrum Sonnenhof zählt zudem weitere komorbide Störungen auf wie „Autismus oder […] Asperger’s Syndrom, bipolaren Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, Schizophrenie,

Störungen des Sozialverhaltens, reaktiver Bindungsstörung, posttraumatischer Belastungsstörung“ (FASD Fachzentrum o.D., 2).

Um sekundäre Störungen möglichst vermeiden oder reduzieren zu können, sollte eine frühe Diagnose und ein stabiles, gewaltfreies Umfeld nach Streissguth et al. (2004) vorliegen. Zu diesem Ergebnis kommen auch Freunscht u. Feldmann (2019).

> „Eine frühzeitige, im Kindesalter erfolgte Diagnosestellung, spezielle Fördermaßnahmen und eine umfassende Betreuung können die Schärfe der im Erwachsenenalter auftretenden Probleme abmildern und die betroffenen Patienten vor schwerwiegenden gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Folgen schützen.“ (161).

2.1.3 FASD- eine Behinderung?

Behinderung wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als ein bio-psycho-soziales Gefüge (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2023) definiert und zeigt damit das neue Verständnis von Behinderung auf (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp)) . „Die ICF dient fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen“ (ebd.). Mit Berücksichtigung der Kontextfaktoren können in dieser Klassifikation die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen erfasst werden (ebd.). Das Bio-psycho-soziale Modell, basierend auf dem sozialen Modell der 1980er Jahre, verdeutlicht, dass „Behinderung […] kein Ergebnis medizinischer Pathologie, sondern das Produkt sozialer Organisation [ist]. […]. Menschen werden nicht auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen behindert, sondern durch das soziale System, das Barrieren gegen ihre Partizipation errichtet“ (Waldschmidt 2005, 18). Somit soll „Behinderung nicht mehr als ein individuelles und naturbehaftetes Problem, was in einer Person zu suchen wäre“ (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp), 7) gelten, sondern als ein Wechselwirkungsprozess der Faktoren des Modells der WHO, siehe Abb. 2, verstanden werden (ebd.). „Entscheidend ist also nicht allein die organische Schädigung oder funktionelle Störung einer Person, sondern wie sich diese im Zusammenhang mit Kontextfaktoren auswirkt“ (Lenz et al. 2010, 20). Somit ist Behinderung anhand einer Beeinträchtigung der gesellschaftlich üblichen Aktivität oder Teilhabe zu erkennen (ebd.).

Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO, DIMDI 2012)

Im dritten Sozialgesetzbuch wird Behinderung außerdem wie folgt definiert:

> „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“ (§ 2 Absatz 1 SGB IX).

Menschen mit FASD besitzen durch die Hirnschädigung häufig ein Funktionsniveau, das dem der Menschen mit einer geistigen Behinderung entspricht, erhalten aber die Diagnose einer geistigen Behinderung aufgrund eines IQs gleich 70 oder höher nicht. „[I]n der Regel [weisen Menschen mit FASD] die gleichen Funktionsstörungen und die gleichen Schwierigkeiten im Sozialverhalten auf, wie Menschen mit einer geistigen Behinderung“ (Brown 2020, 115).

2.1.4 Prävalenz

Eine aufsuchende Studie aus Italien (May et al. 2006) geht von einer Prävalenz der FASD von mindestens 2% aller Kinder aus, wobei das Vollbild FAS nur bei circa 10% aller Kinder vorliege (Landgraf u. Heinen 2016).

Kraus et al. (2019) konnten in Deutschland für das Jahr 2014 eine Inzidenz von 41 Kindern pro 10.000 Lebendgeburten mit FAS und 177 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten mit FASD, somit mehr als 12.000 Kinder pro Jahr, erfassen. Wie viele in Deutschland lebende Menschen von einer Form der FASD betroffen sind, ist unklar. Wenn man die italienischen Ergebnisse auf Deutschland überträgt, kann von 1,5 Millionen FASD-betroffenen Menschen ausgegangen werden (Hennicke et al. 2020). „Nur ein Bruchteil dieser Menschen erhält tatsächlich die Diagnose FASD“ (Landgraf et al. 2017, 105).

2.1.5 Diagnostik im Erwachsenenalter

In Deutschland wird die sogenannte S3-Leitlinie (Landgraf u. Heinen 2016) zur Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen eingesetzt. Diese wurde 2012 für das Vollbild konzipiert und 2016 mit den Störungsbildern pFAS und ARND ergänzt (ebd.). Die Leitlinie war bis Anfang 2021 gültig und wird aktuell überarbeitet. Sie ist für Kinder und Jugendliche von Geburt bis zum 18. Lebensjahr ausgelegt. Für Erwachsene mit FASD gibt es bislang keine diagnostischen Empfehlungen, da langfristige Studien, die „phänotypischen Auffälligkeiten und Verhaltensweisen von Erwachsenen mit FASD systematisch untersuchen“ (Landgraf 2020, 81) bislang nicht vorliegen. Deshalb wird näher auf die bisherige S3-Leitlinie eingegangen.

Die S3-Leitlinie orientiert sich an vier Diagnostiksäulen: (1) Wachstumsstörungen, (2) faziale Auffälligkeiten, (3) Auffälligkeiten des ZNS und (4) intrauterine Alkoholexposition.
Für das Vollbild FAS werden alle vier Kriterien zur Diagnosebildung genutzt: Zum einen wird untersucht, ob mindestens eine Wachstumsauffälligkeit vorliegt. Zudem wird auf drei definierte Auffälligkeiten des Gesichts und zuletzt auf eine funktionelle oder strukturelle Auffälligkeit des zentralen Nervensystems geachtet (Landgraf 2020). Eine Bestätigung des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft muss bei dieser Diagnose nicht zwingend vorliegen (ebd.).
Bei den Wachstumsauffälligkeiten wird auf das Geburts- oder Körpergewicht, die Geburts- oder Körperlänge und den Body Mass Index geachtet. Wenn diese kleiner oder gleich der 10. Perzentile sind, liegt eine Auffälligkeit diesbezüglich vor (Landgraf u. Hoff 2019). Jedoch ist, bei allen drei Säulen, die sich auf Auffälligkeiten beziehen, auf Differenzialdiagnosen zu achten. Es „sollte ausgeschlossen werden, dass die Wachstumsstörung allein durch andere Ursachen wie familiärer Kleinwuchs […], pränatale Mangelzustände, Skelettdysplasien, hormonelle Störungen, genetische Syndrome, chronische Erkrankungen, Malabsorption, Mangelernährung oder Vernachlässigung erklärt werden kann“ (Landgraf u. Hoff 2019, 32).
Die definierten Auffälligkeiten des Gesichtes beziehen sich auf kurze Lidspalten, ein verstrichenes Philtrum (vertikale Furche zwischen Nase und Oberlippe) und eine schmale Oberlippe. Auch hier sollten Differentialdiagnosen wie genetisch bedingte Erkrankungen und andere toxische Effekte in der Schwangerschaft ausgeschlossen werden (Landgraf 2020). Beurteilt wird nach Messung oder anhand eines Fotos basierend auf den jeweiligen Perzentilenkurven. Die Kombination dieser drei Auffälligkeiten ist für die Diagnose FAS sehr spezifisch (Landgraf u. Hoff 2019), wird aber bei vielen Betroffenen mit dem Heranwachsen weniger deutlich erkennbar (ebd.). Auch, wenn die typischen Merkmale aktuell nicht mehr feststellbar sind, kann mithilfe von Bildern aus dem Kleinkind- und Kindesalter die Diagnostiksäule erfüllt sein.
Bei den Auffälligkeiten des ZNS wird zum einen genauer auf den Intelligenzquotienten (IQ) geachtet. Eine Intelligenzminderung in Form eines IQs von kleiner als 70 ist relevant. Bei Kindern, deren IQ noch nicht bestimmt werden kann, wird untersucht, ob eine „signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung“ (Landgraf 2020, 78) vorliegt. Bei den Fetalen Alkoholspektrumstörungen sind typischerweise folgende Teilbereiche beeinträchtigt: „Sprache, Feinmotorik, räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten, Lern- und Merkfähigkeit, exekutive Funktionen, Rechenfertigkeit, Aufmerksamkeit und soziale Fertigkeiten oder Verhalten“ (Landgraf 2020, 79).
Im Gegensatz zu dem FAS muss bei dem *partiellen fetalen Alkoholsyndrom* auf drei von vier Säulen geblickt werden. Es müssen zwei der drei fazialen Merkmale vorliegen und mindestens drei Auffälligkeiten des ZNS. Letzteres deckt sich mit den bereits genannten Bereichen,

schließt aber zusätzlich noch Epilepsie und fein- oder grobmotorische Koordination mit ein. Bei der Diagnose des pFAS sollte ein Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft wahrscheinlich oder bestätigt sein (Landgraf 2020).
Das letzte Störungsbild, das die S3-Leitlinie beinhaltet, ist ARND. Diese *alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung* wird über Auffälligkeiten des ZNS und einem bestätigten mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft diagnostiziert (ebd.). Dieser muss im Gegensatz zur Diagnose von FAS und pFAS bestätigt sein, „da das alleinige Auftreten von bestimmten ZNS-Defiziten nicht spezifisch für eine alkoholtoxische Gehirnschädigung ist. Die Wachstums- und fazialen Auffälligkeiten werden nicht zur Diagnosestellung herangezogen (Landgraf u. Hoff 2019).

Nur wenige der Kinder, die von intrauteriner Alkoholexposition betroffen sind, kommen mit Vollbild auf die Welt. Die „allermeisten Kinder zeigen diskretere äußerliche, neuropsychologische und kognitive Beeinträchtigungen“ (Becker et al. 2020b, 2). Durch nur schwer erkenntliche Symptome kommt es seltener zu einer korrekten Diagnose der Spektrumstörungen und deren sekundären Folgen (ebd.). Bei Erwachsenen mit FASD sind die FASD-typischen äußerlichen Auffälligkeiten häufig bereits verwachsen und somit meist weniger prominent (ebd.). Durch Fotos aus dem Kindesalter kann trotz dessen bei Erwachsenen eine Diagnostik erfolgen. Erschwert wird die Anamnese auch, wenn der mütterliche Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nicht bestätigt werden kann, beispielweise wenn das Kind mit FASD in einer Pflege- oder Adoptivfamilie aufwächst. Zudem kann, selbst bei leiblichen Müttern, eine „Verzerrung […] ihrer Auskünfte hinsichtlich sozialer Erwünschtheit“ (Landgraf u. Hoff 2019, 36) erfolgen. Es kann durch das breite Bild der möglichen Differentialdiagnosen zu Fehldiagnosen kommen. Dies ist „aufgrund der möglichen sozialen Stigmatisierung unbedingt […] [zu vermeiden]“ (Landgraf u. Hoff 2019, 43).
Das Forschungsteam von Streissguth et al. konnten erfassen: Je später die Diagnose gestellt wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für negative Konsequenzen (Streissguth et al. 2004). Eine frühe Diagnose ermöglicht den betreuenden Familien, sich wirksam für die Bedürfnisse der Kinder einzusetzen (Streissguth et al. 2004, 234–235).
Die S3-Leitlinie sollte über Angebote wie *Pocketcards für alle*

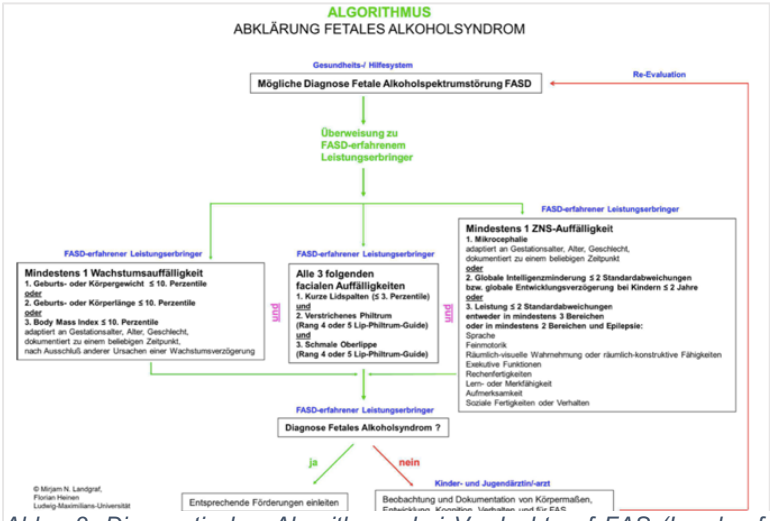

Abb. 3: Diagnostischer Algorithmus bei Verdacht auf FAS (Landgraf, Heinen 2016, 167)

Beteiligte des Gesundheits- und Hilfesystems (Landgraf 2015) in den letzten Jahren implementiert werden. Darin wird neben dem Leitlinien-Algorithmus für die Abklärung des von FAS im Kinder- und Jugendalter (siehe Abb. 3) auch mit Links zu weiterführenden Seiten wie zum Beispiel FASD Deutschland e.V. gearbeitet (ebd.).

Trotzdem kann von einer „chronischen Unterdiagnostik“ (Becker 2020b, 85) gesprochen werden, deren Besserung durch die S3-Leitlinie nur für das Vollbild FAS und für Betroffene unter 18 Jahren absehbar und teilweise bereits in Veränderungsprozessen erkenntlich ist (ebd.).

> „Aufgrund klinischer Erfahrung kann für Deutschland konstatiert werden, dass Erwachsene mit FASD zu einem Großteil nicht (Paditz, 2012; Spohr, 2014) oder fehldiagnostiziert (Jost u. Krause, 2008) sind und falsch behandelt werden (Becker u. Hantelmann, 2013; Freunscht u. Feldmann, 2014; Landeck et al., 2019). In Psychiatrien sind sie überrepräsentiert, jedoch unterdiagnostiziert (Eyal u. O’Connor, 2011), da der Kenntnisstand über FASD im Erwachsenenbereich noch ‚in den Kinderschuhen‘ steckt.“ (Becker 2020b, 85).

Gerade die Unterformen von FASD sind nach Gela Becker nicht ausreichend bei Fachdiensten bekannt, was zu einer inkorrekten Zuordnung und Behandlung führt (Becker 2020b).

Ein Mangel an geeigneten Angeboten ist erkenntlich durch eine beschriebene Situation des FASD-Fachzentrums Sonnenhof, bei welchem Pflege- oder Adoptiveltern ihr erwachsenes Kind vorstellen und „verzweifelt [sind], weil sie hochbetagt keine Versorgung ihrer erwachsenen, auf Hilfe angewiesenen Kinder sehen“ (Becker et al. 2020a, 90–91).

Das Fachzentrum verfolgt das gesundheitspolitische Ziel, dass FASD Diagnostik im Erwachsenenbereich zukünftig ebenfalls als Teil der Regelversorgung wird (Becker et al. 2020a). „Die konkrete Realisierung wird im Expertenkreis intensiv diskutiert“ (Landgraf 2015, 19).

2.1.6 Alkoholkonsum und Suchtentwicklung

Die Fetale Alkoholspektrumstörung resultiert aus Alkoholkonsum (während der Schwangerschaft) und prädisponiert meist die von der Behinderung betroffenen Menschen zugleich dafür. Denn wenn die Schwangere, oft durch Abhängigkeit getrieben, Alkohol konsumiert, erhöhen sich für den Fötus im Mutterleib gleichzeitig die „Gefahren der Suchtentwicklung, die im Keim pränatal angelegt werden“ (Löser 1995, 140).

Die Droge Alkohol ist eine „psychoaktive Substanz, die Abhängigkeit erzeugen kann“ (Lange et al. 2016, 3). Als legale Droge kann diese in Deutschland nahezu uneingeschränkt als Nahrungs-, Genuss-, und Suchtmittel konsumiert werden. Die breite und einfache Verfügbarkeit in Kombination mit geringen Preisen und dem legalen, frühen Einstiegsalter stellen Risiken für eine Suchtstörung dar (Becker et al. 2020b, 159).

In Deutschland geht man von einem durchschnittlich Alkoholkonsum von jährlich zehn Liter reinen Alkohol pro Kopf aus (ebd.). Hochrechnungen von Rauschert et al. (2022) basierend auf der Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2021 ergaben genaueres: Aus der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung konsumieren 7,9 Millionen Menschen Alkohol in einer gesundheitlich

riskanten Form (ebd.), was über längerem Zeitraum zu chronischen Krankheiten wie Krebserkrankungen, Leber- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen kann (ebd.). Das episodische Rauschtrinken hingegen, das bei 12 Millionen Menschen innerhalb von 30 Tagen an mindestens einem Tag vorkommt, führt allerdings hauptsächlich zu akuten Erkrankungen und Verletzungen. Diese Verletzungen können auch Dritte treffen, wenn es durch den Alkoholkonsum zu Verkehrsunfällen kommt, oder der Fötus im Mutterleib durch den Konsum geschädigt wird (Rauschert et al. 2022, 531).

Die Prävalenz von Frauen, die in der Schwangerschaft wissentlich und regelmäßig Alkohol konsumieren, liegt in Europa zwischen 14,4 bis 30% (Landgraf u. Heinen 2016). „Da diese Daten auf Befragungen der Mütter basieren, ist aufgrund des erheblichen gesellschaftlichen Erwartungsdruckes [jedoch] von einem deutlichen Underreporting auszugehen“ (Landgraf u. Heinen 2016, 16). Nicht jeder Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft führt zu einer FASD des Kindes, jedoch kann „keine für das ungeborene Kind ungefährliche, gleichermaßen für alle Schwangeren und jeden Schwangerschaftszeitpunkt geltende, (Grenz-) Menge an Alkohol festgelegt werden“ (Landgraf 2017, 104-105 nach Centre for Disease Control, 2016). Risikofaktoren für die Entwicklung einer FASD sind hoher und/oder chronischer Alkoholkonsum, Alkoholkonsum während der gesamten Schwangerschaft, Alkoholkonsum im ersten und zweiten Trimester im Gegensatz zu Alkoholkonsum ausschließlich im dritten Trimester und außerdem die Einnahme von Amphetaminen oder multiplen Drogen (Landgraf u. Heinen 2016, 19). Auch mütterliche Risikofaktoren wie ein Alter über 30 Jahre, die ethnische Zugehörigkeit, der sozioökonomische Status, eine Unterernährung bzw. ein Mangel an Spurenelementen oder Vitaminen, Stress, Komplikationen bei der Geburt, ein bereits von FASD betroffenes Kind in der Familie und der genetische Hintergrund wurden aufgeführt (ebd.).

Generell ist in der deutschen Gesellschaft eine Verharmlosung gegenüber der Droge Alkohol zu erkennen. Sie wird weitgehend unkritisch und positiv betrachtet (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2022) trotz der Schädigungen, die sich für den Konsumenten, das Umfeld und Dritte ergeben. Präventionskonzepte und -methoden sind seitens der Politik in Deutschland vermehrt seit 2006 im Fokus, seitdem eine „EU-Strategie zur Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Verringerung alkoholbedingter Schäden“ (Europäische Kommission) verabschiedet wurde. Näher auf die präventiven Ansätze, auch auf politischer Ebene, einzugehen, entspricht nicht der Fokussierung dieser Arbeit. Insgesamt kann aber ein Rückgang des sogenannten Pro-Kopf-Konsums der Bevölkerung erkannt werden. Trotzdem liegt Deutschland im internationalen Vergleich weiterhin über dem Durchschnitt der EU-Mitgliedsstaaten (Lange et al. 2016).

Nach Streissguth et al. (1996) entwickeln 46% der erwachsenen Menschen mit FASD eine Suchtproblematik. Auch Pfinder et al. (2014) konnten bei Kindern beziehungsweise

Jugendlichen mit pränatalem Alkoholeinfluss im Alter von 11-17 Jahren ein erhöhtes Risiko für regelmäßigen Alkohol- und illegalen Drogenkonsum feststellen. Besonders bei Studienteilnehmerinnen konnte dieser Zusammenhang entdeckt werden (Pfinder et al. 2014, 150).
Zur Entwicklung einer Suchterkrankung tragen verschiedene Faktoren bei. Konkret bei Menschen mit FASD ist „vor dem Hintergrund der pränatalen Einflüsse“ (Klein 2020b, 159) nicht nur bei der initialen Konsumerfahrung mit „hoher Vorsicht, Achtsamkeit und sensiblen Selbstkontrollstrategien“ (ebd.) vorzugehen. Durch die Beeinträchtigung der kognitiven und exekutiven Funktionen können Betroffene häufig die kurzfristigen, positiven Konsequenzen des Alkohols wahrnehmen, jedoch die langfristigen Folgen der Droge erst spät erkennen und meist nicht dem ursprünglichen Verhalten zuordnen (Klein 2020b).
Hinzu kommt, dass Menschen mit FASD häufiger auf Faktoren treffen, die problematischen Alkoholkonsum bedingen. So kann beispielsweise das Konsummotiv, aus dem Alltag, Mobbing und Stress entfliehen zu wollen, eine wichtige Rolle für FASD-Betroffene spielen (ebd.). Auch wenn Alkohol zur Bekämpfung von negativen Emotionen wie „Selbstwertproblemen, Ängsten, depressiven Verstimmungen und Sorgen“ (Klein 2020b, 160) eingesetzt wird, kann dies die Entstehung von einem Alkoholkonsumproblem bedingen. Zudem können psychische Erkrankungen, die als sekundäre Behinderungen bei Menschen mit FASD oft auftreten, eine Ausgangslage darstellen, die Betroffenen mit Alkoholkonsum und dessen „sedierende, anregende und insgesamt bewusstseinsverändernde Wirkungen“ (Klein 2020b, 160) verändert möchten. Neben weiteren Faktoren stellt die soziale Gruppe der Betroffenen, ein Risikofaktor für diese dar. Dort könnte zum übermäßigen Konsum angeregt oder auch durch Druck zum Mittrinken animiert werden. Besonders für Menschen mit FASD kann dies, vor allem in der Jugendzeit, „aufgrund ihrer leichten sozialen Manipulierbarkeit“ (Klein 2020b, 160) relevant sein.

2.2 Elternschaft mit FASD

Um näher auf elterliche Kompetenzen und Unterstützungsangebote eingehen zu können, soll vorab in Erinnerung gerufen werden, wie Elternschaft bei Menschen mit einer Behinderung im Verlauf seit Beginn des 20. Jahrhunderts bis heute betrachtet wurde und wird.

2.2.1 Historische Betrachtung

In diesem Abschnitt soll mit wenigen, historisch-markanten Ereignissen die starke Wandlung der historischen Betrachtung von Elternschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung niedergebrochen werden. Dieser Versuch kann nicht die vollständige Entwicklung mitsamt politischen und geschichtlichen Entwicklungen abbilden. Doch es ist entscheidend zu verstehen, wann sich Annahmen über Elternschaften von Menschen mit geistiger Behinderung gebildet und teils verfestigt haben.

Gerade bei der Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung werden häufig veraltete Mythen und Argumente herangezogen, die diesen Menschen vor allem die Fähigkeit, elterliche Kompetenzen zu besitzen oder zu entwickeln, absprechen (Lenz et al. 2010). Prangenberg (2008) zeigt auf, dass sich diese wenigen zentralen Annahmen bis in die neunziger Jahre „als nahezu unverrückbare Überzeugungen herausgebildet haben“ (Prangenberg 2015, 26). Diese Mythen sind jedoch stets im historischen Kontext zu betrachten. So ist die Fachliteratur bezüglich dem Thema Elternschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und historischer Abläufe und Geschehnisse zu sehen. Es wird sich im Folgenden an den vier zeitlichen Phasen des Autors orientiert.

„Seit Anfang des 20. Jahrhunderts bis Ende des zweiten Weltkrieges“ (Prangenberg 2015, 27) kann von einer eugenischen und genetischen Debatte gesprochen werden. Die eugenische Debatte begründet sich in der Frage nach der Entstehung von geistiger Behinderung und deren Ausbreitung. Somit verfolgen Studien dieser Ausrichtungen das Ziel der Beseitigung und Eindämmung des Phänomens (Prangenberg 2015). Hier liegt in der damaligen Zeit der Mythos vor, dass die geistige Behinderung zwangsläufig vererbt wird. „Eine Diskussion etwaiger sozialisatorischer Einflüsse [wie beispielsweise das Lebensumfeld] fehlt in dieser Zeit gänzlich“ (Prangenberg 2015, 28). Zusätzlich kommt es zu einer negative Grundhaltung gegenüber von Menschen mit geistiger Behinderung, wodurch auch die Elternschaft dieser strikte Ablehnung erfährt.

Während der Zeit des Nationalsozialismus führte diese extreme Ablehnung und die internationale Überzeugung an eine zwingende Vererbung der geistigen Behinderung zum „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, welches die Grundlage für Zwangssterilisationen und Ermordungen dieser Personengruppe schuf (Prangenberg 2015).

> „Die Vorstellung, dass Menschen mit geistiger Behinderung keine Eltern werden dürfen, wurde vor dem Hintergrund einer ideologische verklärten Vorstellung der Familie und des Mutterbildes endgültig verfestigt.“ (Prangenberg 2015, 30)

Auch nach Ende des zweiten Weltkrieges wurde weiterhin bezüglich der Verbreitung und Eingrenzung geforscht. Die Sterilisation wurde in dieser Zeit weiterhin, mit der Begründung von sozioökonomischen Mehrkosten bei Menschen mit geistiger Behinderung und deren „nach damaligen Vorstellungen wiederum behinderten“ (Prangenberg 2015, 31) Kindern legitimiert. Auch eine Institutionalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung sollte eine Elternschaft dieser verhindern (ebd.). Trotz dessen wurde es angestrebt die Lebensumstände in diesen Familien zu erfassen. „Die Bewertung der elterlichen Kompetenzen sowie die Betrachtung kindlicher Entwicklungsverläufe sollten die Diskussion über den Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung stützen. Eine Überforderung der Eltern, kindliche Entwicklungsverzögerungen oder eine geistige Behinderung der Nachkommen dienten

dabei als Argument, Elternschaft abzulehnen“ (Prangenberg 2015, 32). Zudem sprach nach damaligen Ansichten eine große Familie für eine unzureichende Familienplanung, was wiederum weiter zur Ablehnung der Elternschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung führte (ebd.). Diese Ablehnung hielt sich bis Ende der sechziger Jahre. Langsam wurden auch sozialisatorische Bedingungen und deren Einflussnahme auf die Elternschaft betrachtet (ebd.). Die Ablehnung wurde allmählich aufgegeben und wich einer vorsichtigen Anerkennung der sexuellen Bedürfnisse und einem Unterstützungsgedanken dieser Eltern (ebd.). Es wurde dennoch vorwiegend auf die negativen Belastungsmomente der Eltern mit geistiger Behinderung geblickt, anstelle einer Dokumentation gelingender Elternschaften bzw. Familienleben (ebd.). Die Anwendung von Sterilisation entwickelte sich nichtsdestotrotz als „weit verbreitete Praxis, dem Kinderwunsch zu begegnen, eine Lösung, die bis in die Gegenwart Bedeutung hat und Anwendung findet“ (Prangenberg 2015, 33).

Dank der siebziger Jahre und dessen „Neubewertung der Sexualität des Menschen als Fassette menschlicher Individualität“ (Prangenberg 2015, 34) stieg zwar die Zahl der Elternschaften, zugleich stellt dies die betreuenden Dienste jedoch vor eine Herausforderung, die in Bezug auf die Lebenssituationen von Kindern geistig behinderter Eltern meist unzureichend Wissen haben und sich aufgrund dessen häufig an Klischees und Fehleinschätzungen bedienen (Prangenberg 2015 nach Gillberg u. Geijer-Karlsson 1983).

Seit den achtziger Jahren bis heute prägen Normalisierung und Deinstitutionalisierung die Diskussion. Es besteht ein Streben nach dem Erfassen „der [tatsächlichen] Lebenssituationen von Menschen mit einer geistigen Behinderung und Einzelaspekten ihrer Elternschaft“ (Prangenberg 2015, 36). Unter anderem ausgelöst von dem Betreuungsgesetz 1992 änderten sich zum einen die Annahmen über Elternschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung und es kam zu einem „Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe hin zu Normalisierung und Selbstbestimmung aus“ (Lenz et al., 26). Zum anderen bedingte dies den Ausbau von ambulanten Unterstützungsangeboten für Menschen mit intellektueller Behinderung. Durch die Deinstitutionalisierung ermöglichte man neue ambulante Unterstützungsangebote und Wohnformen, die der Personengruppe mehr Autonomie und den Betreuenden weniger Kontrollmöglichkeiten gab (Prangenberg 2015, 36). Menschen mit geistiger Behinderung erlangten meist wieder Selbstbestimmung über ihre Sexualität und konnten die Wohnform, bspw. ein Zusammenleben mit ihrem Partner, frei wählen (ebd.). Die Zahlen der Kinder von Menschen mit geistiger Behinderung stiegen als Folge der Normalisierung und Deinstitutionalisierung. Es herrschte gegenüber den elterlichen Kompetenzen dieser und der Entwicklung deren Kinder jedoch noch immer eine negative Haltung vor. So war eine Fremdunterbringung des Kindes von Menschen mit geistiger Behinderung oder Lernschwierigkeiten bis in die 1990er Jahre hinein die gängige Lösung (Rohmann 2014). Mit ersten Betreuungskonzepten, journalistische Artikel und Literatur aus dem Unterstützungsalltag konnte nach und nach eine Akzeptanz dem Thema

Elternschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung erreicht werden (Prangenberg 2015). Zuletzt ging es nicht mehr um die Frage, ob diese Personengruppe „Eltern werden sollen – können – dürfen“ (Prangenberg 2015, 38), sondern inwiefern eine Elternschaft deren gestaltet und begleitet werden kann. In der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die in Deutschland 2009 in Kraft trat, ist das „Recht von Menschen mit Behinderungen auf Elternschaft international anerkannt und rechtlich verankert“ (Rohmann 2014, 13). Folglich hat sich die grundlegende Haltung zur Thematik gewandelt: Die negative Grundhaltung wich einer solchen, die verstärkt auf die familiäre und professionelle Unterstützung blickt und die Ressourcen der Eltern betont, aber zugleich auf zu erlernende Kompetenzen hervorhebt (Prangenberg 2015).

> „Es kann aber ein Konflikt auftreten zwischen den Rechten der Eltern und den Rechten des Kindes, wenn Kinder nicht angemessen versorgt werden und eine Gefährdung des Kindeswohl vorliegt. Der Konflikt muss aber nicht zwangsläufig auftreten, wenn Menschen mit geistiger Behinderung Hilfen bei der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder erhalten“ (Biewer 2017, 112).

Damit Eltern mit Behinderungen mit ihrem/n Kind/ern zusammenleben könne, bedarf es spezielle, wirksame und passgenaue Unterstützungsangebote. Hierfür ist die Kooperation verschiedener Hilfesysteme eine entscheidende Voraussetzung (Lenz et al. 2010).

2.2.2 Elterliche Kompetenzen

Für das leibliche Kind und dessen Leben Sorge und Verantwortung zu tragen, ist von Geburt des Kindes an vorerst das Recht der Eltern. Das ist neben der UN-BRK auch im Grundgesetz verankert: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“ (GG, Artikel 6, Absatz 2).

Noch immer scheinen Menschen mit Behinderung diese Aufgabe und das Sorgerecht entzogen zu bekommen. In der Begründung der Handlung wird häufig die Frage aufgeworfen, „inwiefern […] [Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernschwierigkeiten] die erforderlichen Kompetenzen besitzen, um die elterliche Sorge verantwortlich zum Wohl des Kindes auszuüben“ (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 219) und ob durch die geistige Behinderung der Eltern ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsverzögerungen bei dem Kind besteht (Sanders 2015). Was ist unter elterlicher Kompetenz zu verstehen und besitzen Menschen mit FASD diese Kompetenzen?

Zunächst ist anzuführen, dass „Eltern mit Lernschwierigkeiten [und geistigen Behinderungen] hinsichtlich ihrer elterlichen Kompetenzen eine heterogene Gruppe darstellen. Es lassen sich keine verallgemeinerbaren, quasi ‚behinderungsspezifischen‘ Probleme identifizieren, die es rechtfertigen würden, pauschal einer ganzen Gruppe von Menschen das Recht auf Elternschaft abzusprechen“ (Rohmann 2014, 13).

Außerdem ist die „Gegenwart des Kindes […] unabdingbar erforderlich, um intuitive elterliche Reaktionen auszulösen. Dies spricht gegen verbreitete Tendenzen, bereits vor der Geburt des Kindes Prognosen darüber abgeben zu wollen, ob eine behinderte Frau wohl in der Lage sein werde, eine Beziehung zu ihrem Kind herzustellen oder nicht“ (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 232).

Häufig werden Ziele im Elternsein angeführt, die mit den elterlichen Kompetenzen erfüllt werden sollen. So beziehen sich Pachter u. Dumont-Mathieu (2004) auf die „drei universellen Ziele im Zusammenhang mit Elternschaft“ von LeVine (1977). Darin geht es um (1) die Sicherstellung des physischen Überlebens und der Gesundheit des Kindes; (2) die Bereitstellung eines Umfelds für den erfolgreichen Übergang durch die Entwicklungsphasen bis hin zu dem Erwachsenenalter, um die Selbstständigkeit als Erwachsene*r zu gewährleisten; und (3) die Vermittlung kultureller und gesellschaftlicher Werte. Diese Ziele können als universell betrachtet werden, aber die Anforderungen an eine erfolgreiche Verwirklichung dieser Ziele sind nicht universell (Pachter u. Dumont-Mathieu 2004). Aufgrund dessen beschreibt LeVine Elternsein bzw. elterliche Kompetenzen als ein Anpassungsprozess an den vorliegenden Kontext der jeweiligen Familie (ebd.). Dies spiegelt sich im aktuellen Stand der Forschung wider, da die „Ursachen auftretender Probleme in den Elternschaftsverläufen […] vor allem die psychosoziale Situation der Familien, die isolierenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen oder ein nicht funktionierendes Hilfesystem [sind]“ (Rohmann 2014, 13).

Die elterliche Kompetenzen von Menschen mit Behinderungen werden zudem häufig an der kindlichen Entwicklung gemessen. Dieser Rückschluss ist kritisch zu betrachten, da eine Entwicklungsverzögerung oder -störung bei Menschen ohne Behinderung im gesellschaftlichen Konsens nicht dazu führt, dass dieser Elterngruppe „die elterlichen Kompetenzen abgesprochen werden“ (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 229).

Sanders (2015) beschreibt Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern geistig behinderter Eltern. „Die geistige Behinderung eines oder beider Elternteile kann als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung betrachtet werden (Sanders 2015, 165 nach Pixa-Kettner 2001). Die Autorin geht auf weitere Risiken ein, wie Vernachlässigung durch unzulängliche Versorgung, Parentifizierung des Kindes, das Auftreten einer Behinderung bei dem Kind durch Vererbung, (sexuelle) Gewalterfahrungen, Trennung des Kindes von den Eltern, Diskriminierung / Tabuisierung der elterlichen Behinderung und Belastung durch das professionelle Hilfesystem (Sanders 2015, 165). Obgleich Sanders diese Risiken behandelt, kann sie abschließend und zusammenfassend sagen, „das im Leben der Kinder geistig behinderter Eltern keine Risiken zu beobachten sind, die nicht grundsätzlich in ähnlicher Form auch in anderen Familien auftreten“ (Sanders 2015, 182).

Sie schildert kritisch, dass diese Risikofaktoren häufig vor dem Hintergrund einer „pädagogischen Idealvorstellungen“ (Sanders 2015, 181) betrachtet werden. Zudem ist eine

monokausale Erklärung der Korrelationen zu erkennen: Alle Auffälligkeiten des Kindes werden meist direkt in Zusammenhang mit der elterlichen Behinderung gebracht (ebd.). Andere Faktoren, wie beispielsweise soziale und psychosoziale Belastungen, wie bspw. das Einkommen, die Qualität der Wohnung und Wohngegend, soziale Netze (Pixa-Kettner u. Sauer 2015), werden im Vergleich weniger stark betrachtet und gewichtet (ebd.). Das Maß, an dem Eltern mit geistiger Behinderung gemessen werden, sollte sich demnach wandeln. „In der Bewertung ihrer elterlichen Kompetenzen darf also nicht der Bevölkerungsdurchschnitt als Maßstab herangezogen werden, die Orientierung muss vielmehr an einer ähnlich belasteten Gruppe erfolgen“ (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 230).

Nichtsdestotrotz scheinen ein niedriger IG (unter 55) und geringe Anpassungsfähigkeiten negativen Einfluss auf die elterlichen Kompetenzen haben zu können (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 233). „Manche Schwierigkeiten von Familien mit geistig behinderten Eltern sind nicht primär durch die Behinderung, sondern vielmehr durch ungünstige Lebensbedingungen in Vergangenheit und Gegenwart bedingt“ (ebd.).

Es ist abschließend hervorzuheben, dass *intuitive* elterliche Kompetenzen Menschen mit einer geistigen Behinderung auch häufig abgesprochen werden. „Es gibt [jedoch] keinen Hinweis darauf, dass Menschen mit geistiger Behinderung über diese intuitive Fähigkeit nicht verfügen“ (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 231). Es kann jedoch durch Blockierungen dieser Intuition kommen, wenn beispielsweise ein niedriges Selbstwertgefühl, ungünstige Sozialisationserfahrungen, psychosoziale Erschwernisse, anhaltende Sorge um einen eventuellen Entzug des Sorgerechts und die Wegnahme des Kindes, etc. vorliegt/vorliegen, kann die Entfaltung dieser intuitiver Kompetenzen der Eltern versperrt sein (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 232).

2.2.3 Unterstützungsangebote

In Deutschland ist eine Zunahme von Elternschaften von Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. geistigen Behinderung zu erkennen (Rohmann 2014, 14). Es mangelt jedoch an flächendeckenden, professionelle Unterstützungsangeboten in den Regionen (ebd.).

Inwieweit Menschen Unterstützung benötigen, ist sehr individuell. Am Beispiel der *Begleitenden Elternschaft* können Bereiche des täglichen Lebens aufgezeigt werden, in welchen Mütter mit FASD Unterstützung benötigen könnten.

Zunächst kann Unterstützung im Alltagsmanagement hilfreich sein. Dazu gehören beispielsweise Wohnungssuche, Haushaltsführung, behördliche Angelegenheiten, Umgang mit Finanziellem (Lenz et al. 2010, 103). Außerdem kann Unterstützung bei der Versorgung der Kinder zu den möglichen Bereichen zählen. Dabei ist auf die Ernährung, die Körperpflege, das Verhalten im Krankheitsfall und die Kindersicherheit des Kindes zu achten (Lenz et al. 2010, 107). Auch die Entwicklung des Kindes sollte gefördert werden und dabei sind die Gestaltung der Tages- und Wochenstruktur, der Regeln und Grenzen, der Gesundheitsfürsorge, der

altersentsprechenden Selbstständigkeit, des kindlichen Spiels, einer altersgemäßen Freizeitgestaltung, des Schulbesuchs, und zuletzt der Gestaltung von Medienkonsum (Lenz et al. 2010, 111) zu berücksichtigen. Außerdem kann ein möglicher Unterstützungsbereich bei Eltern mit intellektueller Behinderung die psychosoziale Begleitung dieser sein. Lenz et al. (2010) beschreiben eine mögliche Unterstützung im Umgang und der Auseinandersetzung von folgenden Lebenssituationen und -fragen:

- „eigene Gesundheit (gesundheitsbewusster Lebensstil, Verhalten im Krankheitsfall, Arztbesuche, Durchführung von Therapiemaßnahmen)
- Freizeit und Freizeitstrukturierung (Gestaltung der eigenen Freizeitbedürfnisse, Nutzung von Freizeitangeboten, Urlaub und Urlaubsplanung)
- Arbeit (z.B. Arbeitssuche, Auseinandersetzung mit Problemen auf der Arbeit, Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeitslosigkeit, Leistungsidealen und dem eigenen Selbstbild)
- Soziale Beziehungen (zu Freundinnen, Angehörigen, Bekannten, in der Nachbarschaft, aber auch zu gesetzlichen Betreuerinnen, sonstigen Unterstützungspersonen)
- Partnerschaft und Sexualität (z.B. bei Paarproblemen)
- Elternschaft und Elternrolle
- Umgang mit der eigenen Behinderung (Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept, Einschätzung des eigenen Unterstützungsbedarfs, Verarbeitung von Diskriminierungserlebnissen, Aus-und Aufbau von Organisationskompetenz, Auseinandersetzung mit Schönheits- und Fitnessidealen)
- Psychosoziale Notsituationen und Krisen
- Parentifizierung“ (Lenz et al. 2010, 122–123).

Zuletzt sollen Hilfen wie die Begleitete Elternschaft auch Menschen im Umgang mit dem Kinderwunsch, einer Schwangerschaft und der Begleitung bei der Trennung von Eltern und ihren Kindern unterstützen (Lenz et al. 2010, 166).

Wenn eine wesentliche Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe vorliegt, haben Menschen mit FASD Anrecht auf Leistungen der Eingliederungshilfe. „Die Angebote der Eingliederungshilfeerbringer sollten stets sehr individuell und flexibel gestaltet sein, da die Betroffenen häufig nicht als hilfebedürftig gelten möchten und entsprechend ihres Alters nach Selbstständigkeit streben“ (Sudhoff 2022, 113–114).

Außerdem können nach §27 des SGB VIII folgende Hilfen bei erzieherischem Bedarf wahrgenommen werden: Erziehungsberatung nach §28 SGB VIII, soziale Gruppenarbeit nach §29 SB VIII, Erziehungsbeistand/ Betreuungshelfer nach §30 SGB VIII, sozialpädagogische Familienhilfe nach §31 SGB VIII, Erziehung in einer Tagesgruppe nach §32 SGB VIII, Vollzeitpflege nach §33 SGB VIII und Heimerziehung/ sonstige betreute Wohnform nach §34 SGB VIII.

Erst wenn durch diese öffentlichen Hilfen die Gefahr für das Kind nicht begegnet werden kann, darf es nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit aus §1666a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zu Maßnahmen kommen, die das Kind von den Eltern trennen.

2.3 Mutter-Kind-Trennung

Um näher auf die Trennung von Mutter und Kind einzugehen, soll der Prozess der Jugendämter des Hilfeplanverfahrens und der Fremdunterbringungen dargestellt werden. Im Anschluss wird auf die Mutter-Kind-Bindung mithilfe der Bindungstheorie nach Bowlby und die Auswirkungen der Trennung für die Mutter geblickt.

2.3.1 Hilfeplanverfahren und Fremdunterbringung

> „Intellektuell beeinträchtigte Menschen und ihre Kinder wachsen häufig in einem sehr problemgeladenen Milieu auf. Die psychosoziale Situation der Familie wird häufig als sehr belastend beschrieben, beeinflusst durch Risikofaktoren wie Armut, Suchterkrankung oder psychische Auffälligkeiten eines Elternteils“ (Lenz et al. 2010, 61).

Da die familiäre Lebenssituation jedoch ein wichtiger Indikator für die Entwicklung und das Wohlergehen des Kindes darstellt (ebd.), stehen unter anderem auch Mütter mit FASD häufiger mit dem für sie zuständigen Jugendamt in Kontakt.

Nach dem Grundgesetz darf ein Kind nur gegen den Willen der Erziehungsberechtigten von der Familie getrennt werden, wenn „die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen“ (GG, Artikel 6 Absatz 3). Kinder besitzen nach der Kinderrechtskonvention der United Nation (UN) auch das Recht, nicht gegen deren Willen von den Eltern getrennt zu werden (Artikel 9), es sei denn, die Behörden bestimmen in einer gerichtlich nachprüfbaren Entscheidung, dass dies zum Wohle des Kindes notwendig ist (Artikel 9, Absatz 1). Auch hier werden Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes durch die Eltern aufgeführt (ebd.). Das Jugendamt ist hier in einem „Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle“ (Alle 2021, 34) und muss einem Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung nach §8a des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) nachkommen, wenn Mitarbeitende gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung sehen. Dieses Gefährdungsrisiko muss mit mehreren Fachkräften eingeschätzt werden, welche auch im ständigen Austausch mit dem Mitarbeitende während des Prozess stehen. Zusätzlich ist das Jugendamt verpflichtet, sich einen eigenen Eindruck vom Kind und dessen persönlichen Umgebung zu machen (§ 151 ff. FamFG). Solang der Schutz des Kindes dadurch nicht in Frage gestellt wird, sollen auch die Erziehungsberechtigten in die Gefahrenschätzung miteinbezogen und, falls zur Abwendung der Gefährdung geeignet, auch Hilfen angeboten werden. Auf deren Inanspruchnahme soll das Jugendamt hinwirken. Besteht die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung, womöglich weil die Hilfen nicht

angenommen werden können, ist das Jugendamt dazu verpflichtet, das Familiengericht zu erreichen und falls dessen Entscheidung nicht abgewartet werden kann, kann es zu einer Inobhutnahme des Kindes, demnach einer Fremdunterbringung, des Jugendamts kommen. Die Notwendigkeit von diesem Eingriff und der Kontrollübernahme des Jugendamts kann Eltern übermittelt werden, wenn vier Aspekte erfüllt werden: Erstens sollte den Eltern respektvoll, transparent und ehrlich begegnet werden, zweitens sind diese Eingriffe klar und unmissverständlich zu erklären, drittens sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen offengelegt werden und zuletzt klar darauf hingewiesen werden, welche Mitarbeit von den Eltern zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung erwartet wird (Alle 2021, 36–37).

Ob es zu einer Fremdplatzierung kommt, wird über das Hilfeplanverfahren nach §36 SGB VIII entschieden. Darin wird die Beratung über Inanspruchnahmen von Hilfen aufgegriffen und festgehalten, dass dies „in einer für den Personensorgeberechtigten und das Kind oder den Jugendlichen verständlichen, nachvollziehbaren und wahrnehmbaren Form erfolgen“ (SGB VIII, §36, Absatz 1) soll. Außerdem wird die Mitwirkung des Kindes oder Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten bei der Entscheidungsfindung aufgegriffen. Zuletzt müssen mehrere Fachkräfte über die Inanspruchnahme und Änderungen von Hilfen beraten und einen Hilfeplan mit der Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen aufgestellt werden. Unerlässliche Absprachen zwischen den Fachkräften, der Einrichtung des Kindes und den „öffentlichen und freien Trägern in allen Phasen des Hilfeprozesses führen zu zahlreichen informellen Absprachen außerhalb von offiziellen Hilfeplangesprächen und -konferenzen“ (Heiner u. Walter 2010, 11), wodurch eine „Kultur der Kooperation, des Vertrauens, aber auch der wirkungsorientierten Transparenz“ (ebd.) vorliegen sollte. Heiner u. Walter zeigen auf, dass informelle Entscheidungsprozesse in der Hilfeplanung zwangsläufig auf Informationen, Deutungsmustern und Wertvorstellungen der Fachkräfte beruhen (2010, 12). Dies geschieht häufig bereits vor offiziellen Sitzungen und hat durch die Position der Fachkräfte einen starken Einfluss auf die formelle Entscheidungsfindung (ebd.). Dabei können auch das berufliche Selbstbild der Berater*innen und das Bild, dass diese über den Klienten beziehungsweise die Klientinnen haben, eine Rolle spielen (Heiner u. Walter 2010, 12 nach Ader 2006; Heiner 2007). Auch die bisherigen Erfahrungen und somit auch deren Wahrnehmungs- und Zuschreibungsmuster des beratenden Teams können bei Entscheidungsprozessen bedeutsam sein (Heiner u. Walter 2010).

Bei einer Fremdunterbringung ist außerdem von Bedeutung, dass nach rechtlicher Lage eine Rückführung in die Familie des Kindes durch Verbesserung der Erziehungsbedingungen dort angestrebt werden sollte (§37 SGB VIII). Es sollte zudem „durch fachliches Handeln der Entzug bzw. die Beschränkung des Sorgerechts vermieden“ (van Santen et al. 2019, 209) und während der Zeit der Fremdplatzierung durch Unterstützung und Beratung der Familien die Beziehung des Kindes zur leiblichen Familie gefördert werden. Ist eine Rückkehr in die Familie

des Kindes auszuschließen, sind Fachkräfte gefordert, „die Akzeptanz einer solchen Einschätzung bei den Herkunftseltern herzustellen und ihnen Sinnhaftigkeit zu vermitteln“ (van Santen et al. 2019, 209). Dass diese die dauerhafte Unterbringung ihres Kindes in einer Pflegefamilie oder stationären Einrichtung akzeptieren, ist eine wichtige Voraussetzung für das Kind, um sich im neuen Umfeld einleben zu können (ebd.).
Faltermeier beschreibt, dass eine „erfolgreiche Interaktion zwischen leiblichen Eltern und Jugendamt nur dann zu Stande kommen kann, wenn die Diskrepanz, die dadurch entsteht, dass Bedeutungszuschreibung auf dem Hintergrund zweier völlig verschiedener Sinn- und Relevanzsysteme erfolgt, durch Prozesse der Aushandlung und gemeinsamer Herstellung von Sinnstiftung abgebaut werden kann“ (Faltermeier 2001, 140). Darauf wird in Abschnitt 2.3.3 näher eingegangen.

2.3.2 Bindungstheorie nach Bowlby

Der „gravierende Einfluss des elterlichen […] insbesondere des mütterlichen […] Verhaltens auf die kindliche Entwicklung“ (Bowlby 2010, 98) stellt ein Kernpunkt der Bindungstheorie nach John Bowlby dar. Die Bindungstheorie ist für die Entwicklungspsychologie von großer Bedeutung und soll in dieser Arbeit vor allem in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung und dessen Trennung dargestellt werden.
Die Bindungstheorie greift das Streben nach engen emotionalen Beziehungen der Menschen, über die gesamte Lebensdauer als Grundelement auf (Bowlby 2010). Eine Bindung stellt „eine besondere zwischenmenschliche Beziehung zwischen zwei Personen [dar], die spezifischer Voraussetzungen bedarf: Einmal, dass ein nachhaltiges Bedürfnis nach besonderer gefühlsmäßiger Beziehung zu dieser einen Person besteht und zum anderen, dass dieses Bedürfnis auch vom Gegenüber geteilt wird“ (Faltermeier 2019, 167). Zu Beginn des Lebens ist dies in den meisten Fällen durch die Eltern oder andere Bezugspersonen abgesichert und ermöglicht Schutz, Zuwendung und Beistand (Bowlby 2010). In den ersten Entwicklungsphasen schafft es der Säugling mit circa zwei bis acht Monaten seine vertrauten von unvertrauten Personen zu unterscheiden und in der darauffolgenden Zeit bis zum zweiten Lebensjahr als Kind spezifische und selektive Bindungen zu seinen Bezugspersonen zu entwickeln (Jenni 2021, 221). Die Eltern stellen eine sichere Basis dar, von der sich das Kind ab circa zwei Jahren und mit zunehmendem Alter weiter entfernen, aber auch zurückkehren kann (ebd.).
Basierend auf Bowlbys Bindungstheorie identifizierte Mary Ainsworth (1985) drei Bindungsstile in standardisierten „Fremdsituationen“. Zum einen erfasste sie die sichere Bindung zwischen Kind und Bezugsperson, den unsicher-vermeidenden Bindungsstil und zuletzt die unsicher-ambivalente Bindung. Wie sich diese unterscheiden, kann aufgrund des Umfangs der Arbeit nicht näher beschrieben werden.

Wenn Kinder älter werden und in dessen Leben bereits Bindungsfiguren vorhanden sind, kann dies eine Rolle für die Dringlichkeit und Bedeutung dieses Bedürfnisses spielen (Faltermeier 2019, 169). Faltermeier (2019) führt weiter aus, dass Kinder bei der Inpflegegabe durchschnittlich sieben Jahre und älter sind, sodass davon auszugehen ist, dass eine „elternanaloge Bindung zwischen Pflegekind und Pflegeeltern allein aus der Kindesperspektive nicht selbstverständlich ist“ (ebd.). Für betroffene Kinder ist es entscheidend, im Pflegemilieu Akzeptanz, Geborgenheit und Sicherheit zu erfahren, „weniger der Elternersatz“ (Faltermeier 2019, 170). „Eltern bleiben also Eltern“ (Faltermeier 2019, 171): Der Sozialwissenschaftler betont, dass alle leiblichen Familienmitglieder*innen ihren Status gegenüber dem Kind während einem Pflegeverhältnis behalten und eine Aufgabe dieser Beziehungen nicht im Interesse des Kindes liegt (ebd.).

2.3.3 Auswirkungen für die Mutter

Wie die Eltern bzw. Mütter eine Fremdunterbringung des Kindes wahrnehmen, „konstituiert sich zunächst vor dem Hintergrund ihrer erfolgreichen oder nicht erfolgreichen Sinnzuschreibung des Pflegeverhältnisses“ (Faltermeier 2019, 130). Wenn die Unterbringung als eine Bestrafung empfunden wird und sie keine Unterstützung für ihr/e Kind/er erkennen in der Maßnahme erkennen können, wird die Fremdunterbringung häufig als Willkür des Staates und der Pflegefamilie betrachtet (Faltermeier 2019). Wenn der leiblichen Mutter zusätzlich im Prozess Beteiligungsmöglichkeiten verwehrt werden und Entscheidungen vorrangig durch Jugendamt und Pflegeeltern getroffen werden, könne sich ein Gefühl des „Ausgegrenzt-Seins“ verstärken (Faltermeier 2019, 130). Maßnahmen, die zuvor zur Vermeidung der Trennung stattfanden, erscheinen den Eltern bzw. Müttern bei der Inpflegegabe dann meist als wirkungslos und ohne nachvollziehbaren Sinn (Faltermeier 2001, 140). Die leiblichen Eltern bekommen häufig den Eindruck, „dass das Jugendamt […] unzulänglich agiert“ (Faltermeier 2001, 141) und die Maßnahmen sich gegen sie richten (ebd.).

Durch die Fremdunterbringung des Kindes „[verändert sich] der äußere Rahmen für die Herkunftseltern nahezu grundlegend“ (Faltermeier 2019, 130). Neben ausbleibenden finanziellen Mitteln wie dem Kindergeld, sind die Eltern bzw. die Mütter gezwungen, dem Umfeld das Fehlen des Kindes zu erklären und sich außerdem in der Rolle der ‚Mutter ohne Kind‘ einzufinden (ebd.). Bowlby beschreibt ein gegenseitiges Identifizieren von Mütter und Kind übereinander und dass die Mutter „das Erlebnis einer Erweiterung ihrer eigenen Persönlichkeit zum Kind hin [braucht]“ (Bowlby et al. 2016, 65). Ob diese Punkte erfolgreich bewältigt werden, ist ebenfalls entscheidend im Erleben der Fremdunterbringung (ebd.).

Es ist an dieser Stelle erneut zu betonen, dass davon auszugehen ist, dass Menschen mit FASD durch die hirnorganische Schädigung, folglich einer intellektuellen Beeinträchtigung, sich bereits in einem stark problemgeladenen Milieu und einer stark belastenden

psychosozialen Situation befinden (Lenz et al. 2010, 61), wozu auch die allleinerziehende Eltern gezählt werden können. Auch, dass die Mütter teilweise selbst in Pflegefamilien aufgewachsen sind, zählt als außergewöhnliche Lebenslage (Klein 2020a, 39). Faltermeier erläutert, dass diese Vorbelastungen, entgegen der wo möglichen Annahme, eine Fremdunterbringung entlaste die Mutter, durch die Fremdunterbringung des Kindes nicht reduziert werden. Angesichts der Trennung zum Kind, durch Versagens- und Stigmatisierungserlebnisse und den sinkenden finanziellen Ressourcen können die Belastungen für die Mutter in der Anfangsphase stark steigen. Aufgrund dieser meist erhöhten Belastung „besteht die Gefahr, dass in dieser Zeit neue Krisen und Belastungen für die leiblichen Eltern bzw. Familie in Gang gesetzt werden“ (Faltermeier 2019, 130–131). Die Veränderung der innere Befindlichkeit und der äußeren Rahmenbedingungen kann dazu beitragen, dass es zu Gesundheitskrisen, Drogenkonsum, Arbeitslosigkeit, Wohnungsverlust etc. kommt (Faltermeier 2019, 130). In Stresssituationen greifen die Eltern automatisch auf bereits erlebte und damit gewohnte Bearbeitungsmuster, auch Fluchthandlungsschemata genannt, zurück. Ein Beispiel könnte hier die Aufrechterhaltung von Distanz, Weglaufen oder Zuhilfenahme von Drogen und Alkohol sein (Faltermeier 2019, 131).

Durch Begleitung und Unterstützung des Umfelds, unabhängig ob privat oder institutionell, kann die Mutter womöglich die Belastungssituation bewältigen und Irritationen abbauen. Nach Faltermeier (2019) ist jedoch bekannt, dass „der Großteil der Herkunftseltern [und somit auch der Mütter] weder über informelle sozialsichernde Netze verfügt noch einen angemessenen Zugang zu den formellen sozialstaatlichen Instanzen findet“ (Faltermeier 2019, 131).

Durch unterschiedliche Sinn- und Relevanzsysteme der Mütter im Vergleich zum Jugendamt ist es nach Faltermeiers Studie häufig nicht möglich, erfolgreiche Interaktionen zu haben. Es ist demnach entscheidend, „durch gemeinsame Aushandlungs- und Sinnstiftungsprozesse Bedeutungszuschreibungen anzupass[en]“ (Faltermeier 2001, 156).

Die neue Elternrolle, die Mütter nach der Fremdunterbringung einnehmen müssen, wird stark von außen bestimmt und schränkt die Gestaltungsmöglichkeiten der Beziehung zum Kind sehr ein (Klein 2020a, 40).

3 Aktueller Forschungsstand

Der folgende Absatz wird den aktuellen Forschungsstand anhand der recherchierten Studien zum Thema Erwachsene mit FASD und Eltern mit FASD darstellen. Insbesondere sollen dabei Ergebnisse zu Müttern mit FASD Beachtung finden.
Zu Beginn ist hervorzuheben, dass es „nur wenige Studien [gibt], die sich mit den Folgen der Alkoholschädigung im Erwachsenenalter beschäftigen“ (Freunscht u. Feldmann 2019, 151) und „den Verlauf bis ins Erwachsenenalter untersucht haben“ (Spohr 2016, 169).
Demzufolge handelt es sich bei *Mütter mit FASD* um einen bis dato recht gering erforschten Themenbereich.
Eine der ersten Langzeitstudien zu der Fetalen Alkoholspektrumstörung mit Verlauf in das Erwachsenalter stammt aus den USA: Streissguth et al. untersuchten 473 Menschen zwischen im Alter von drei bis 51 Jahren. Davon wurden n=178 FAS und n=295 FAE als Diagnose zugeschrieben (Streissguth et al. 1996). Ziele der Forschung waren dabei, zum einen, die Arten und des Ausmaßes der sekundären Behinderungen, die mit dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) und den fetalen Alkoholeffekten (FAE) in Verbindung gebracht werden, zu untersuchen (Streissguth et al. 1996, 4) und zum anderen, die Risiko- und Schutzfaktoren, die die Häufigkeit des Auftretens von sekundären Behinderungen verändern könnten, zu bewerten (ebd., 4). Im Verlauf der Erhebung wurden 44 Menschen, der 253 Menschen, die über 12 Jahre waren bei Beginn der Interviews, Eltern (Streissguth et al. 1996, 62), sodass es auch möglich war die „Problems with Parenting“ (Streissguth et al. 1996, 62) zu untersuchen.
Primary disabilities entstehen „aufgrund der intrauterinen Alkoholexposition schon vor der Geburt“ (Spohr 2016, 171) und äußern sich in Form von „Störungen der Intelligenz, des Lesens, der Rechtschreibung, der mathematischen Fertigkeiten und der adaptiven Verhaltensfunktionen“ (ebd.). Dementgegen beschreiben Streissguth et al. (1996) die *sekundären Störungen* als etwas, dass sich erst entwickelt, mit steigenden Anforderungen hauptsächlich in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter zeigt und somit durch das soziale Umfeld beeinflussbar ist (Spohr 2016, 171). Diese Störungen sind nicht abhängig vom Intelligenzquotienten (IQ), folglich der eventuell vorliegenden Intelligenzminderung, sondern vom Ausmaß der Schwierigkeiten der Anpassungsfähigkeit (adaptive functioning) (Clark et al. 2004).

Auch in Deutschland wurden von 1974-1997 unter der Leitung von Löser et al. (1999) die Entwicklung der Alkoholembryopathie von Geburt bis Erwachsenenalter ambulant verfolgt. Bei 52 Erwachsenen, die als Kinder von Müttern mit Alkoholerkrankung an der Universität Tübingen und Münster bekannt wurden, wurden untersucht. Es konnten damals festgestellt werden, dass sich die FASD als „anhaltende Schäden, die ein Kind immer ganzheitlich, körperlich,

geistig-intellektuell, seelisch und in seinen sozialen Bezügen erfassen“ (Löser et al. 1999, 417) beschreiben lassen.
Neben Löser et al. wurde in Deutschland eine Langzeitstudie von Spohr, Willms und Steinhausen 2007 veröffentlicht. Auch dieses Forschungsteam hatte junge Erwachsene mit FASD auf die Auswirkungen untersucht. Sie verwendeten dabei bei 37 Menschen drei Methoden zur Datenerhebung. Neben einer körperlichen Untersuchung wurde ein Interview mit der engsten Bezugsperson des Patienten geführt, das den Fokus auf den Werdegang und Haushaltsführung und unabhängige Lebensführung legte. Zuletzt wurde ebenfalls von der gewählten Bezugsperson die Youth Adult Behavior Check List, also einem Fremdbeurteilungsfragebogen über Verhaltensauffälligkeiten ausgefüllt.
Ergebnisse dieser Erhebung konnten bei der Untersuchungsgruppe ein „FAS typisches Profil [aufweisen] mit Auffälligkeiten in den Bereichen Ängste, Zurückgezogenheit, negative Gedanken, Aufmerksamkeitsstörung, Zudringlichkeit, Aggressivität und Delinquenz […]“ (Spohr 2016, 177–178). Zwischen den Diagnosegruppen FAS und FAE konnte dabei in Bezug auf die Verhaltensauffälligkeiten kein signifikanter Unterschied festgestellt werden (ebd., 178).

In dem 2010 erschienenen Paper befassen sich die Autoren Rutman und Van Bibber, um die Wissenslücke zu schließen (Rutman u. Van Bibber 2010, 353), mit FASD und Parenting (Elternschaft). Als Teil eines größeren Projekts wurde in halbstrukturierte Interviews über Themen wie „hopes, goals and accomplishments, parenting challenges, experiences with the child welfare system, and perceived barriers to support, including policy-related barriers“ (Rutman u. Van Bibber 2010, 352) mit 59 Menschen aus Kanada gesprochen, die teils selbstdiagnostiziertes, teils offiziell diagnostiziertes FASD aufwiesen.
Eltern mit FASD haben den Wunsch, dass ihre Kinder gute Menschen werden und ein besseres Leben haben werden, als das eigene (Rutman u. Van Bibber 2010). Sie äußern das Begehren, den Kreislauf zu durchbrechen. Für manche stellte dieser Kreislauf die Abhängigkeit von Drogen dar, für andere wiederum ging es um Gewalterfahrungen in der Kindheit oder den Einfluss des Jugendamtes. Für manche befragten Eltern bedeutete den Kreislauf zu durchbrechen auch, dass sie nicht Teil des Lebens ihres/r Kindes/r sind (ebd., 355). Auf die Frage nach Erfolgen und Strategien in der Elternschaft nannten Eltern vorrangig den Erhalt des Sorgerechts oder das Wiederbekommen dieses (ebd.). Wenn ihr Kind Zuneigung und Zugehörigkeit ausdrückte und die Eltern sich als Teil des Lebens ihres Kindes wahrnahmen, stellte dies auch ein Erfolg dar- vor allem für Befragte, die dies in ihrer eigenen Kindheit nicht erfuhren (ebd.). Des Weiteren wurde von Eltern mit Alkohol- bzw. Drogenproblem, das Reduzieren oder Vermeiden des Konsums als Erfolg in der Elternschaft gesehen (ebd.). Parenting-Strategien, die die Eltern als hilfreich anführten, waren: Erinnerungshilfen wie Kalender, Zeitpläne, Post-Ist; Selbstgespräche nutzen, um die Übergänge im Tagesablauf zu schaffen, Konsistenz im

Tagesablauf und in Aktivitäten, konstante Umsetzung von erlernten Methoden wie Grenzsetzung und Ressourcenorientierung.
Die Autorinnen unterteilen ihre Ergebnisse, an Streissguth et al. 1996 angelehnt, in primäre und sekundäre Auswirkungen. Primäre Auswirkungen von FASD, die die Elternschaft beeinträchtigten, waren: Erinnerung und Organisation, Planung, Generalisierung von einer Situation auf die andere, das wirksame Nutzen von Konsequenzen, das Verständnis von Zeit, Gemüht/Geduld und Impulsivität, Registrierung und Integration von Sinneseindrücken wie Hunger, Temperatur oder Schmerz (Rutman u. Van Bibber 2010, 356). Sekundäre Effekte zeigen sich nach Streissguth et al. (1996) in Form von Alkohol- und Drogenmissbrauch/-sucht, dem Fehlen von positiven Rollenvorbildern und sozialen Unterstützungen, missbräuchliche häusliche Beziehungen; Obdachlosigkeit, Armut und fehlenden Mitteln (lack of resources) (Rutman u. Van Bibber 2010, 356). Diese konnten ebenfalls bei den untersuchten Eltern der Studie von Rutman und Van Bibber festgestellt werden.

Streissguth et al. (1996) untersuchten Menschen mit fetaler Alkoholspektrumstörung auf die sekundären Behinderungen der FASD. Von den 253 Befragten wurden, in dem Zeitraum der Erhebung, n=44 (17%) zu Eltern (ebd.). Die Forschendengruppe berichtet Ergebnisse, die im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bestehend aus Menschen mit FASD ohne Nachwuchs (ebd., 62) erhoben werden konnte: In Bezug auf den schulischen Werdegang wurde festgestellt, dass Eltern mit FASD die Laufbahn häufiger unterbrochen und im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr als doppelt so häufig die Schule abgebrochen wurde (Streissguth et al. 1996). Auch Freunscht u. Feldmann beschreiben bei Erwachsenen mit FASD, dass durch das Bestehenbleiben der kognitiven Entwicklungsrückstände „die in der Kindheit und Jugend auftretenden Schwierigkeiten in der schulischen Entwicklung […] sich […] auch im Berufsleben fort[setzen]“ (2019, 151).
In dieser vergleichsweisen aktuellen Studie aus Münster wurden nach Einverständnis von 60 Erwachsene mit FASD zwischen 18 und 39 Jahren deren Bezugspersonen in Form von strukturierten Interviews befragt. Es sollten die „persistierenden Folgen, die sich [...] für die jungen Erwachsen […] ergeben“ (ebd., 149) untersucht werden. Die Forschenden nannten als Begründung für das Vorgehen die kognitiven Defizite und das häufig fehlende Problembewusstsein der Betroffenen. So ergebe sich eine Ungewissheit, ob die Patienten verlässliche Auskünfte gäben (ebd.). Die meistbesuchte Schulform dieser Patienten war mit 43% (n=26) die Hauptschule. Darauffolgend war die Kategorie „Kein Schulabschluss“ mit 25% (n=15). „Fast die Hälfte der Patienten, die zum Zeitpunkt der Untersuchung die Schule abgeschlossen hatten, war ohne Berufsausbildung (46%), 26% befanden sich in Berufsausbildung, 28% hatten ihre Ausbildung bereits abgeschlossen. Die Hälfte der Ausbildungen fand im Rahmen einer speziellen Förderung statt. Zwei Drittel der Personen, die eine Lehre oder schulische

Berufsausbildung durchliefen, waren männlich.“ (Freunscht u. Feldmann 2019, 154). Die Abbruchsrate einer Berufsausbildung war in der Erhebung bei 37% der Proband*innen (mindestens einen Abbruch der Ausbildung). Als Grund hierfür wurde in 71% der Fälle Überforderung erwähnt (ebd., 155). „Von den nicht mehr in Ausbildung befindlichen Patienten arbeitete ein Drittel in einer Werkstätte für behinderte Menschen“ (ebd.).

Nicht nur der berufliche und schulische Werdegang ist bei Erwachsenen mit FASD durch häufige Wechsel und Abbrüche gekennzeichnet (Freunscht u. Feldmann 2019, 159). Eltern mit FASD lebten häufiger in instabilen Haushalten/ Wohnsitzen (homes), sind zudem mit höherer Wahrscheinlichkeit schon einmal obdachlos gewesen und weisen eine höhere Rate in der Kategorie „Ran away at least once“ auf (Streissguth et al. 1996, 62). 72% der Betroffenen (keine Eltern) hatten mehr als einen Lebensort vor ihrem 18. Lebensjahr (Freunscht u. Feldmann 2019).

„Das FAS hat gravierende und persistierende Entwicklungsdefizite zur Folge: die Betroffenen sind mehrheitlich auch im Erwachsenenalter auf Betreuung und Hilfestellungen angewiesen. Die Befähigung zur selbstständigen Lebensführung bezüglich Wohnumfeld, Sozialkontakte und Beruf fehlt weiterhin.“ (ebd., 159). Eine Selbstständigkeit scheint bei vielen Erwachsenen mit FASD nicht erreichbar zu sein (ebd., 149). In der deutschen Langzeiterhebung von Löser et al. wurden 6 von 52 Patient*innen (12%) als selbstständig eingestuft (1999, 413). Auch Spohr et al. stellten bei 70% der befragten jungen Erwachsenen keine Selbständigkeit fest. Den Lebensunterhalt selbst zu verdienen, demnach einen Beruf oder eine ungelernte Tätigkeit auszuführen, gelang 13% der jungen Erwachsenen der Spohr et al. (2007) Studie. Freunscht u. Feldmann beschrieben ebenfalls, dass die Proband*innen zum Zeitpunkt der Befragung in „überwiegend in unselbstständigen Verhältnissen“ (2019, 149) lebten.

„Soziale und emotionale Probleme bleiben bis in das Erwachsenenalter bestehen“ (Freunscht u. Feldmann 2019, 149). Rutman u. Van Bibber sprechen von einer sozialen Vulnerabilität, die sich bei dieser Personengruppe der Erwachsenen mit FASD aufgrund von deren ‚compromised judgement‘ erhöhe (Rutman u. Van Bibber 2010, 357). Freunscht u. Feldmann (2019, 159) beschreiben Patienten im Erwachsenenalter als überwiegend naiv und leicht beeinflussbar. Gerade junge Frauen seien nach der Erhebung von Rutman u. Van Bibber besonders gefährdet Opfer in sozialen und sexuellen Beziehungen zu werden. Ihr Verlangen nach Zugehörigkeit in einer Gruppe und Akzeptanz, Liebe und Fürsorge zu erfahren würde diese Vulnerabilität verstärken. Dies erhöhe auch das Risiko sich in einer ungesunden oder instabilen Beziehung zu begeben (ebd., nach Copeland u. Rutman 1996). Erwachsenen mit FASD fällt es schwer in Beziehungen zu erkennen und bewerten, ob ihr Gegenüber sie womöglich ausnutzt . Streissguth et al. konnten in einer früheren Studie mit 61 Proband*innen erheben, dass das Fehlen von reziproken Freundschaften charakteristisch für Menschen mit FASD (1991, 1965). Von Bezugspersonen wurden Erwachsene mit FASD in einer Studie von Clark et al. in 92% als

„vulnerable to manipulation“ beschrieben (2004, 10). Auf Eltern mit FASD bezogen kann dies bedeuten, dass die Betroffenen mit den eigenen Beziehungen und ihrer Sicherheit zurechtkommen müssen und gleichzeitig für die Sicherheit, Bindung und emotionale Entwicklung ihres/r Kindes/r verantwortlich sind (Rutman u. Van Bibber 2010, 357).

Clark et al. (2004) führten mithilfe von 62 Bezugspersonen von Erwachsenen mit FASD in British Colombia ebenfalls eine Forschung zu den Secondary disabilities durch. Die Bezugspersonen wurden in einem strukturierten Interview befragt und erhielten einen Umfragebogen. Sie erfassten: “The proportion that had ever experienced verbal, physical and/or sexual abuse was high at 87%” (Clark et al. 2004, 10). Auch in der Erhebung von Freunscht u. Feldmann wurden 3 von 4 Erwachsene mit FASD Opfer von (sexuellem) Missbrauch (2019, 149). „Weitere 43% aller Patienten gaben an, zwar nicht Opfer einer eindeutigen Straftat geworden zu sein, jedoch häufig ausgenutzt bzw. zu ihrem Nachteil behandelt worden zu sein.“ (Freunscht u. Feldmann 2019, 157).

Eltern mit FASD erfahren zudem deutlich häufiger häusliche Gewalt. Bereits 1996 konnten Streissguth et al. bei ihrer Stichprobe eine mehr als doppelt so hohe Rate im Vergleich mit den kinderlosen Menschen vermerken (62).

Außerdem beschreiben verschiedene Studien eine erhöhte Rate für Gesetzeskonflikte bei Menschen mit FASD. Zu anderen Ergebnissen kommen Rangmar et al. (2015): Da Erwachsene mit FASD häufig bereits ab dem Kindesalter in staatliche Betreuung gelangen, vergleichen die Forschenden diese Proband*innen (81%) aus Schweden mit Individuen ohne FASD, die jedoch ebenfalls im Kindesalter vom Jugendamt in Obhut genommen wurden. Es konnte eine geringere Rate (28%) an strafrechtliche Verurteilungen bei den von FASD betroffenen Erwachsenen im Vergleich zu der Kontrollgruppe (55%) festgestellt werden (Rangmar et al. 2015, 54). Bei Verurteilung aufgrund von schweren Straftaten waren diese Vergleichswerte ebenfalls geringer für die von FASD betroffenen Menschen (6% zu 30%) (ebd.).

Außerdem konnte bei Probandinnen mit FASD ein vermehrt vorkommendes unangebrachtes Sexualverhalten erfasst werden (Streissguth et al. 1996). Als stärkster Risikofaktor für die Entwicklung dieses Verhaltens konnte Gewalterfahrung der*s Proband*innen identifiziert werden (ebd.).

Unter den Erwachsenen mit FASD ist eine hohe Rate an Beeinträchtigungen der mentalen Gesundheit anzutreffen. 92% der 62 Proband*innen der Studie von Clark et al. hatten mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung (2004, 10). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Streissguth et al. 1996 ebenfalls. Am häufigsten in dieser Erhebung mit 65% lag die Diagnose Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) vor, darauffolgend mit 47% die Diagnose Depression. Nicht so häufig wurde die Panikstörung unter den Befragten genannt (ebd., 6). Streissguth et al. erfassten, dass ADHS vorwiegend bei Kindern bis 11 Jahren

als Diagnose vorlag. Bei Erwachsenen ab 21 Jahren sei hingegen mit 62% Depression genannt worden (Streissguth et al. 1996, 36).
Fast die Hälfte (43%) der Proband*innen über 21 Jahren hatten bereits eine Selbstmorddrohung ausgesprochen und 23% der Erwachsenen mit FASD haben einen Suizidversuch unternommen (Streissguth et al. 1996, 35).
Forschungsergebnisse mit Erwachsenen mit FASD beschreiben außerdem ein erhöhtes Risiko für Suchtentwicklung und Problemen mit Alkohol und Drogen (Freunscht u. Feldmann 2019, 151; Streissguth et al. 1996, 63). In einer Stichprobe mit 30 betroffenen Müttern tranken 40% während der Schwangerschaft Alkohol. Von diesen 40% erhielten 17% der Mütter für ihr Kind die Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörung während es bei weiteren 13% von den Befragten ebenfalls eine FASD vermutet wurde (Streissguth et al. 1996, 63). Die Autor*innen beschreiben, dass wenngleich die Raten der Alkoholproblemen bei Männern und Frauen ähnlich hoch sind, Frauen deutlich seltener eine Behandlung dafür erhalten (ebd., 67) und raten Familien, sich ins Bewusstsein zu rufen, dass Menschen mit FASD eine besondere Vulnerabilität gegenüber Alkoholproblemen aufweisen und es zum Schutz vor dem Auftreten dieser frühzeitig passende Praktiken entwickelt werden sollten (ebd.). Diese Ergebnisse spiegeln womöglich nicht den aktuellen Stand wider. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet beispielsweise auf kommunaler Ebene Präventionskampagnen wie „Kenn dein Limit“ für den Alkoholkonsum. Konkret für Schwangere gibt es Online-Hilfsprogramme, die kostenfrei und anonym wahrgenommen werden können, um den Verzicht zu unterstützen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung).
Streissguth et al. erhoben außerdem 2004 mögliche Risikofaktoren für „Adverse Life Outcome“ (ungünstige Lebensereignisse) und fanden unter anderem speziell für Alkohol- bzw. Drogenprobleme bei Menschen mit FASD drei protektive Faktoren heraus: Ein höher Prozentsatz des Lebens in stabilen und pflegenden (nurturing) Haushalten zu erfahren und zum einen die Diagnose im jungen Alter, zum anderen hierbei die Diagnose von FAS im Vergleich zu FAE zu erhalten, scheinen für die Planung des Übergangs zur Adoleszenz bis zu dem Erwachsenenalter und dem Erhalten der engen Beziehung zum betroffenen Menschen entscheidend (Streissguth et al. 2004, 235).
Allerdings kann insgesamt ein Kreislauf erkannt werden, da „Mütter [von Kindern mit FASD] […] oft in einem Kinderheim oder bei Pflege- oder Adoptiveltern groß [wurden] und […] zu einem nicht geringen Teil wahrscheinlich selbst durch Alkohol in der Schwangerschaft geschädigt [waren]. Viele fangen bereits in der frühen Adoleszenz an zu trinken, so dass nicht selten eine Frau mit einem undiagnostizierten FAS selbst wieder ein alkoholgeschädigtes Kind zur Welt bringt“ (Spohr 2016, 194–195). Das müsse man laut Spohr bei Präventionsstrategien mehr als bisher berücksichtigen (2016, 195).

Rutman & Van Bibber beschreiben, dass Eltern mit FASD häufig zögern, sich für „secondary disabilities related to FASD e.g. substance use or mental health problems“ (Rutman u. Van Bibber 2010, 352) Unterstützung zu suchen. Als Grund dahinter wird die Angst beschrieben, dass die Inanspruchnahme von Hilfen als Beweis für ihre Unfähigkeit als Eltern gewertet werden könnte (ebd.).

Das Jugendamt (child protective services) nimmt das/die Kind/er von Müttern mit FASD nach Streissguth et al. (1996) in 36% der Fälle in Obhut. Auch Freunscht u. Feldmann (2019) wiesen eine Stichprobe mit 80% der Proband*innen auf, die als Kind in Obhut genommen wurden und nicht in der Ursprungsfamilie aufwuchsen (153). In einer schwedischen Studie von 2015 mit 79 Menschen mit FASD zwischen 18-47 Jahren wurden ebenfalls 81% (n=64) als Kind in staatliche Obhut platziert (Rangmar et al. 2015, 54). Ebenfalls 80% von 415 Proband*innen in einer Studie von Streissguth et al. (2004) wurden nicht von ihrer leiblichen Mutter erzogen. 38% (n=23) der Freunscht u. Feldmann Stichprobe leben in Pflege-/ Adoptivfamilien (2019, 153). Circa die Hälfte der Väter mit FASD (45% von 14 Vätern) der Studie nach Streissguth et al. (1996) gaben die Erziehung ihrer Kinder auf. Bei Müttern waren es ca. 30% von n=30 (ebd., 63).

Faltermeier (2001) betreibt Herkunftselternforschung und erhob in narrativen Interviews 16 Fallstudien die Sinn- und Wahrnehmungskonstruktion von Herkunftseltern im Zusammenhang mit der Inpflegegabe ihres Kindes (Faltermeier 2001, 39–40). Dabei konnte er vier „biografisch zentrale Merkmalsdispositionen von Herkunftseltern“ (ebd.) erfassen: Zunächst leben die Herkunftseltern seiner Studie fast ausschließlich in sozio-ökonomisch schlechten Rahmenbedingungen. Außerdem konnte festgehalten werden, dass der Unterstützungsbedarf der Kinder durch Krankheit, Behinderung oder Entwicklungsrückstände überdurchschnittlich hoch ist. Dies führt er auf die soziobiografische Situation der Eltern und die sozioökonomischen Lebensverhältnisse zurück (Faltermeier 2001, 314). Zudem befinden sich Herkunftseltern zumeist in sozio-biografischen Konfliktsituationen. Das heißt, dass diese selbst nur wenig Schutz, Geborgenheit, Zuversicht, Perspektive und Begleitung zum Erwachsenwerden(ebd.) erfahren haben und aufgrund dessen selbst unzureichend ihre Kinder begleiten können (ebd.). Zuletzt nennt Faltermeier das Fehlen von sozialen Netzen und der signifikant Anderen, wodurch die Eltern in Krisensituationen auf sich allein gestellt sind und eigene Konflikte bzw. Spannungen allein und ohne Ventil bewältigen zu müssen wodurch es zu einer beständig vorliegenden Spannung in diesen Familien kommt (Faltermeier 2001, 315).

Eltern mit FASD stoßen laut einer Erhebung aus Kanada zudem vermehrt auf Barrieren im Versorgungssystem. Ob diese systemischen Barrieren auch im deutschen Hilfsangebot anzutreffen sind, ist fraglich. In der kanadischen Studie beschrieben Eltern, dass Hilfen und Ressourcen erst bewilligt wurden, wenn sie als hochgradig gefährdet für eine Inobhutnahme ihres/r Kindes/er galten oder dem Jugendamt bereits bekannt waren (Rutman u. Van Bibber 2010,

358). Dies resultierte in einer Sorge der Eltern mit FASD, das Kind zu verlieren, wenn sie um Hilfe zur Erziehung bitten (ebd.). Auch der nicht-ausreichend-niedrige IQ-Wert oder eine fehlende offizielle Testung mit Diagnose können eine Barriere beim Erhalt möglicher Unterstützung sein (ebd.). Eltern mit FASD dieser Erhebung beschrieben außerdem, dass das gesellschaftliche Bild von FASD eine Herausforderung für sie darstellte, da es auch missverstanden wird. Als Beispiel führten die Probanden den Arbeitsplatz auf, an welchem die Mitarbeitenden selten versuchten, „to get beyond the label of 'FASD client', to get to know them as individuals, and in particular to identify and focus on their strengths and challenges as parents" (Rutman u. Van Bibber 2010, 357). Die Eltern mit FASD berichteten von der Sorge, von Kollegen als faul oder unmotiviert wahrgenommen zu werden, wenn sie eine Aufgabenstellung nicht direkt verstanden (ebd., 358). Zusätzlich beschrieben Eltern die Erfahrung, dass ihre Elternschaft genaustens auf Anzeichen von Fehlern beobachtet wurde- sowohl von staatlichen Behörden als auch von der breiten Öffentlichkeit (Rutman u. Van Bibber 2010, 357). Auch wenn die Betroffenen sich häufig mit Vorurteilen konfrontiert waren, erfuhren sie auch, dass Menschen sie überschätzten oder den Grad bzw. Art der Behinderung verharmlosten, da sie nicht sichtbar ist (Rutman u. Van Bibber 2010, 358).

Eine frühe Diagnose wurde schon 1991 von Streissguth et al. als Möglichkeit zur Reduktion von sekundären Behinderungen mithilfe von frühen Interventionen aufgeführt (Streissguth et al. 1991, 1966). Auch in einer weiteren Erhebung von 2004 konnte festgehalten werden, dass "the odds of escaping these adverse life outcomes are increased 2- to 4-fold by receiving the diagnosis of FAS or FAE at an earlier age and by being reared in good stable environments" (Streissguth et al. 2004, 228). Die Autor*innen führen weiter aus, dass demnach, je verspäteter eine Diagnose erhalten wird, desto erhöhter die Wahrscheinlichkeit von negativen Ereignissen (ebd., 234). Eine frühe Diagnose ermöglicht eine bedürfnisorientierte Versorgung durch die Familien für Menschen mit FASD ab Kindesalter (ebd., 235). Zu diesem Ergebnis kommen auch Freunscht u. Feldmann (2019):

> „Eine **frühzeitige,** im Kindesalter erfolgte **Diagnosestellung**, spezielle Fördermaßnahmen und eine umfassende Betreuung **können die Schärfe der im Erwachsenenalter auftretenden Probleme abmildern** und die betroffenen Patienten vor schwerwiegenden gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Folgen schützen." (161)

Somit sei nach Rutman und Van Bibber die Elternschaft eine Chance, Interventionen zur Minimierung von sekundären Behinderungen einzuführen und die Bewältigung von neurologischen Störungen fördern können (Rutman u. Van Bibber 2010, 352).
Die Diagnose in früher Kindheit stellt, in der Langzeituntersuchung von Streissguth et al., eine der acht protektiven Faktoren dar, die Spohr wiederum mit der Erhebung seiner Forschungsgruppe vergleicht . Obgleich die protektiven Faktoren nahezu alle vorlagen, „fand sich auch in

[dieser] Untersuchung die gleiche ernüchternde Lebensperspektive für die betroffenen Erwachsenen wie in der Studie aus den USA. 70,5% Erwachsene leben nicht selbstständig und ein noch weit geringerer Anteil der Betroffenen konnte den Lebensunterhalt selbst bestreiten“ (Spohr 2016, 180). Die Autorenschaft konnte demnach mit dieser Studie aufzeigen, dass das Vorhandensein der protektiven Faktoren bei der Verringerung oder Vermeidung der sekundären Behinderungen nicht helfen. Spohr führt als mögliche Erklärung an, 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, sodass die protektiven Faktoren möglicherweise keinen so entscheidenden Einfluss haben.“ (2016, 180-181).

4 Empirie

Der empirische Teil der Bachelorarbeit befasst sich mit den Fragen und somit Zielen der Forschung, und der Methodik des Forschungsdesigns. Bei letzterem wird unter anderem auf die Datenerhebung und die Datenauswertung eingegangen.

4.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Die Forschungsfragen entwickelte/n sich über den Gedanken, dass Kinder, die bereits jung oder auch im Verlauf des Lebens, die Diagnose FASD erhalten, im Erwachsenenalter ebenfalls mit dem Thema Elternschaft konfrontiert sein können.
Zunächst wurden andere Ansätze der Zielsetzung verfolgt, beispielsweise zum Thema Familienklima. Hier war der Zugang zur Stichprobe nicht möglich, da viele Mütter mit FASD von den Kindern getrennt leben (K. Kunath, Telefonat, 29.11.2022).
Wie Mütter mit FASD diese Trennung zur ihrem Kind und die erlebten Unterstützungsangebote wahrnehmen und bewerten soll deshalb in dieser Forschung erfasst werden.
Die Arbeit geht deshalb folgenden Forschungsfragen nach:

1. Wie tritt das FASD bei den befragten Müttern auf und wie wurde/wird die Elternschaft wahrgenommen und bewertet?
2. Auf welchen Kenntnisstand in Bezug auf FASD stoßen die befragten Mütter in den erfahrenen Unterstützungsangeboten?
3. Welche Beratung, Begleitung und Unterstützungsangebote erfahren die Mütter vor, während und nach der Trennung?
4. Wann fand die Trennung statt, wie wurde diese begründet und wie wurde diese von den befragten Müttern wahrgenommen und bewertet?
5. Sind Angebote, die die Trennung verhindern könnten, erwünscht?
6. Welche Unterstützungsangebote benötigt es aus Sicht der Mütter mit FASD zusätzlich?

4.2 Methodik

Um die Methodik der Forschung dieser Arbeit vorzustellen, soll näher auf den Forschungsansatz, die Stichprobe und der Feldzugang, die Datenerhebung und Durchführung und abschließend die Datenauswertung eingegangen werden.

4.2.1 Forschungsansatz

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die qualitative Sozialforschung für das Forschungsdesign ausgewählt.

„Empirische Sozialforschung hat zum Ziel, Aussagen über die Struktur und Beschaffenheit der uns umgebenden sozialen Wirklichkeit zu machen“ (Misoch 2019, 1). Im Unterschied zu den quantitativen Ansätzen „[rekonstruiert die] qualitative Forschung Sinn oder subjektive Sichtweisen“ (Helfferich 2011, 21). Es entsteht ein Raum, der die Äußerung verschiedener Sinns ermöglicht (ebd.). Die qualitative Forschung „geht von einer Differenz zwischen dem Sinn, den Forschenden einbringen, und dem Sinn, den Befragte verleihen“ (Helfferich 2011, 22) aus. In einem Prozess, der zunächst die Vielfalt an Daten erfasst und im weiteren Verlauf reduziert, kann die Komplexität des Analysegegenstandes erhalten bleiben (Helfferich 2011, 29). So verfolgt die qualitative Sozialforschung einen explorativen und theoriegenerierenden Ansatz (Pohlmann 2022, 208). Für die Forschung ist es entscheidend, dass der*die „Forschende selbst zum Messinstrument wird“ (Misoch 2019, 248) und sich dementsprechend an den Gütekriterien, die sich für die qualitative Forschung redefinieren haben lassen, orientiert (ebd.). Die bekannten Gütekriterien lassen sich nicht direkt auf die qualitative Forschung übertragen. Laut Misoch (2019) kann sich nach den Kriterien Neutralität, kontrollierte Subjektivität und Reflexion der Subjektivität, intersubjektive Nachvollziehbarkeit, Authentizität und Reliabilität (Misoch 2019, 260) zur Qualitätskontrolle in der qualitativen Sozialforschung gerichtet werden. Dies wurde mit dieser Forschung verfolgt.

4.2.2 Stichprobe und Feldzugang

Um eine Stichprobe und den Feldzugang für dieses Thema zu ermöglichen, wurde eine Internetrecherche betrieben und darüber Beratungsstellen aus Baden-Württemberg und Berlin gefunden. Über Telefonate und Mailaustausch wurde das Forschungsanliegen beschrieben. Über die erste Kontaktperson konnte sich keine Mutter mit FASD finden, die zu der Teilnahme an dem Interview bereit war. Über Frau Kunath, die als Diplom Sozialpädagogin in Berlin für den Verein Sonnenhof e.V. das betreute Einzelwohnen in einer Wohngemeinschaft speziell für Menschen mit FASD koordiniert und viel Engagement für das Forschungsthema zeigte, konnten vier Mütter für die Datenerhebung gewonnen werden. Es wurde dazu ein Anschreiben für die Mütter von der Studierenden erstellt, worüber die Mütter die Kontaktdaten der Interviewenden bekamen und sie bei Interesse kontaktieren konnten. Der Austausch erfolgte über Mail oder WhatsApp. Eine Mutter wurde zudem über den privaten Kontakt direkt kontaktiert und war ebenfalls interessiert, an der Erhebung teilzunehmen.

Es wurden somit fünf weibliche Personen im Alter zwischen 28 bis 32 Jahren über das Telefon interviewt. Eine aus Baden-Württemberg und vier aus dem Bundesland Berlin. Zwei von fünf Mütter haben einen Schulabschluss. Eine schloss die Hauptschule ab und eine andere hat

einen erweiterten Hauptschulabschluss. Außerdem arbeiten drei der Befragten in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderungen. Zwei Mütter leben allein in einer Wohnung, weitere zwei zusammen mit ihrem Partner und eine in einer Wohngemeinschaft. Die Motivation zur Teilnahme am Interview begründete sich in Neugierde und Interesse. Außerdem beschrieben die befragten Mütter den Wunsch, anderen mit ähnlichen Problemen helfen zu können und mit ihrer Teilnahme an der Forschung Aufklärungsarbeit zu leisten, sodass es Müttern mit FASD künftig insgesamt besser geht.

4.2.3 Datenerhebung und Durchführung

> „Gerade wenn man die Bedeutungszuweisungen von Akteuren, deren Sinngebungen und Handlungsorientierungen eines Systems maßgeblich konstituieren, nachvollziehen möchte, sind qualitative Interviews die Methode der Wahl“ (Pohlmann 2022, 208)

Um diese Sinngebung und Handlungsorientierung eines Systems (ebd.) zu erfassen, sind in der qualitativen Forschung eine Vielzahl von Interviewformen anzutreffen (Helfferich 2011). Das telefonische Leitfadeninterview, welches eine dieser Formen darstellt, wurde in diesem Forschungsdesign zur Datenerhebung gewählt.

Im angestrebten Forschungsgegenstand sollen subjektive Theorien, Erzählungen und Deutungsmuster im Interview Raum finden. Zugleich möchte die Interviewende gezielt Themen ansprechen. Dafür eignet sich nach Helfferich (2011) eine gewisse Struktur, die in Form eines Leitfadens umgesetzt werden kann. Dieser „bietet ein Grundgerüst, das für eine Vergleichbarkeit der Interviews sorgt“ (Döring u. Bortz 2016, 372).

Bei der Handhabung des Leitfadens ist auf die Wahrung der Offenheit zu achten. Durch den vorgegebenen Ablauf und den vorformulierten Fragen kann das Interview gesteuert, aber zugleich restriktiver bzw. freier, erzählgenerierend bzw. verständnisgenerierend und schwach strukturiert bzw. starkstrukturiert werden (Helfferich 2011). Trotz vorgegebener Struktur soll die spontan produzierte Erzählung Priorität haben (Helfferich 2011, 180). Auch das Tempo kann hierbei von der interviewenden Person kontrolliert werden (Helfferich 2011).

Außerdem sollte sich die interviewende Person über die Besonderheiten einer Interviewsituation bewusst sein: „Die Interviewkommunikation ist in jedem Fall asymmetrisch“ (Helfferich 2011, 42) aufgrund der komplementären Rollenverteilungen. Zudem ist es notwendig, die eigenen Erwartungen und impliziten Hypothesen zu reflektieren, um „das Offensein für eine Revision des eigenen Wissens“ (Helfferich 2011, 41) zu ermöglichen. Es gilt demnach die eignen Deutungen zurückzustellen und die Erhebungssituation ausschließlich bewusst, reflektiert und kompetent zu beeinflussen (Helfferich 2011, 12).

Basierend auf dem Leitfaden-Interview, stellt das telefonische Leitfadeninterview „eine medienvermittelte Variante“ (Döring u. Bortz 2016, 274) dar. Diese reduziert für die interviewende Person den finanziellen, personellen und zeitlichen Aufwand des Reisens. Zudem minimiert

das telefonische Interview mögliche Vorbehalte, die durch das Erscheinungsbild des Gegenübers unbewusst entstehen können (ebd.). Auch für die befragte Person bietet die Form des Interviews einen bedeutsamen Vorteil: Die Anonymität ist größer, wodurch es den Teilnehmenden leichter fallen kann, über „heikle, schambesetzte Themen zu sprechen“ (ebd.). Auch Drabble et al. (2016) kamen zu diesem Ergebnis. Die Forschenden erhoben, dass Frauen, die als schwer-erreichbare oder marginalisierte Gruppe gelten, bei einem telefonischen Interview leichter über sensible Themen sprechen konnten und eine höhere Bereitschaft zur Teilnahme an circa einstündigen Interview zeigten (Drabble et al. 2016, 12).

Erstellt wurde der Interviewleitfaden nach der SPSS-Methode von Helfferich (2011). Dabei stehen die Buchstaben als Abkürzungen für die Schritte des Prozesses. In einem ersten Schritt (S) werden alle Fragen gesammelt. Dabei zählt vorwiegend die Quantität. Um die Fragen in der Menge reduzieren zu können, wird anschließend im zweiten Schritt geprüft (P) und mithilfe von Prüffragen genauer untersucht. Im vorletzten Schritt des Sortierens (S) wird beispielweise auf den zeitlichen Verlauf, Handlungsabfolgen oder inhaltlichen Aspekten geblickt und dementsprechend geordnet. Durch das Subsumieren im abschließenden Schritt können für die „sortierte[n] Bündel eine einzige, möglichst einfache Erzählaufforderung“ (Helfferich 2011, 185) gefunden werden. Auch bezüglich des Verlaufs des Leitfadens und der zu erfüllenden Eigenschaften wurde sich an Helfferich (2011; 2019) orientiert. Zuletzt wurde der Leitfaden in einem Probe-Interview überprüft und überarbeitet (Döring u. Bortz 2016).

Vor der Durchführung wurde mit einem Kurzfragebogen die biografischen Grundinformationen erfragt (Döring u. Bortz 2016). Während des Interviews strebt die Studierende an, den Gesprächspartnerin zu verstehen und sich in dessen Lebenswelt einzufühlen, sowie wertschätzend und anteilnehmend zu handeln (Walter-Klose 2015). Diese Haltung spiegelt nicht nur heilpädagogische Werte wider, sondern ist auch eine Grundlage, auf der die Teilnehmerinnen offener von ihren Erfahrungen und ihrem Erleben berichten können. Sie müssen „sich nicht fragen, ob Sie wirkliches Interesse an […] [ihren] Antworten haben oder […] [ihr] Verhalten negativ bewerten“ (Walter-Klose 2015, 285).

Alle Interviews wurden von Mitte Januar bis Mitte Februar 2023 erhoben. Die Länge der Telefonate variierte zwischen 15 bis 30 Minuten.

4.2.4 Datenauswertung

Die Audioaufnahmen der Interviews wurden mithilfe der Software f4transkript transkribiert. Dabei wurden die Transkriptionsregel nach Dresing u. Pehl (2018) verfolgt.

Die gewonnen Texten wurden anschließend mit der inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) in sieben Phasen bearbeitet. Der Ablauf des Vorgehens ist in Abbildung 4 veranschaulicht.

Das Ziel von Inhaltsanalysen ist eine Klassifikation der Inhalte des Textes, indem Aussagen „einem System von Kategorien zugeordnet werden“ (Flick 2020, 144).

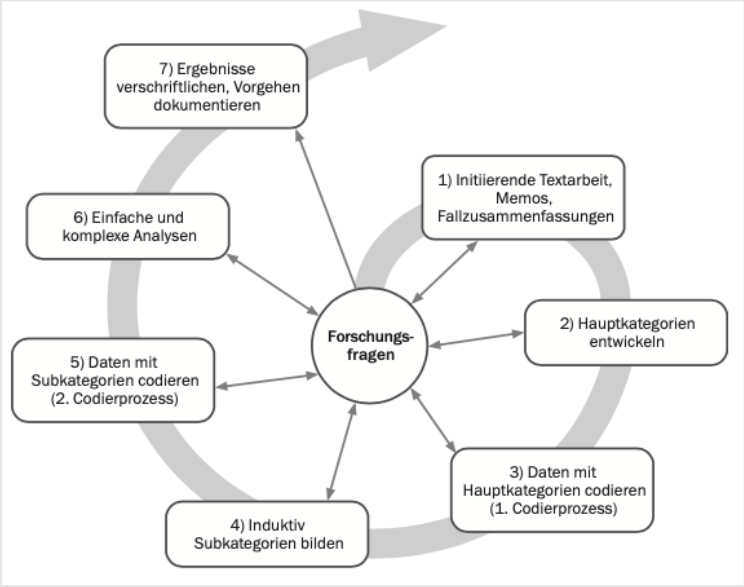

Abb. 4: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018, 100)

Zu Beginn der Analyse steht die initiierende Textarbeit, folglich mit den Forschungsfragen der eigenen empirischen Untersuchung vor Augen „den Text sorgfältig zu lesen und den subjektiven Sinn zu verstehen versuchen“ (Kuckartz 2018, 56). Das Ziel ist es, ein Gesamtverständnis für den Text zu erlangen und mithilfe von Markierungen, Kennzeichnungen und Memos erste Auffälligkeiten des Textes zu markieren. Nach Kuckartz werden zudem stichpunktartige Fallzusammenfassungen angefertigt, um die Charakteristika des Falls zu erfassen (siehe 2.1 des Anhangs). Dies soll gezielt aus der Perspektive der Forschungsfragen und strikt auf dem Gesagten basierend geschehen (Kuckartz 2018, 58). Im der darauffolgenden Phase der Kategorienbildung sollen deduktive Kategorien anhand des Interviewleitfadens und dem bereits vorhandenen System zur inhaltlichen Strukturierung gebildet werden. In dieser Forschung orientierten sich diesen an den Fragen der Forschung. Die Hauptkategorien wurden in eine sinnvolle Ordnung sortiert (Kuckartz 2018, 85) und sind in Abbildung 5 dargestellt. Im Codierungsprozess, der die dritte Phase darstellt, wurden Sinneinheiten diesen Kategorien zugeordnet. Zudem wurden im vierten Schritt des Ablaufs Kategorien am Material, demnach induktiv, gebildet (Kuckartz 2018) und mit diesen Subkategorien ein zweiter Codierprozess vollzogen. Nach Abschluss dieser fünften Phase könnte die Analyse des Materials beginnen. Nach Kuckartz gibt es sechs Formen der einfachen und komplexen Auswertung bei einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse. Die ersten drei Analyseformen wurden für dieses Forschungsdesign gewählt. Somit wurde eine kategorienbasierte Auswertung der Hauptkategorien durchgeführt und die Zusammenhänge zwischen Sub- und Hauptkategorien analysiert (Kuckartz 2018).

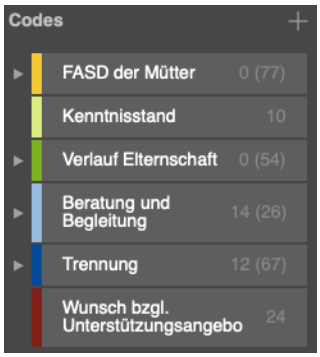

Abb. 5: Hauptkategorien der Forschung (f4analyse)

5 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Datenauswertung (siehe 4.2.4) dargestellt. Hierzu werden die Haupt- und Subkategorien aufgeführt und beschrieben. Auf Grundlage der Fall- und kategorienbasierte Zusammenfassungen (siehe 2.1, 2.4 des Anhangs) wurden die Daten interpretiert und dabei die in der Software *f4analyse* erstellten Memos miteinbezogen.

5.1 FASD der Mütter

In dieser Hauptkategorie konnten die Subkategorien ‚Diagnosestellung', ‚Symptomatik' und ‚Bestehenden Unterstützungsformen' der befragten Mütter gebildet werden.

5.1.1 Diagnosestellung

Die Befragten B1 und B2 wurden in einer Alterspanne zwischen 25 bis 30 Jahren diagnostiziert (B1, Absatz 6; B2, Absatz 25). B3 und B5 erhielten im Alter von circa 22 Jahren die Diagnose (B3, Absatz 17; B5, Absatz 13). Befragte 4 berichtet von einer Diagnosestellung im Jugendalter zwischen 13 und 14 Jahren (B4, Absatz 21). Drei der fünf Befragten (B1, B3, B5) wurden nach der Geburt ihres Kindes diagnostiziert und bei zweien davon wurde die Diagnostik durchgeführt, als erkenntlich wurde, dass das jeweilige Kind ebenfalls eine Form der Fetale Alkoholspektrumstörung aufweist (B1, Absatz 18; B3, Absatz 7, 17; B5, Absatz 5).

> *„Und deshalb ist sie dann vor fünf, sechs Jahren mit ihr in die Klinik und hat sie da noch einmal untersuchen lassen und dann, wo sie dann bei [Name Arzt] glaube ich war, da hat der mich dann halt mit untersucht."* (B5, Absatz 13).

Die Diagnostik fand in Kliniken, Psychiatrien und bei spezialisierten Ärzten statt.

Die Mutter B3 beschreibt, wie es war, die Diagnose zu erhalten.

> *„Es war hilfreich. Am Anfang war ich sehr verwirrt, aber es war halt in dem Sinne hilfreich, dass ich dadurch, dass ich mich damit auseinandergesetzt habe und alles langsam mitbekommen habe. Dass ich doch irgendwas tun muss. Dass ich halt nicht alles so kontrollieren kann, wie ich es gern möchte, weil ich es einfach nicht kann. Nicht, weil ich es nicht will."* (B3, Absatz 49).

Sie beschreibt die Erkrankung und Erkenntnis durch die Diagnose im selben Absatz als Einschränkung.

> *Dass ich halt nicht alles so kontrollieren kann, wie ich es gern möchte, weil ich es einfach nicht kann. Nicht, weil ich es nicht will."* (B3, Absatz 49).

Auch die Befragte B4 schildert und bewertet die Auswirkungen der FASD auf ihr Leben.

> *„Und dann bin ich irgendwie nicht so ganz durchs Leben gekommen, wie ich das eigentlich wollte. Man wünscht so vieles. Aber ja, mit der Krankheit kann man halt nicht mehr so viel machen. Und das ist ja bei mir ja auch mit Sicherheit die Schwierigkeit."* (B4, Absatz 37).

5.1.2 Symptomatik

Die Symptomatiken der Fetale Alkoholspektrumstörung zeigen sich bei den Befragten sehr heterogen.

Befragte B1 nennt eine Depression, eine Schlafstörung, dass sie wenig allein unterwegs ist und dass unbekannte Strecken Panikattacken auslösen können (B1, Absatz 8).

Bei B2 lassen sich keine ähnlichen Symptomatiken finden. Sie beschreibt lediglich eine Lernstörung, wodurch sie länger für bestimmte Sachen bräuchte (B2, Absatz 27).

Die Mutter B3 schildert ihre FASD-Symptomatik mit den Worten „sehr oft müde und antriebslos“ (B3, Absatz 19) und dass viele Menschen, flackernde Lichter und laute Umgebungen sie an ihre persönliche Grenze bringen. Sie hat zusätzlich die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (B3, Absatz 39). Ihr fällt es nach eigener Aussage schwer, Hobbys oder Interessen über einen längeren Zeitraum zu verfolgen. Mithilfe von Weckern und ihrem Haustier schafft sie es, eine Tagestruktur zu verfolgen und schildert ihre Arbeit und ihr Umfeld als stabil (B3, Absatz 19, 41, 101). Auch B1 beschreibt ihr Haustier als tagesstrukturgebend (B1, Absatz 59).

Schwierigkeiten in der Schulzeit schildert B4. Ihr fällt es schwer, Begriffe, aber auch Zusammenhänge zu verstehen und in stressigen Momenten geeignete Formulierungen zu finden (B4, Absatz 23, 27, 39). Sie hat neben dem FASD auch die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (B4, Absatz 21).

B1 sagt, sie macht ihren Alltag in ihrem Tempo. Druck von außen benennt sie als Auslöser für starke Wutgefühle, wodurch sie sich selbst verschließt (B1, Absatz 50). Auch B4 beschreibt, dass sie „dann immer ganz schnell sauer geworden“ (B4, Absatz 23) ist. B3 schildert ebenfalls starke Wutausbrüche als Reaktion auf Vorwürfe in der Vergangenheit (B3, Absatz 47). Zusätzlich sei sie aus der Situation geflüchtet. Sie beschreibt, dass sie über dieses Verhalten keine Kontrolle hatte (ebd.). Generell sieht sie FASD als schwere Erkrankung an, die sich nicht steuern lässt.

> *„Also für mich war es, ist es eigentlich eine schwere Erkrankung, weil man kommt doch mit dem Leben da nicht so zurecht, wie man es gerne hätte. […]. Aber das ist halt etwas, das kann man nicht steuern.“* (B3, Absatz 75).

Symptomatik Überforderung

Das Thema Überforderung lässt sich in Aussagen von drei Müttern wiederfinden. Sie fühlten sich überfordert im Haushalt (B3, Absatz 21), von Sinneseindrücken aus dem Umfeld (B3, 99) oder bei Verständnisproblemen im Alltag beziehungsweise Anträgen oder ähnlichem (B4, Absatz 25, 31). B1 fühlte sich, als sie obdachlos wurde, mit dem Kind überfordert (B1, Absatz 18).

> *„weil ich auch im Haushalt nicht wirklich klarkomme. Das liegt daran. Ich weiß theoretisch, wie es gemacht werden muss und wie es dann funktioniert. Das Problem ist, ich bekomme es einfach nicht hin. Ich bin überfordert, sehr schnell.“ (B3, Absatz 21).*

> *„Sie macht meine Papiere und meine Finanzen. Ja, weil wenn ich das Ganze allein machen würde. Ich glaube, da würde ich überfordert sein.“ (B4, Absatz 31).*

> *„Ja, und dann ging es halt alles ganz schnell. Obdachlos geworden. Ich habe mein Kind abgegeben, weil ich dann halt überfordert war und nicht mehr konnte und ähm.“ (B1, Absatz 18).*

Symptomatik Sucht

Mutter B1 beschreibt, wie sie Sucht als Mensch mit FASD wahrnimmt.

> *„Ja, für Menschen mit FASD ist es immer wichtig, Suchtverhalten im Auge zu behalten. Weil wir verfallen so schnell Süchten und kommen so schwer wieder raus, weil wir es dann einfach nicht kontrollieren können. Das ist ganz wichtig.“* (B3, Absatz 116).

Die Befragte B1 schildert, dass Alkohol den Abbau von Druck, aber auch für den Umgang mit Trauer und anderen Gefühlen ein Ventil bei Menschen mit FASD sein kann.

> *„Aber Alkohol spielt für die meisten eine große Rolle. Um Druck-Abbau, um Trauer, um die Gefühle und das Ganze zu kompensieren.“* (B1, Absatz 52).

Sie erklärt, dass der Alkoholkonsum ihr half, ihr Kind zu versorgen und andere Aufgaben zu erledigen. Sie nimmt an, dass das andere Mütter auch so erleben.

> *„sondern ich habe nur funktioniert, wenn ich getrunken habe. Also nach einer Party total besoffen, habe ich einfach funktioniert. Da konnte ich meine Aufgaben erledigen und konnte mich um das Kind kümmern. Und das ist bei vielen Müttern so, die sind einfach diesen Druck der Kinder (..) ohne irgendwas nicht gewachsen.“* (B1, Absatz 54).

Befragte B3 war zwei Mal alkoholsüchtig. Sie beschreibt einen Zusammenhang zwischen ihrem Befinden und der Suchtentstehung.

> *„Suchtverhalten ist ja. Also, man kann / Was mir passiert / Ich bin schon zweimal der Alkoholsucht tatsächlich sehr schnell verfallen. Es kommt halt drauf an, wenn es mir gut geht, habe ich gar kein Problem. Geht es mir schlecht und greift dann zum Alkohol, komme ich davon nicht weg“* (B3, Absatz 19).

Sie schildert jedoch auch, dass sie diesen Zusammenhang für sich nutzt und nicht trinkt, wenn es nicht die passende Stimmung ist (B3, Absatz 120). Davon wissen auch ihre Freund*innen und achten zusätzlich ebenfalls darauf (B3, Absatz 121-122).

Aber auch das Suchtverhalten zu nicht legalen Drogen war bei B1 und B4 Thema gewesen (B1, Absatz 52; B4, Absatz 56). Befragte B4 beschreibt den Alkohol- und Drogenkonsum als Mittel zum Umgang mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung.

> *„Weil ich ja mit meiner Krankheit ja zu kämpfen hatte, hatte ich ja so ein bisschen Probleme gehabt. So mit Alkohol und Drogen.“* (B4, Absatz 56).

5.1.3 Bestehende Unterstützungsformen

Bestehende Unterstützungsformen sehen die befragten Mütter in verschiedenen Bereichen. Befragte B1 und B4 nutzen das Angebot ihrer Wohnform. Sie schildern die Betreuer*innen und Mitbewohner*innen als Unterstützung (B1, Absatz 12; B4, Absatz 27). Auch die Familie wird als unterstützend von B1 und B2 wahrgenommen (B1, Absatz 16; B2, Absatz 29), wobei B2s Eltern auch gleichzeitig ihre gesetzliche Betreuung darstellen (B2, Absatz 29). Auch B3, B4 und B5 erhalten eine rechtliche Betreuung (B3, Absatz 21; B4, Absatz 31; B5, Absatz 19). Außerdem berichtet Mutter B3 von einer Haushaltsbetreuung, der Unterstützung durch die Pflegemutter der Kindes, psychologische Unterstützung, eine Arbeitszeitverkürzung und der Unterstützung durch Freunde und durch die Beratung von der Sozialpädagogin Frau Kunath (B3, Absatz 21, 41, 49, 124). Auch Mutter B4 nutzte die Beratung der Sozialpädagogin und Therapien als Unterstützungsangebot (B4, Absatz 37, 56). Neben der gesetzlichen Betreuerin erhält die Befragte B5 Grundsicherung (B5, Absatz 17).

5.2 Kenntnisstand

Bei den Befragten B1 und B3 lag nach eigener Aussage kein Wissen über FASD vor (B1, Absatz 18; B3, Absatz 47), was für die Befragte B3 zu einer inkorrekten Zuordnung ihrer Symptomatik führte. Sie nahm an, diese seien aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung (B3, Absatz 47). Die Mutter beschreibt außerdem ihre Erfahrung mit einer Mutter-Kind-Einrichtung für Mütter mit psychischen Erkrankungen, die hohe Ansprüche an die Mütter stellten.

> *„Es gibt gute Phasen, es gibt verdammt scheiß Phasen. Und das ist das, was die Betreuer, wo die Betreuer keine Ahnung hatten, wie sie damit umgehen sollten. Wir sollten normal sein. Wir sollten perfekt sein mit unseren Kindern. Aber wenn wir perfekt wären, hätten wir doch keine Hilfe benötigt. Das ist das, was viele nicht verstehen.“* (B3, Absatz 75).

Sie berichtet zudem, dass dort von vielen Müttern das Kind fremduntergebracht wurde. Es bräuchte, die die FASD Thematik verstehen, um Unterstützung erfahren zu können.

> *„Man braucht betreuerliche Unterstützung, man braucht Leute, Menschen, die diese Thematik verstehen, damit man überhaupt unterstützt werden kann.“* (B3, Absatz 95).

Auch in dem zuständigen Jugendamt von B5 scheint es ein Mangel an einem ausreichenden Kenntnisstand zu geben, da dieser Mutter die elterliche Kompetenzen aufgrund ihrer Behinderung abgesprochen wurden (B5, Absatz 55). B4 schildert ihr Bild von dem Kenntnisstand in Einrichtungen wie folgt.

> *„Und ja, viele Einrichtungen wissen das nicht, wie nicht damit umzugehen ist. Mit so einem Menschen. Das ist ganz, ganz schwierig.“* (B4, Absatz 45).

Das erschwere die Elternarbeit auch.

> *„Sie [P1 spricht über B4] hat gestern auch zu dem Koordinator bei uns im [Einrichtung] gesagt ‚Der Pflegevater von [Name des Kindes] der versteht einfach FASD nicht. Deshalb*

> *kann er mit mir nicht umgehen. Deshalb funktioniert Elternarbeit auch nicht'."* (B4, Absatz 77).

Auch im privaten Umfeld der Mutter B3 lag keine bis wenig Kenntnis über FASD und dessen möglichen Symptomatiken vor (B3, Absatz 95).

5.3 Verlauf der Elternschaft

In dieser Hauptkategorie des Verlaufs der Elternschaft können auf die Subkategorien Alter der Mutter bei Geburt des Kindes, Zeitraum während Schwangerschaft und Geburt, die Zeit nach der Geburt, die Herausforderungen der Elternschaft, die aktuelle Situation und der Wunsch nach bzw. bevorstehende Veränderung geblickt werden.

5.3.1 Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes

Die hier dargestellten Ergebnisse wurden mithilfe des Kurzfragebogens und der Aussagen im Interview ermittelt. Die befragten Mütter bekamen ihr (erstes) Kind im Alter zwischen 18 und 22 Jahren. Zwei davon waren gerade volljährig, eine bekam ihres mit 19 Jahren und zwei Mütter waren 20 bzw. 22 zum Zeitpunkt der Geburt.

5.3.2 Zeit nach Geburt

Nach der Geburt ihres Kindes versuchte Mutter B1 einen Platz in einer Mutter-Kind-Einrichtung zu kriegen. Sie beschreibt, dass sie abgewiesen wurde und nach einem halben bis ganzen Jahr die Suche aufgab (B1, Absatz 18, 36-38). Sie beschreibt, dass es ihr über den Alkoholkonsum möglich war, sich um ihr Kind zu kümmern (B1, Absatz 54) und dass sie nach den Abweisungen der Einrichtungen keine Kraft mehr hatte und deshalb das Kind abgab (B1, Absatz 36-38).

Mutter B2 erfuhr eine direkte Trennung nach der Geburt zwischen ihr und ihrem Kind, aber konnte sich, weil das Kind zu ihren Pflegeeltern kam und sie selbst zu Beginn noch bei den Pflegeeltern wohnte, so weit wie möglich einbringen (B2, Absatz 41).

Als harmonisch beschreibt B3 die erste Zeit nach der Geburt. Sie befand sich eine gewisse Zeit in einer Mutter-Kind-Einrichtung, die ihr damals zu viele Regeln auferlegt hat und sie trotz Einrichtung wenig bis keine Unterstützung erfahren hat (B3, Absatz 25). Ihre Reaktion auf Vorwürfe sind in der Symptomatik vermerkt, aber hier als Ergebnis ebenfalls zu erwähnen, um die Zeit nach der Geburt darzustellen.

Auch Mutter B4 war in einer Mutter-Kind-Einrichtung, in der sie die Hilfe als nicht passend für sie beschreibt.

> *„Nein, die Einrichtung war auch nicht so wirklich, weil die haben ja auch nicht wirklich geholfen. Also die haben mir schon geholfen mit der Kleinen, aber nicht so geholfen, wo ich eigentlich die Hilfe bräuchte. (...) Da gab es auch immer nur Anmeckern und dies und das*

> *und jenes. Und es war auch ein bisschen viel für mich. Weil sie kannten das ja auch noch nicht mit der Krankheit dort. FASD. Und sie haben ja viele Mütter dort mit FASD.“* (B4, Absatz 45).

Mutter B5 erlebte durch das erste Kind eine große Belastung, da es ein Schreikind war (B5, Absatz 29). Sie beschreibt die Zeit mit einem Vergleich zu einem Roboter, der ohne Schlaf funktioniert (ebd.). Durch das zweite Kind erfuhr sie noch mehr Anstrengung, auch wenn sie bei diesem weniger Herausforderungen erfuhr (ebd.). Sie sagt, sie hatte keine (angemessene) Unterstützung.

> *„Nein, also ich habe das allein gemacht. Ich hatte zwar eine Familienhilfe, die aber keine Familienhilfe war.“* (B5, Absatz 30 - 31).

5.3.3 Herausforderungen

Herausforderungen, die mit denen sich die befragten Mütter konfrontiert sahen, waren zunächst die fehlende oder nicht adäquate erfahrene Unterstützung (B1, Absatz 30; B5, Absatz 49). Sie erlebten das mangelnde Wissen über die FASD bei sich selbst aber auch in den Einrichtungen und ambulanten Diensten (B1, Absatz 18, 48; B3, Absatz 33; B4, Absatz 45; B5, Absatz 31).

Zudem beschreiben B2 und B4, dass sie im Alltag durch viele Termine und Anforderungen Stress wahrnehmen, der zu Überforderung führen kann (B2, Absatz 65; B4, Absatz 56). Von Überforderung ausgelöste Reaktionen nicht mehr zuzulassen, stellt außerdem eine der beschriebenen Herausforderungen dar (B3, Absatz 47; B5, Absatz 69).

Eine Mutter beschreibt zudem, dass es ihr und generell Menschen mit FASD schwerfalle Schuld, gegenüber dem Verlauf mit ihrem Kind, außerhalb von sich selbst zu sehen.

> *„Oder warum ist mein Kind jetzt so, wie es jetzt ist? Also die Schuld sucht man immer bei sich. Gerade wir FASD Menschen. Wir suchen immer diese Schuld bei uns. Ja. Warum ist das Kind jetzt so aggressiv? Oder warum ist das Kind jetzt traurig oder. Es ist immer die Schuld an uns.“* (B1, Absatz 67).

Eine weitere Herausforderung in der Elternschaft einer Mutter bezieht sich auf das Ankämpfen gegen Vorwürfe und Annahmen und somit auch gegen die Fremdunterbringung des Kindes.

> *„Also, die ganzen Vorwürfe wurden noch nie näher untersucht. Das heißt also, ich hatte keine Gerichtsverhandlung dafür. Es war kein Gutachter da. Es wurde nie bewiesen, was da war. Aber vielleicht auch / Ich hätte mich auch mehr reinhängen können. Ich habe es aber damals einfach nicht geschafft.“* (B5, Absatz 49).

5.3.4 Aktuelle Situation

Mutter B1 beschreibt, dass es ihr momentan gut gehe. Sie konnte die Medikamente gegen die Depression absetzen und hat durch ihr Haustier Unterstützung in der Tagesstruktur. Sie beschreibt die Diagnose und keine Schuld an der Situation zu haben, als förderlich für ihren Gefühlszustand (B1, Absatz 20). Sie wohnt in einer Wohngemeinschaft im betreuten

Einzelwohnen. Zu ihrem Kind hat sie, bewusst und von ihr erwünscht, keinen Kontakt. (B1, Absatz 22).
Befragte B2 lebt nicht mehr bei ihren Pflegeeltern, ihr leibliches Kind jedoch schon. Sie besucht ihre Tochter regelmäßig und unternimmt viel mit ihr (B2, Absatz 35).
Auch die dritte Befragte lebt nicht mit ihrem Kind zusammen. Auch dieses ist bei einer Pflegefamilie untergebracht. Sie beschreibt, dass sie dennoch an jedem Aspekt teilnehmen kann und in der aktuellen Situation die Chance sieht, dem Kind eine bessere Erfahrung zu ermöglichen als sie es in ihrer Kindheit hatte und gleichzeitig an sich arbeiten zu können.

> *„[…] wo ich sage ‚okay, meine Tochter soll was haben, was ich als Kind nicht hatte'. Aber ich will trotzdem da sein."* (B3, Absatz 39).

Bei der Mutter B4 ist das Kind in einer familienanalogen Wohngruppe und besucht die Mutter alle zwei Wochen am Wochenende (B4, Absatz 50, 54).
Bei der letzten Befragten, dessen zwei Kinder in verschiedenen Pflegefamilien untergebracht sind, sind die Erfahrungen mit einem stetigen Kontakt, alle zwei Wochen, verschieden. Ihre ältere Tochter sieht sie regelmäßig, ihre jüngere eher seltener (B5, Absatz 37).

5.3.5 Wunsch nach beziehungsweise bevorstehende Veränderung

Während Mutter B1 keine Veränderung möchte und somit den Kontakt zu ihrem Kind von ihrer Seite aus nicht sucht und keine Mutterrolle übernehmen möchte (B1, Absatz 22), besitzt B2 den Wunsch auf eine Veränderung, die bisher seitens des Jugendamts nicht geplant ist.

> *„Hm, nein, erst mal nicht. Leider."* (B2, Absatz 37).

Die Befragte B3 strebt keine Veränderung an, weil sie die Situation mit der Tochter in der Pflegefamilie schätzt (B3, Absatz 39).
Im Gegensatz dazu wünscht sich Mutter B4 wieder ein Zusammenleben mit ihrem Kind, an dessen Ermöglichung aktuell auch gearbeitet wird (B4, Absatz 81-84).
Bei Mutter B5 ist nicht erkenntlich, wie sie die Langzeitpflege (in der Regel bis zum 18. Lebensjahr des Kindes) ihrer beiden Kinder bewertet.

5.4 Beratung und Begleitung

Die Hauptkategorie fasst die allgemeinen Erfahrungen der Mütter zusammen, aber konkretisiert auch auf die Wahrnehmung der Mütter der Begleitung in Bezug auf Jugendämter, Mutter-Kind-Einrichtungen und Familienhilfen. Dabei geht es hauptsächlich um das Angebot vor der Trennung von Mutter und Kind, aber teilweise auch schon um die Begleitung während bzw. nach der Trennung. Zudem werden Ergebnisse zu der Frage dargestellt, ob sich die Befragten ein Angebot gewünscht hätten, das diese hätte vermeiden können.

Keine Beratung erfahren haben die Mütter B1 und B2 (B1, Absatz 28; B2, Absatz 33). B1 beschreibt, dass das erst mit dem Einzug in einer spezialisierten Wohngruppe geschah und ihr davor keine Alternative zu den angefragten Mutter-Kind-Einrichtungen aufgezeigt wurde. Mit „Nein“ (B2, Absatz 34) beantwortet B2 sowohl die Frage, ob ihr Alternativen zur Trennung aufgezeigt wurden, als auch die Frage, ob sie das Gefühl hatte, dass alles Mögliche ausgeschöpft wurde, bevor es zur Trennung kam (B2, Absatz 55). Eine Begleitung nach der Trennung erfuhr sie, abgesehen von den Hilfeplangesprächen des Jugendamts, nicht (B2, 51).
Auch B3 erfuhr keine Beratung in Form von dem Aufzeigen von Alternativen zur Trennung (B3, Absatz 79) und ebenfalls keine Begleitung nach der Fremdunterbringung ihres Kindes (B3, Absatz 71). Die Mutter-Kind-Einrichtung hatte sie selbstständig aufgesucht (B3, Absatz 61). Befragte B4 spricht offen darüber, dass sie die Beratung und Begleitung vorerst nicht annehmen konnte (B4, Absatz 56), aber dann auf eine Alternative zur Trennung, dem Familienwohnen, gehofft hatte, welches vom Jugendamt aufgrund der Finanzierung nicht bis zur Volljährigkeit ihres Kindes bewilligt wurde (B4, Absatz 67). Mutter B5 erfuhr keine Beratung und Begleitung bei der Trennung, aber legitimiert dies für sich in ihrer fehlenden Diagnose zu diesem Zeitpunkt und mit der mangelnden Kompetenz der Mitarbeiterin des Jugendamts (B5, Absatz 57).

„*Und wurde Ihnen dann damals noch erklärt, was für andere Unterstützungsangebote Sie wahrnehmen könnten? Also abgesehen von den Pflegefamilien? #00:14:44-8#*

B5: Nein, also wo das mit dem FAS überhaupt zur Sprache gekommen ist, war meine Tochter ja schon fast zwei Jahre in einer Pflegefamilie. Und ja, also die Frau, die damals da war vom Jugendamt, die arbeitet dort auch nicht mehr und alles.“ (B5, Absatz 56 - 57)

5.4.1 Erfahrungen Jugendämter

In der Erfahrung mit dem Jugendamt erlebte eine Mutter das Ablehnen einer Finanzierungsanfrage für ein Angebot, was ein gemeinsames Wohnen mit ihrem Kind ermöglichen hätte können (B4, Absatz 67).
Die Befragte B4 schildert zudem, dass die Protokolle des Mitarbeiters des zuständigen Jugendamts für den Verlauf und angemessene Hilfe kontraproduktiv waren (B4, Absatz 69-71).
Zwei Mütter (B3, Absatz 57; B5, Absatz 31) erlebten eine unerwartete und zuvor nicht kommunizierte Drohung und Trennung von ihrem Kind beim Jugendamt, als sie für einen regulären Termin zum Amt gingen.

> *„Wir kamen zum Jugendamt, zum regulären Hilfeplan und da wurde mir gesagt entweder ich lasse meine Tochter hier, also dort, oder die rufen die Polizei, nehmen sie mir Gewalt, gewalttätig weg und ich sehe sie nie wieder.“* (B3, Absatz 57).

In beiden Fällen wurde angezweifelt, ob die gewaltsame Fremdunterbringung rechtens war. Beide Mütter schildern, dass die damals zuständigen Mitarbeitenden nicht mehr beim Jugendamt angestellt sind bzw. sein dürfen (B3, Absatz 91; B5, Absatz 57).

5.4.2 Erfahrungen Mutter-Kind-Einrichtungen

Neben einer Abweisung von Mutter-Kind-Einrichtungen (B1, Absatz 18, 36-38) und zu vielen Regeln in der Einrichtung (B3, Absatz 25), beschreibt eine Befragte zwar die Unterstützung durch diese Art der Institution, die aber nicht zu ihrem Bedarf passte.

> *Nein, die Einrichtung war auch nicht so wirklich, weil die haben ja auch nicht wirklich geholfen. Also die haben mir schon geholfen mit der Kleinen, aber nicht so geholfen, wo ich eigentlich die Hilfe bräuchte. (...) Da gab es auch immer nur Anmeckern und dies und das und jenes. Und es war auch ein bisschen viel für mich. Weil sie kannten das ja auch noch nicht mit der Krankheit dort. FASD. Und sie haben ja viele Mütter dort mit FASD."* (B4, Absatz 44 - 45).

5.4.3 Erfahrungen Familienhilfen

Zwei Mütter hatten zeitweise eine Familie zur Unterstützung mit ihrem Kind. Mutter B4 beschreibt, dass sie in dieser Zeit wenig Kooperationsbereitschaft zeigen konnte und die Vorschläge der Familienhilfe nicht annehmen konnte. Sie sagt, dass das dazu geführt habe, dass „seitdem […] die Familienhilfe auch keine Lust mehr [hat] mit […] [ihr] zu arbeiten und […] es irgendwann aufgegeben [hat]" (B4, Absatz 66).

Mutter B5 beschreibt ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihrer Familienhilfe (B5, Absatz 65), die sie aber im Nachhinein aufgrund des von dieser formulierten Berichts nicht mehr als Hilfe bzw. Unterstützung wahrnehmen konnte.

> *„Ich hatte zwar eine Familienhilfe, die aber keine Familienhilfe war. Die ist mir im Endeffekt noch so in den Rücken gefallen und hat so einen Bericht über mich geschrieben, dass sie mir beim Jugendamt noch die Kinder weggenommen haben."* (B5, Absatz 31).

5.4.4 Wunsch nach Angebot, das Trennung verhindern könnte

Der Wunsch, nach einem Angebot, dass die Trennung verhindern hätte können, liegt bei vier von fünf Müttern vor (B1, Absatz 30; B2, Absatz 49; B3, Absatz 75; B4, Absatz 61-64). Befragte B1 beantwortete die Frage wie folgt.

> *„Ja, auf jeden Fall. Also eine hilflose Mutter, die zum Mutter-Kind-Heim geht und da um Hilfe fleht oder zum Jugendamt und nicht für ernst genommen wird, ist eine Frechheit. Ich hatte mehrere Kinder-Einrichtungen, ähm Mutter-Kind-Einrichtungen angerufen, gefragt und alle haben sie mich abgelehnt."* (B1, Absatz 30).

Mutter B5 beschreibt, dass dieser Wunsch durch die ursprünglich geplante Mutter-Kind-Einrichtung erfüllt werden hätte können. Sie schildert ihre Frustration darüber, dass dies doch nicht funktioniert hat (B5, Absatz 58-59).

5.5 Trennung

Im Folgenden soll auf das Empfinden der Trennung eingegangen werden. Dabei wird zuerst die Begründung der Trennung thematisiert, um anschließend auf die, möglicherweise vorliegende, Fremdbestimmung bei dieser und die Auswirkungen der Trennung einzugehen. Bei Letzterem wird der Frage nachgegangen, welche Belastungen auftraten und wie damit umgegangen wurde. Auch die Entlastung durch die Trennung soll in diesem Abschnitt aufgeführt werden.

5.5.1 Begründung

Mutter B1 gab ihr junges Kind eigenständig ab, begründet dies aber mit der Überforderung, die sie erlebte und sie an eine Belastungsgrenze brachte.

Bei Mutter B4 geschah es auch aus einer Überforderung (B4, Absatz 56) heraus, aber als das Kind bereits im Grundschulalter war. Sie beschreibt zum einen den Grund der Trennung mit ihrer Krankheit (FASD) und den daraus resultierenden Problemen. Zum anderen sieht sie in der Trennung ein mögliches „von der Last runterkomme[n]“ (B4, Absatz 56).

> *„Weil ich ja mit meiner Krankheit ja zu kämpfen hatte, hatte ich ja so ein bisschen Probleme gehabt. So mit Alkohol und Drogen. Und. Also am Anfang wollte ich mir auch nicht helfen lassen, da bin ich ganz ehrlich. Aber dann habe ich das doch irgendwann angenommen, weil [Name Tochter] dann in der Schule dann immer wiederkam mit Schularbeiten. Und dann waren die Schularbeiten nicht da gewesen und andere Sachen waren halt auch. Dann war ich schon ein bisschen sehr überfordert, weil dann hatten wir ja auch in der Schule Gespräche gehabt und es hat halt auch da alles nicht so funktioniert, wie ich das wollte.“* (B4, Absatz 56).

Mutter B2 schildert, dass ihre Pflegemutter ihr die Trennung mit dem damaligen Alter der Befragten begründete. Ein weiterer Grund sei, dass sie „nicht in der Lage dazu [ist], […] sich um das Kind zu kümmern“ (B2, Absatz 45).

Auch Befragte B3 machte die Erfahrung, von ihrem Kind getrennt zu werden mit der Begründung der mangelnden Kompetenz. Sie habe ihre Tochter, auf physische sowie psychische, Weise vernachlässigt (B3, Absatz 51).

> *„Weil mir wurde halt vorgeworfen, dass ich mich nicht ordentlich um sie kümmert, dass ich, dass ich das alles nicht hinbekomme. Und wenn ich um Hilfe gefragt habe, war es falsch. Habe ich nicht um Hilfe gefragt, war es auch falsch.“* (B3, Absatz 31).

Sie beschreibt, dass ein starker Hautausschlag der Tochter, eine im Nachhinein erkannte allergische Reaktion, als Zeichen der Vernachlässigung beziehungsweise Verschmutzung aufgefasst wurde (B3, Absatz 55).

Befragte B5 erlebte eine erste, sehr frühe Trennung von ihrer Tochter, weil sie im Krankenhaus aufgrund von Medikamenten nicht beim Schreien ihres Kindes wachwurde (B5, Absatz). Eine zweite Trennung geschah mit der Begründung der Familienhilfe in Form von Verwahrlosung der Kinder (B5, Absatz 49) und die dritte Trennung fand statt, als die Mutter-Kind-Einrichtung nicht bewilligt wurde, da eine Kindeswohlgefährdung trotz 24 Stunden Betreuung nicht auszuschießen wäre (B5, Absatz 61). Dieser Mutter wurde als Begründung für eine Langzeitpflege ihrer Tochter, die ebenfalls FASD diagnostiziert bekam, ihre Fetale Alkoholspektrumstörung und den Grad ihrer Behinderung genannt (B5, Absatz 53-55).

5.5.2 Fremdbestimmung

Ohne Fremdbestimmung entschied sich Mutter B1 für die Trennung (B1, Absatz 26), wobei sie zuvor diese beim Anfragen von Mutter-Kind-Einrichtungen erfuhr.

> *„I: Wurde das [die Ablehnungen von Mutter-Kind-Einrichtungen] begründet? #00:10:32-9#*
>
> *B1: Nein. 'Sie können es, Sie sind ja stark genug. Sie haben ja sonst keine Probleme. Sie sind halt Vollblut Mama'. Wo ich gesagt habe 'Nein, bin ich nicht. Ich habe meine Probleme'. Aber. Na gut.“* (B1, Absatz 31-32).

B2 beschreibt Fremdbestimmung vor der Trennung, in welchen Prozess sie nicht mit einbezogen wurde.

> *„Also ich bin da eigentlich gar nicht gefragt worden.“* (B2, Absatz 45).
>
> *„Es wurde sofort beschlossen, schon vor der Geburt und ja. Was ich sehr schade finde.“* (B2, Absatz 57).

Auch B4 scheint die Entscheidung nicht selbst gefällt zu haben.

> *„Ja und dann haben sie sich halt entschieden, dass [Name des Kindes] in so eine Pflegefamilie geht.“* (B4, Absatz 66).

Die Mütter B3 und B5 erführen sehr starke Fremdbestimmung, als sie ohne Vorwarnung, bei einem regulären Termin des Jugendamts ihre Kinder dort lassen mussten (B3, Absatz 57; B5, Absatz 65-67).

Zudem stellt das Absprechen von elterlichen Kompetenzen bei Mutter B5 ebenfalls Fremdbestimmung dar (B5, Absatz 53).

5.5.3 Auswirkungen

Die Trennung löste verschiedene Empfindungen und Handlungen aus, die in dieser Subkategorie unter der Belastung, den Umgang bzw. die Aufarbeitung damit und die Entlastung zusammengefasst sind.

Belastung

Eine Mutter, die ihr Kind sehr früh eigenständig abgab, beschreibt starke Schmerzen und Schuldgefühle gegenüber ihrem Handeln und der gesamten Situation.

> *„Es/ Keine Mutter der Welt will ihr Kind einfach so abgeben. Also. Sind höllische Schmerzen und keine Mutter will das und.“* (B1, Absatz 44)

> *„Und war ein sehr, sehr, sehr schwerer Start, weil ich mir für alles Schuld gegeben habe“* (B1, Absatz 18).

Zwei Mütter (B3, Absatz 57; B5, Absatz 43) erlebten eine unerwartete und überraschende Trennung, die sie beide als sehr belastend beschreiben.

> *„Mir ging es absolut scheiße, nachdem meine Tochter weggenommen wurde. Erstens, das hat mich komplett überrascht. Wir kamen zum Jugendamt, zum regulären Hilfeplan und da wurde mir gesagt entweder ich lasse meine Tochter hier, also dort, oder die rufen die Polizei, nehmen sie mir Gewalt, gewalttätig weg und ich sehe sie nie wieder. Ich war völlig am Ende.“* (B3, Absatz 57).

> *„Wo sie hingekommen ist, wusste ich erst nicht. Das durften die mir nicht sagen. Ich durfte auch die ersten sechs Wochen keinen Kontakt haben. Nach sechs Wochen habe ich sie das erste Mal wieder gesehen. Da habe ich auch die Pflegemutter kennengelernt beim Jugendamt unter Aufsicht. Ja und dann durften wir uns wieder zwei Monate nicht sehen, weil das zu aufwühlend war. Also für die Kleine und für mich selber“* (B5, Absatz 43).

Durch die Trennung von ihrem Kind wurde Mutter B3 kurz darauf von der Einrichtung kontaktiert, dass sie in zwei Tagen aus der Einrichtung ausziehen soll. Das führte in ihrem Fall kurzfristig zur Obdachlosigkeit (B3, Absatz 81). Auch Befragte B5 verlor ihre Wohnung durch die Trennung (B5, Absatz 51). Beide Mütter beschreiben eine, bei einer noch bis heute, bleibende Wut gegenüber der unerwarteten und gewaltvollen Trennung (B3, Absatz 85; B5, Absatz 67). Bei Mutter B2, deren Trennung erst mit ihrem eigenen Auszug von den Pflegeeltern, bei denen das Kind blieb, Realität wurde, beschreibt einen verzögert wahrgenommenen Schmerz durch die Trennung.

> *„Nicht so gut. Also am Anfang habe ich es gar nicht so realisiert, aber mittlerweile tut mir das schon ganz schön weh.“* (B2, Absatz 47).

Auch die Mutter, die der Trennung zum Kind im Grundschulalter zustimmte, ging es zu Beginn dieser sehr schlecht.

> *„Ja, am Anfang ging es mir beschissen. Also ich bin dann hier die ganzen Tag rumgelaufen in meiner Wohnung, weil ich das ja noch nicht mal kannte, weil es zu ruhig war auf einmal in meiner Wohnung. Und das kannte ich ja halt nicht, weil ich hatte ja die ganzen Jahre meine Tochter gehabt und jetzt auf einmal nicht mehr. Das war ganz schlimm, die Trennung.“* (B4, Absatz 58).

Umgang mit Belastung und Aufarbeitung

Beide Mütter, die eine gewaltvolle Trennung erlebt hatten, nutzten Alkohol und/oder Drogen, um die Belastung zu bewältigen (B3, Absatz 57; B5, Absatz 51).

> *„Ich war völlig am Ende. Und mein erster Griff war zur Flasche.“* (B3, Absatz 57)

Diese Mutter nutzte die Möglichkeit über einen Familienanwalt gegen den Beschluss vorzugehen und gewann den Gerichtsprozess (B3, Absatz 83). Sie fokussiert sich aktuell auf die

Herausforderungen, die sie auch ohne Kind bewältigen muss und hält den Kontakt zu diesem (B3, Absatz 39).

Gegen die Trennung mit einem Gerichtsprozess vorgegangen, wäre auch gerne Mutter B5, die Reue zeigt, damals nicht anders gehandelt zu haben (B5, Absatz 49). Sie beschreibt, dass sie es „aber damals einfach nicht geschafft hat“ (ebd.), aber mittlerweile weiß, dass die Trennung nicht rechtens war. Sie hat eine Beratungsstelle aufgesucht, die ihr dies bei mindestens einem ihrer Kinder versicherte (B5, Absatz 69).

Die Befragte B1 schildert, dass sie zwei bis drei Jahre gebraucht hat, um zu verstehen, dass das Abgeben ihres Kindes nicht nur ihre alleinige Schuld war, sondern die Überforderung auch durch die Fetale Alkoholspektrumstörung bedingt war.

> *„Ja, es war immer noch so Tage, wo ich wirklich traurig bin, so wie an Geburtstag oder so, wenn mein Sohn Geburtstag hat, dann denke ich schon oft daran. Aber dann hole ich mich auch ganz schnell aus dieser Situation wieder raus und denke mir so 'Okay, komm. Du hast alles richtig gemacht. Es ist alles gut. Du hast deine Aufgabe erfüllt. Und an der Krankheit kannst du nichts. Du bist nicht schuld'. (...)“* (B1, Absatz 73).

B4 hatte eine Begleitung von einer erfahrenen Sozialpädagogin während der Zeit der Trennung und nutzte viele therapeutische Angebote, um mit der Auswirkungen der FASD und der Trennung zurecht zu kommen (B4, Absatz 60).

Entlastung

Die Mutter B1 beschreibt die Abgabe ihres Kindes sehr schmerzhaft, aber auch als Erleichterung.

> *„Klar war es schmerzlich. Ich habe auch geweint. Aber. Danach glaube, nach einer halben Stunde. Das war jetzt böse gesagt, aber war es eine Erleichterung.“* (B1, Absatz 24).

Nachdem B3 den Gerichtsprozess gewann, entschied sie sich für eine Pflegefamilie für ihr Kind. Diesen Schritt und die daraus resultierende Unterstützung schätzt sie (B3, Absatz 85).

Mutter B4 beschreibt, dass die Trennung für sie als Entlastung sein soll, damit sie „nicht zu überfordert“ (B4, Absatz 56) ist.

5.6 Wunsch bezüglich Unterstützungsangeboten

Mutter B2 empfindet ein ambulantes Angebot, welches ihr eine Unterstützung im Haushalt und in der Erziehung ist, als angemessen. Durch dieses wünscht sie Ratschläge und Unterstützung zu erfahren (B2, Absatz 59-67). Ebenso Mutter B5 hat den Wunsch nach einer „vernünftige[n]“ (B5, Absatz 63) Familienhilfe, die ein- bis zweimal am Tag vorbeikommt und mit welcher Gespräche auf vertrauensvoller Basis geführt werden können (B5, Absatz 63-65).

Es liegt aber auch ein Wunsch nach Einrichtungen vor, die, unter anderem, spezialisiert für Mütter mit FASD sind (B1, Absatz 40-42). Mutter B3 schildert, dass es Fachpersonal und Betreuende braucht, die sich in diesem Themenbereich „auskenn[en] oder zumindest geschult" (B3, Absatz 95) sind, „damit man überhaupt unterstützt werden kann" (ebd.). Auch Befragte B4 beschreibt, dass das mangelnde Wissen über FASD dazu führe, dass man die Mütter an Müttern ohne FASD messe.

> *„Und dass man […] von der Mutter nur das verlangt, was sie auch kann"* (B4, Absatz 77).

Einen längeren Aufenthalt in diesen Einrichtungen ist ebenfalls gewünscht.

> *„Also die nicht mit sechs, sieben Jahren rausgeschmissen werden, sondern vielleicht auch bis 18, 19 unterstützt werden und ähm wo die Kinder trotzdem bei den Müttern bleiben können. Dass es so eine Einrichtung gibt, wäre vielleicht auch für jede Mutter, die FASD hat, die Rettung."* (B1, Absatz 42).

Diese Einrichtungen sollten „die Sucht gleich mit" (B1, Absatz 53-54) betreuen mithilfe von Psychologen und Betreuern. Es sollen Gespräche stattfinden und wenn nötig ein Entzug gemacht werden können (B1, Absatz 54). Dies sieht auch Mutter B3 so. Sie schlägt eine Anbindung an Suchtberater*innen vor, unabhängig vom akuten Bedarf.

> *„Ja, für Menschen mit FASD ist es immer wichtig, Suchtverhalten im Auge zu behalten. Weil wir verfallen so schnell Süchten und kommen so schwer wieder raus, weil wir es dann einfach nicht kontrollieren können. Das ist ganz wichtig."* (B3, Absatz 116).

> *„Es gibt so viele Mütter, die es einfach nicht sein lassen können zu trinken. Ich war auch eine davon."* (B1, Absatz 53 - 54).

Mutter B1 könnte sich auch vorstellen, dass tiergestützte Pädagogik oder Therapie bei Müttern mit FASD gut angenommen werden könnte (B1, Absatz 56-58).

Ein Wunsch nach besserer Kommunikation und daraus resultierender besserer Unterstützung hat die Befragte B3.

> *„Also ich hätte mir auch von dem Personal mehr Rückhalt gewünscht. Wirklich, dass man einem zuhört und nicht an einem vorbei hört."* (B3, Absatz 75).

B2 formuliert den Wunsch nach einer spezifischeren Unterstützung und weniger Stigmatisierung.

> *„Also ich würde mal sagen, dass man halt nicht gleich so Leute so abstempelt. ‚Haja, die kriegen das sowieso nicht hin' und so, sondern dass man halt versucht irgendwie einen Weg zu finden, dass derjenige halt eine Haushaltshilfe kriegt oder auch Hilfe mit dem Kind. Dass da jemand vorbeikommt und wenn man Probleme oder Schwierigkeiten hat mit dem Kind, dass man sich da halt melden kann oder denen anrufen und sagen ‚Ich brauche jetzt Hilfe', dass da jemand kommt und einem hilft."* (B2, Absatz 59).

6 Diskussion

Dieser Teil der Arbeit diskutiert die in Kapitel 5 dargestellten Forschungsergebnisse angesichts der Forschungsfragen. Zudem werden die verwendete Methodik reflektiert und Limitationen der Forschung aufgezeigt. Schließlich wird der Bezug zur Profession Heilpädagogik hervorgehoben.

6.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Es werden die Forschungsfragen anhand der empirischen Ergebnisse, dem aktuellen Forschungsstand und der theoretischen Grundlagen diskutiert.

1. **Wie tritt das FASD bei den befragten Müttern auf und wie wurde/wird die Elternschaft wahrgenommen und bewertet?**

Wie durch die in 2.1.1 und 2.1.2 dargestellte Definition und durch den Forschungsstand erkenntlich wurde, haben die Befragten ebenfalls unterschiedlich starke Symptomatiken und Auswirkungen der Störungen genannt. Komorbide Störungen konnten erkannt werden. Die späte Diagnose (bei 4 von 5 Müttern) könnte Grund für die häufig genannte Überforderung in verschiedenen Bereichen sein. Die Forschung (siehe Kapitel 3) weist darauf hin, dass eine frühe Diagnose zur Vermeidung von sekundären Störungen beitragen kann. Die Befragte B4, die ihre Diagnose im Jugendalter erhielt und ihr Kind bis zum Grundschulalter bei sich behielt, könnte ein Beleg dafür sein. Aber auch hier lag eine Überforderung durch die anspruchsvollere Entwicklungsunterstützung des Kindes während der Schulzeit vor. Dies ist, wie in 2.2.3 darstellt, ein möglicher Unterstützungsbereich bei Eltern mit intellektuellen Behinderungen.
Neben der Überforderung wurde häufig die Sucht als Symptomatik von FASD angeführt. Wie in 2.1.6 beschrieben, sind Menschen mit FASD durch die pränatale Alkoholexposition und anderen Risikofaktoren gefährdeter, eine Sucht zu entwickeln. Zudem können Ereignisse, wie die Trennung von Mutter und Kind, für die Befragten ein Zurückgreifen auf gewohnte Bearbeitungsmuster (siehe 2.3.3 Auswirkungen für die Mutter) auslösen, was häufig der Alkoholkonsum zu sein scheint. Dies begründet sich sehr wahrscheinlich in der Legalität der Droge und in dem überdurchschnittlich hohen Konsum in Kombination mit einer Verharmlosung des Alkoholkonsums in Deutschland (siehe 2.1.6). Außerdem sind nach Spohr (siehe 3 Aktueller Forschungsstand) Mütter von alkoholgeschädigten Kindern eine bisher nicht erkannte und undiagnostizierte Risikogruppe für FAS. Die Annahme liegt also nahe, dass auch die befragten Mütter eine Mutter mit FASD haben bzw. hatten. Das könnte einen früh-vorgelebten, problematischen Alkoholkonsum der Mutter der Befragten bedeuten oder auch darauf hinweisen, dass die befragten Mütter selbst bereits aus stark problemgeladenen und belastenden Milieu

stammen (Lenz et al. 2010, Faltermeier 2001). Zwei der befragten Mütter gaben an, in Pflegefamilien aufgewachsen zu sein. Dies könnte die aufgestellte Annahme bestätigen.

Die Elternschaft wurde von der Stichprobe durch fehlende Unterstützung oder direkte Trennungserfahrungen häufig sehr negativ erlebt. Dies kann einerseits mit der späten Diagnosestellung und der daraus resultierenden fehlenden Unterstützung in Verbindung gebracht werden. Andererseits ist durch die Schilderungen der Befragten, die mangelnde Literatur zu dem Thema Elternschaft und FASD und zuletzt durch die Forschung, die bislang zu Erwachsenen mit FASD „in den Kinderschuhen steckt“ (Becker 2020b, 85) erkenntlich geworden, dass mangelndes bis fehlendes Wissen zu FASD in der Praxis angetroffen wird. Daraus resultiert ein mangelndes Wissen zu *Elternschaft* bei Menschen mit FASD und somit kann es für die Mütter mit FASD sehr selten zu einer angemessenen Unterstützung kommen.

2. Auf welchen Kenntnisstand in Bezug auf FASD stoßen die befragten Mütter in den erfahrenen Unterstützungsangeboten?

Die Ergebnisse dieser Forschung belegen, dass viele veraltete Denkmuster (siehe 2.2.1) noch immer in Entscheidungsprozesse miteinflossen und miteinfließen. Die Kinder der Befragten sind zwischen 2011 und 2016 geboren, sodass die UN-BRK bereits in Deutschland in Kraft war und somit ein ressourcenorientierter Umgang und ein Ansatz, der die Selbstbestimmung der Mütter unterstützt, in der Theorie zu erwarten war. Dass die Ergebnisse nahezu das Gegenteil darstellen, lässt sich, neben den veralteten Annahmen, womöglich auf beschwerlich wandelnde Systeme und fehlende Weiterbildungen bei Fachpersonal zu diesem Themenbereich erklären. Zudem wurde die S3-Leitlinie zur Diagnose des Vollbilds erst 2012 veröffentlicht (Landgraf u. Heinen 2016). Interessant wäre einen Erhebung zur Überprüfung, inwieweit Wissen zu FASD zum jetzigen Zeitpunkt in verschiedenen Einrichtungen bzw. bei Fachpersonal in Deutschland vorliegt. Der mangelnde Kenntnisstand des Fachpersonals resultiert wiederum in einem mangelhaften Wissen bei den Betroffenen selbst, sodass Psychoedukation zu Beginn ein Thema für die meisten Betroffenen war.

3. Welche Beratung, Begleitung und Unterstützungsangebote erfahren die Mütter vor, während und nach der Trennung?

Alle Mütter bis auf eine erfahren wenig Beratung vor der Trennung. Bei beraterischen Diensten stoßen die Mütter, teilweise durch die fehlende Diagnose, auf Ablehnung. Dies könnte dazu führen, dass viele Menschen/Eltern mit FASD nicht an ein Hilfesystem angebunden werden und viele sekundäre Störungen erfahren (siehe 2.1.2). Die Beratung begrenzt sich zunächst auf die durch das Jugendamts initiierten Angebote, wie Familienhilfe oder Mutter-Kind-Einrichtungen. Teilweise wurden diese Einrichtungen auch selbstständig aufgesucht. Begleitet fühlten

sich die Mütter größtenteils durch die Angebote nicht. Dies lässt sich auf den mangelnden Kenntnisstand zur Thematik, aber auch auf die unterschiedlichen Sinn- und Relevanzsysteme des Jugendamts und der Mütter zurückführen (Faltermeier 2001, 156). Die Mütter empfinden die Unterstützungsangebote und vor allem die Trennung als Willkür und Bestrafung (siehe 2.3.3). Dies ist auf fehlende, gemeinsame Aushandlungs- und Sinnstiftungsprozesse zurückführbar. Durch diese wäre es den Müttern vielleicht möglich, Bedeutungszuschreibungen anzupassen und die angeordneten Hilfen des Jugendamts womöglich als sinnvoll, relevant und gewinnbringend einzustufen. Trotzdem erscheint das geschilderte Vorgehen des Jugendamts in den Erfahrungen der Mütter erschreckend forsch und fremdbestimmend. Anhand der Aussagen der Mütter ist kaum ein Versuch des Jugendamts zur Herstellung der Akzeptanz der Mütter zu erkennen. Eine Kultur der Kooperation, des Vertrauens und der wirkungsorientierten Transparenz (Heiner u. Walter 2010, 11) ist nicht erkennbar. Außerdem werden einem Teil der Befragten die elterliche Kompetenzen abgesprochen (siehe 2.2.2). Es scheint, als würden viele der Auffälligkeiten des Kindes auf die Störung zurückgeführt werden (Sanders 2015, 181). Dies erlebte Mutter B3 bei einem allergischen Hautausschlag ihres Kindes, welcher direkt als Vernachlässigung von Außenstehenden beurteilt wurde. Zusätzlich scheinen die Mütter in den Unterstützungsangeboten wie Mutter-Kind-Einrichtungen an einer „pädagogischen Idealvorstellung“ (ebd.) gemessen zu werden, die soziale sowie psychosoziale Belastungen der Mütter nicht beachtet bzw. kaum gewichtet.

Teilweise durch spezialisierte Mitarbeiter*innen des Sonnenhof e.V. und teilweise durch die Pflegeeltern der Kinder erhalten die Befragten Beratung, Unterstützung und die Möglichkeit zur Diagnosestellung der Störung. Diese Hilfe kann angenommen werden. Darauf soll bei der vierten Forschungsfrage näher eingegangen werden.

Während und nach der Trennung fehlen der Mehrheit der Mütter die Verbindung zu einer Person, die in dieser Krisensituation für sie ein Ventil sein kann und wodurch Spannungen abgebaut werden können. Das Fehlen dieses signifikant Anderen und das Fehlen von sozialen Netzen ist nach Faltermeier (2001) ein Merkmal von Herkunftseltern (siehe 3). Die Theorie, dass die Trennung keine Entlastung, sondern eine weitere Belastung darstellt, bestätigt sich durch diese Forschung. Vor allem bei unerwarteten Trennungen lässt sich dies erkennen, da diese Befragten zu ihren Fluchthandlungsschema (siehe 2.3.3), dem Alkohol- und Drogenkonsum, zurückgriffen. Dies und die rechtliche Lage bestätigen das missratene Vorgehen des Jugendamts bei zwei der befragten Mütter. Es ist die Aufgabe des Jugendamts die Notwendigkeit des Eingriffs und der Kontrollübernahme den Eltern respektvoll, transparent, unmissverständlich zu vermittelt (siehe 2.3.1, Alle 2021, 36-37). Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollten offengelegt und die erwartete Mitarbeit den Eltern gegenüber klar kommuniziert werden (ebd.). Warum dieses Vorgehen in zwei der von den Müttern geschilderten Fällen nicht vom Jugendamt durchgeführt wurde, ist für die Forschende nicht erkenntlich. Basierend auf den

Fallzusammenfassungen könnte auf Stigmatisierung oder fehlende Kompetenz der zuständigen Mitarbeitenden geschlossen werden.

4. Wann fand die Trennung statt, wie wurde diese begründet und wie wurde diese von den befragten Müttern wahrgenommen und bewertet?

Die Trennungen zwischen den befragten Müttern und ihren Kindern fanden zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Eine Trennung geschah, für diese Mutter unbewusst, direkt mit der Geburt des Kindes, eine fand noch während dem Krankenhausaufenthalt nach der Geburt und eine Trennung eigenstädnig im jungen Alter des Kindes statt. Zu zwei weiteren Trennungen kam es vor und während des Grundschulalters des Kindes zu einer weiteren.

Begründet wurden ein Teil der Trennungen mit dem Alter der Befragten und dem Absprechen von elterlichen Kompetenzen (siehe 2.2.2), dem Vorwurf von Vernachlässigung bzw. Verwahrlosung (siehe 2.3.1) und nach Aussagen der Mütter durch Überforderung mit der gesamten Situation. Letzteres lässt sich auf die Komplexität der Störung und die weitreichenden Auswirkungen, aber auch auf das Aufwachsen in einem psychosozial belastenden Umfeld (Lenz et al. 2010) zurückführen.

Als sehr belastend wahrgenommen, wurden alle Trennungen. Als besonders belastend beschrieben es die Mütter, die unerwarteterweise die Kinder entzogen bekamen. Mit der Trennung realisieren sich die Auswirkungen für die Mütter (siehe 2.3.3), die sich in diesem Moment neben der Fremdbestimmung, also einem Autoritätsverlust ohne nachvollziehbaren Sinn, auch in der neuen Rolle und veränderten Rahmenbedingungen (Faltermeier 2019) zurechtfinden müssen. Aber auch für die Mutter, die ihr Kind zwar eigenständig, aber aus Überforderung und Abweisung bei Mutter-Kind-Häusern abgab, entstanden durch die Trennung starke Schuldgefühle.

Nicht in den vor der Trennung stattfindenden Entscheidungsprozess miteinbezogen zu werden, empfand Mutter B2 als bedauernswert (siehe 5.5.3 Auswirkungen). Es ist ein Missachten ihrer Rechte (siehe 2.2.1, 2.2.2, 2.3.1) zu erkennen. Das Jugendamt ist, wenn dadurch der Schutz des Kindes nicht gefährdet wird, verpflichtet, Eltern in Gespräche zur Abwendung der Gefährdung miteinzubeziehen (siehe 2.3.1). Warum dies bei Mutter B2, sowie Mutter B3 und B5 nicht geschah, lässt sich ohne weitere Erhebungen nur mutmaßen. Es wäre jedoch interessant, durch eine weitere Forschung Entscheidungsprozesse des Jugendamts zu dokumentieren, um einschätzen zu können, durch welche Faktoren Mütter in den Prozess aktiv miteinbezogen werden, und wann sie bewusst oder unbewusst nicht über den aktuellen Stand und nächste Schritte informiert werden.

Zudem wäre es wichtig zu erfahren, ob sich die entscheidungstragenden Ämter über die erhöhte Belastung, die durch die Fremdunterbringung des Kindes für die Mütter entsteht,

bewusst sind. Diese gesteigerte Belastung der Mütter nach der Trennung konnte in der Theorie (Faltermeier 2019, 130-131), aber auch in der empirischen Forschung (siehe 5.5.3) belegt werden. In der Forschung erhöhte sich die Belastung vor allem durch die Trennung entstandenen Umstände wie ein Aus- bzw. Umzug aus Einrichtungen, Ungewissheit über das weitere Vorgehen und keine Kontaktmöglichkeit zum Kind. Auch nach einer Trennung bzw. Fremdunterbringung Kontakt zum Kind haben zu können, ist ein Recht der Mutter (siehe 2.3.1), welches in der Erfahrung einer Mutter missachtet wurde.
Als erhöhte Belastung nach der Trennung ist auch das gerichtliche Vorgehen gegen die Trennung zu nennen. Eine der befragten Mütter hatte die nötigen Ressourcen, um sich vor Gericht zusammen mit einem Familienanwalt gegen die Entscheidung des Jugendamts zu stellen. Dies zeugt von einer extremen Belastbarkeit, bei der Mutter vorliegenden sozialen Netzen und der Unterstützung von ihrem Umfeld. Es ist nach Faltermeier (2011) davon auszugehen, dass dieses soziale Netz und die Ressourcen, die es benötigt, um trotz der Belastungen gegen ein unrechtes Verfahren vorzugehen, nur bei den wenigsten Müttern vorliegt. Es ist anzunehmen, dass viele Mütter, so auch B5, die Entscheidung, auch wenn sie nicht rechtens ist, hinnehmen müssen, weil sie in diesen Krisensituationen keine Unterstützung und Anbindung an Beratung erfahren (Faltermeier 2001, 314).
Es kann eine Unterscheidung gemacht werden zwischen teils unerwarteten und fremdbestimmten Trennungen und erwarteten bzw. akzeptierten Trennungen. Bei letzterem scheint die akute Belastung durch die Trennungen ähnlich hoch zu sein. Doch im Anschuss können manche der befragten Mütter auch eine Entlastung empfinden und der Trennung positive Eigenschaften zuschreiben (siehe 5.5.3). Es ist anzunehmen, dass diese Mütter aus verschiedenen Gründen die Trennung und die damit einhergehenden Auswirkungen als etwas positives wahrnehmen. Die Forschung zeigt, dass einerseits die selbstständige Entscheidung dafür ausschlaggebend ist. Beschließt die Mutter eigenständig, ihr Kind ans Jugendamt oder an eine Pflegefamilie abzugeben (B1 und B3), kann der Schritt als Chance für sich und das Kind empfunden werden (siehe 5.5.3). Andererseits scheint die psychosoziale Begleitung (siehe 2.2.3) von Eltern mit FASD, wie es beispielsweise bei Mutter B4 geschah, eine positiven Einfluss auf das Erleben der Trennung zu haben.
Insgesamt ist also das Abklären im Voraus, ob ein gemeinsames Sinn- und Relevanzsystem (Faltermeier 2001, 156) vorliegt, und wie ein solches erreicht werden kann, als Schritt vor einer Fremdunterbringung des Kindes empfehlenswert für die Gestaltung der Trennung.

Interessant ist auch, dass alle Mütter die Trennung als solche empfunden haben. Könnte es auch Unterbringung des Kindes außerhalb des Haushalts der Mutter geben, die nicht als Trennung von diesen von ihnen empfunden werden? Kann durch verschiedene Maßnahmen, wie

ein Angleichen des Sinn- und Relevanzsystems, transparentes Vorgehen, beständigerer Kontakt zwischen Mutter und Kind, etc. ein Trennungsempfinden vermieden werden?
Viel entscheidender wäre es aber, der Frage nachzugehen, wie die Stärken der Mütter genutzt werden können und durch Unterstützung in den anderen Bereichen ein selbstbestimmtes, möglich uneingeschränkt an der Gesellschaft teilhabendes Konzept für Mütter mit FASD und deren Kinder aussehen könnte.

5. Sind Angebote, die die Trennung verhindern könnten, erwünscht?

Ja, die Vermeidung und Verhinderung der Trennung wird von den Müttern erwünscht (siehe 5.4.4). Die beschriebene Bindung zwischen Mutter und Kind und das Streben nach engen emotionalen Beziehungen über die gesamte Lebensdauer (Bowlby 2010), wird dem zugrunde liegen (siehe 2.3.2). Aber auch, dass die Trennung für manche als Willkür und Strafe empfunden wird, ist sicherlich für den Wunsch nach Angeboten, die die Trennung verhindern könnten, entscheidend (siehe 2.3.3). Es ist erneut zu betonen, dass sich die Rolle der Mütter durch die Trennung grundlegend ändert (Faltermeier 2019) und sich die Mutter über das Kind identifiziert (Bowlby 2016, 65).
Da es bereits zu einer Trennung kam, wurden die Mütter auch zu ihrem Wunsch nach Veränderung der aktuellen Situation befragt. Während zwei Mütter es bei der aktuellen Lage belassen möchten, empfinden zwei weitere Mütter den Wunsch, wieder mit ihrem Kind zusammenleben zu wollen (siehe 5.3.5). Von diesen zwei wird eine von einer Sozialpädagogin des Sonnenhof Vereins aktiv beraten und unterstützt während es scheint, als werden die Bedürfnisse der Anderen nicht gehört. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit, unter anderem, auf den Standort der Mütter zurückzuführen. Während erstere im Bundesland Berlin auf ein größeres Netzwerk an Unterstützungsangeboten und Beratung zu treffen scheint, ist anzunehmen, dass die Befragte aus Baden-Württemberg auf weniger Kenntnis zu ihrer Störung, aber auch weniger Beratung und Begleitung in Bezug auf ihr Recht auf eine selbstbestimmte Elternschaft mit Behinderung trifft. Dies impliziert, dass ein flächendeckenderes Angebot für Elternschaft bei Menschen mit Behinderungen allgemein (Rohmann 2014, 14), aber speziell auch für Mütter mit FASD wichtig ist, um psychosoziale Begleitung in bestimmten Bereichen erfahren zu können (siehe 2.2.3).

6. Welche Unterstützungsangebote benötigt es aus Sicht der Mütter mit FASD zusätzlich?

Die Forderungen der befragten Mütter lassen sich in vier Bereiche unterteilen.
Zum einen fordern die Mütter dieser Forschung mehr ambulante Unterstützung. Diese soll die Bedarfe der Mütter korrekt hören und verstehen und individuell situationsabhängig unterstützen (siehe 5.6). Der Wunsch, nach besserer Kommunikation zwischen der Mutter und den

Mitarbeiter*innen der ambulanten Hilfen und stationären Einrichtungen deutet auf ein Erleben von Stigmatisierung hin. Diese Stigmatisierung abzubauen, ist ein weiterer Wunsch der Mütter für die Zukunft. Mutter B3 und B2 beschreiben, dass sie sich wünschen, dass man ihnen richtig zuhört und Menschen mit FASD nicht vorschnell verurteilt. Dass Mythen, die im historischen Kontext gesehen werden müssen, anscheinend bis dato den Haltungen mancher Menschen zugrunde liegen, ist sehr kritisch zu betrachten und sollte in einer Idealvorstellung durch die Reflexion des eigenen Handelns und Weiterbildungen abgelegt werden. Insgesamt sollte ein Umdenken bezüglich Elternschaft bei Menschen mit intellektueller oder geistiger Behinderung vor allem bei sehr frühen Trennungen von Mutter und Kind passieren, hin zu deren Rechte und der grundlegenden Annahme, dass diese dieselben intuitiven elterlichen Kompetenzen wie alle anderen Menschen auch haben (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 231).

Eine weiterer Wunsch sind Einrichtungen, die mit den Fetalen Alkoholspektrumstörungen vertraut sind, und durch diesen Kenntnisstand eine adäquate Unterstützung anbieten können (siehe 5.6). Dazu gehört auch die Forderung, „dass man […] von der Mutter nur das verlangt, was sie auch kann“ (B4, Absatz 77). Folglich ist ein Vergleich mit der Norm zu vermeiden. Dem stimmt die Theorie zu, die bestätigt, dass zur Bewertung der elterlichen Kompetenzen eine ähnlich belastete Gruppe als Maßstab herangezogen werden sollte (Pixa-Kettner u. Sauer 2015, 230) und eine „pädagogische Idealvorstellung“ (Sanders 2015, 181) von Elternschaft die Mütter nur zusätzlich belastet, gerade wenn alle Auffälligkeiten des Kindes monokausal auf die Behinderung der Eltern zurückführt werden (siehe 2.2.2).

Zuletzt ist der Wunsch der Mütter nach einem Durchbrechen des Kreislaufs zu erkennen. Der Kreislauf bezieht sich dabei auf den theoretischen Hintergrund, dass nicht selten bei der Diagnosestellung der Kinder festgestellt wird, dass die leibliche Mutter ebenfalls „selbst aus alkoholbelasteten Verhältnissen stammte und wegen Vernachlässigung, Missbrauch oder Gewalt aus der Familie genommen werden musste" (Spohr 2016, 194). Auch in der Forschung von Rutman und Van Bibber (2010) äußerten Eltern mit FASD den Wunsch, diesen Kreislauf zu unterbrechen. In dieser Arbeit ist dies zum einen bei Mutter B3 zu erkennen, welche dankbar für die Pflegefamilie ihrer Tochter ist und erkennt, dass ihr Kind Unterstützung erhält, die die Mutter in ihrem Leben nie erfahren hat (B3, Absatz 85). Zum anderen zeigt Mutter B1 durch die frühe, freiwillige Abgabe ihres Kindes den Willen, das Kind, vor einem ähnlichen Lebensverlauf wie dem ihren, schützen zu wollen (B1, Absatz 44).

6.2 Kritische Reflexion der Methodik

Um die Methodik zu reflektieren, werden die „sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Sozialforschung“ nach Mayring (2016) herangezogen und im Bezug auf diese Arbeit diskutiert.
Das erste Kriterium, die Verfahrensdokumentation ist in dieser Arbeit und deren Methodik erfüllt. Das Vorgehen wurde unter 4.2 beschrieben und ist anhand dessen und der Darstellungen im Anhang klar dokumentiert und nachvollziehbar.
Das nächste Kriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung ist zum einen durch die Recherche, die im Voraus zum aktuellen Forschungsstand stattfand und ein Vorverständnis lieferte, gegeben. Zum anderen werden die Interpretationen im Diskussionsteil dieser Arbeit ausreichend schlüssig und mitsamt Alternativdeutungen (Mayring 2016, 145) dargestellt.
Als drittes Gütekriterium führt Mayring (2016) die Regelgeleitetheit an, die in der Methodik dieser Forschung durch das Auswerten und Analysieren nach Kuckartz (2018) erfüllt ist.
Ob eine Nähe zum Gegenstand vorlag, ist differenzierter zu betrachtet. Die Befragten durch das Telefoninterview in ihrer gewohnten Umgebung befragt, sodass es der Forschenden gelungen ist, „in die natürliche Lebenswelt der Beforschten“ (Mayring 2016, 146) einzutauchen. Obwohl im Voraus keine Interessenübereinstimmung mit den Befragten stattfand, ist davon auszugehen, dass das Interview und Thema der Forschungsarbeit auch in deren Interesse lagen. Dem Wunsch von qualitativer Forschung, konkret am sozialen Problem anzusetzen und dabei ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis (ebd.) herzustellen, wurde anhand dieser Methodik nachgekommen. Von dem vorletzten Gütekriterium, der kommunikativen Validierung durch die Befragten, musste in dieser Arbeit aufgrund von Umfang und Zeitgründen verzichtet werden. Somit ist dieses Gütekriterium nicht erfüllt. Die Triangulation, die das letzte Gütekriterium von Mayring (2016) darstellt, könnte man durch die drei beschriebenen und durchgeführten Analyseschritte nach Kuckartz (2018) erfüllt sehen.

6.3 Limitationen

Durch die geringe Anzahl von fünf Befragten, stellt die Größe der Stichprobe eine Limitation dar, wodurch eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht möglich ist. Zudem stellt das Herunterbrechen der Komplexität des Themas FASD und die alleinige Betrachtung der Trennungssituation und dessen Erleben ebenfalls eine Limitation der Arbeit dar, da der Komplexität der Störung in diesem Rahmen der Bachelorarbeit nicht entsprechend Umfang eingeräumt werden konnte und keine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Formen der Fetalen Alkoholspektrumstörungen gemacht wird.
Eine der Limitationen dieser Forschung findet sich außerdem im Zugang zur Stichprobe, da durch sogenannte Gatekeeper, oder auch Schüsselpersonen der*die Forschende Zugang zu

der zu erforschenden Lebenswelt erhält, die ohne diese Gatekeeper nicht zugänglich wäre (Döring u. Bortz 2016). Dadurch gelangte die Studierende an einen direkten Zugang, aber hatte durch den Kontakt über die Schlüsselperson ein vorgelegtes Feld. Dies muss in Bezug auf die gewonnenen Ergebnisse reflektiert werden.

Eine weitere Limitation könnte der Forschungsansatz, der sich nur mit den Müttern im Vergleich zu beiden Elternteilen befasst sein. Dies wurde aufgrund des Fehlenden Zugangs zu Beginn festgelegt, hätte jedoch eine weitere Perspektive auf das Erlebte liefern können. So ist die diese Form der Datenerhebung nach Pohlmann (2022) weniger „vorteilhaft für die Herstellung einer möglichst ‚natürlichen' ungestörten Interaktionssituation" (Pohlmann 2022, 209).

Für den Forschungsstand dieses Themas stellt die beschränkte deutschsprachige Literatur eine Limitation dar.

Zuletzt soll reflektiert werden, dass die Erfahrungsschilderungen der Mütter deren Sinnsystem widerspiegeln. Andere Beteiligte, wie beispielsweise das Fachpersonal von Mutter-Kind-Einrichtungen ebenfalls zu interviewen, würde die geschilderte Perspektive der Mütter womöglich ergänzen.

Zudem sind die Kinder der Befragten vor mindestens sieben Jahren geboren, sodass die Forschungsergebnisse möglicherweise nicht den aktuellen Stand widerspiegeln.

6.4 Bezug zur Heilpädagogik

Um näher auf den Bezug zur Heilpädagogik eingehen zu können, werden vorab die Grundlagen und das Selbstverständnis der Heilpädagogik dargestellt.

Der Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. beschreibt Heilpädagogik „als eine eigenständige (Handlungs-) Wissenschaft, Disziplin und Profession mit besonderen Kompetenzen und Aufgaben, die auf ihren berufsethischen Grundlagen die Menschenwürde und Menschenrechte in den Mittelpunkt stellt" (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp) 2022, 7). Heilpädagogik kann demnach als eine „integrative und wertgeleitete Wissenschaft" (Greving 2011, 55) verstanden werden.

Das „Heil" der Bezeichnung ist dabei auf den Begriff „holos" aus dem griechischen zurückzuführen, was sich als „ganz" übersetzen lässt. Es kann von einem Ganzheitsprinzip (Greving u. Timpe 2017, 587) gesprochen werden, nach welchem Heilpädagog*innen den Menschen und dessen Bezugssysteme nicht nur facettenhaft, sondern umfassend betrachten und sich als Entwicklungsbegleitung verstehen (ebd.), in welcher die Ressourcen und Begabungen entdeckt und entwickelt werden sollen (bhp 2022, 8).

> „Die heilpädagogische Sicht auf den Menschen betont die unauflösliche Einheit von physischen, psychischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Eigenschaften, die sich in jedem einzelnen Menschen auf individuell einzigartige und gleich wertige Weise und in Wechselbeziehungen mit

> den sozialen und ökologischen Umwelten konkretisieren.“ (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp) 2022, 7).

Dass jeder Mensch eine individuell erlebte Sinnhaftigkeit besitzt, ist eine wichtige Grundannahme der Heilpädagogik. Die Offenheit dem Gegenüber ist zu wahren (Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp) 2022, 8). Heilpädagog*innen sehen sich als Unterstützung bei der Bewältigung erschwerter Lebenslagen, Belastungen und Risiken. Bei der Begleitung ist die selbstbestimmte Gestaltung der Lebenswelt der Klient*innen zu achten. Dies soll nicht nur in Sondereinrichtungen, sondern durch Integration und den Umbau von Regeleinrichtungen auch inklusiv geschehen (Biewer 2017). In einer pluralistischen Gesellschaft erkennt Heilpädagogik als Handlungswissenschaft Diversität an und beansprucht dies als Kerngedanke. Dies impliziert das Verständnis, dass es keine eine Heilpädagogik gibt, sondern unterschiedliche Ausgangslagen individuelle Handlungsstrategien erfordern (Greving 2011).

Es soll nun der konkrete Bezug des Themas dieser Arbeit erläutert werden.
Eltern mit (intellektuellen) Behinderungen angemessen zu unterstützen, stellt das Thema dieser Arbeit dar und ist in den Handlungsfeldern der Heilpädagogik wiederzufinden (Greving u. Timpe 2017, 588). Bei der Arbeit in Erziehungs-, Familien- und Schulberatungsstellen oder Familienzentren, in stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Erziehungshilfe, in Kliniken für Psychiatrie oder Psychotherapie, als Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und als familienunterstützender Dienst, können Heilpädagog*innen ein individuelles Angebot gestalten (ebd). Dies stellt ein Ziel, aber auch eine Aufgabe der heilpädagogischen Berufe nach Haeberlin (2005) dar. Heilpädagog*innen streben an, „durch spezialisiertes pädagogisches Handeln Menschen mit individuellen Erschwernissen den Weg zur optimalen Selbstständigkeit und Lebensqualität zu ermöglichen“ (Haeberlin 2005, 345).
Um dieses Ziel der „optimalen Selbstständigkeit und Lebensqualität“ (ebd.) zu erfüllen, müssen für und mit Eltern mit FASD Grundrechte wie die Menschenwürde, Gleichheit, freier Entfaltung der Persönlichkeit und dem Schutz von Ehe und Familie, von Heilpädagog*innen vertreten werden. Es stimmt mit dem Selbstbild des heilpädagogischen Fachverbands überein, für Menschen mit Behinderungen, die auf Fremdbestimmung treffen, diese Rechte einzufordern und sich gegen Einschränkungen in der Teilhabe aufzulehnen. Es sollte angestrebt werden, Müttern mit FASD Teilhabe und Partizipation am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (Greving u. Timpe 2017, 588). Ein weiteres Ziel, neben dem Vertreten der Rechte, kann der Abbau von Mythen darstellen, wie zum Beispiel die Annahme, dass Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls Kinder mit einer geistigen Behinderung zur Welt bringen.
Außerdem ist ein wertschätzender, ressourcenorientierter Umgang mit Menschen und Eltern mit FASD in den geschilderten Erfahrungen der befragten Mütter nur in wenigen Situationen erkennbar. Mit einer heilpädagogische Haltung könnten die Begabungen der Eltern in den

Fokus rücken und individuelle Unterstützung angeboten werden, was ebenfalls als Ziel der Profession zu nennen ist. Zudem ist die Reflexion des eigenen Handelns und der Haltung in der Heilpädagogik Teil des professionellen Handelns. So werden Mütter mit FASD möglichst nie mit Vorurteilen und Fremdbestimmung konfrontiert.
Vor allem der genannte Aspekt der individuell erlebten Sinnhaftigkeit scheint in Praxis der Befragten häufig nicht genug Beachtung zu erfahren und der Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung verwehrt zu werden. Trotz erschwerter Lebensverhältnisse sich nach dem Sinnsystems der Eltern auszurichten und sie diesbezüglich zu begleiten, kann eine Kompetenz und ein Ziel der Heilpädagogik darstellen.

7 Fazit und Ausblick

Diese Arbeit untersuchte die Erfahrungen von Müttern mit FASD, die eine Trennung von ihrem leiblichen Kind erfahren haben. Dabei wurden die Unterstützungsangebote, die die Betroffenen vor, während und nach der Trennung erfahren haben, und deren Wahrnehmung und Bewertung ebenfalls betrachtet. Mithilfe einer theoretischen Auseinandersetzung sowie einer qualitativen Befragung von betroffenen Frauen konnten die zuvor formulierten Forschungsfragen bearbeitet werden.

Die Ergebnisse der Interviews beleuchten die zu Beginn angeführte Forschungs- und Wissenslücke über Eltern mit FASD. Die befragten Mütter berichteten von Stigmatisierungserfahrungen, Suchtproblemen und einer späten Diagnosestellung. All das lässt sich auf einen nicht ausreichenden Kenntnisstand der Mitarbeitenden im sozialen Bereich zu FASD und ein fehlendes Hilfenetzwerk für Mütter mit FASD zurückführen. Für die Mütter bedeutet das, keine für sie geeignete Unterstützung zu erfahren, obwohl diese geschätzt und gewünscht ist. Der Wunsch, den Kreislauf von FASD und Sucht bei ihren Kindern zu durchbrechen, zeigt sich.

Sowohl für die ambulante wie stationäre Hilfe, fordern die Befragten spezialisierte, auf Menschen mit FASD abgestimmte Angebote. Dass diese Angebote künftig Suchtberatung und -behandlung beinhalten sollten, wurde von den Betroffenen angemerkt.

Die Stichprobe erfuhr bei Trennungsmaßnahmen Fremdbestimmung. Diese ist womöglich auf die Stigmatisierung dieser Personengruppe zurückzuführen. Die Stigmatisierung liegt dabei häufig nicht nur in Bezug auf deren Störung vor, sondern auch in deren Umgang mit dem/n leiblichen Kind/ern. Der Einfluss der geschichtlichen Betrachtung von Elternschaften bei Menschen mit Behinderungen hierauf wurde in der Arbeit diskutiert. Es ist als erschreckend zu betrachten, wie häufig es noch immer zu einer Trennung von Eltern und Kind aufgrund von Behinderung kommt. Dass Mütter mit FASD nicht immer die Ressourcen haben, um sich gegen ein unrechtes Vorgehen von Ämtern zu wehren, geht ebenfalls aus dieser Forschung hervor. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass bei einer nicht vermeidbaren Trennung eine psychosoziale Begleitung für das Trennungsempfinden und -verarbeiten erforderlich ist.

Es scheint bei einer vermeidbaren Störung schnell die Schuld auf die verursachende Person geschoben werden zu wollen. Diese Arbeit möchte jedoch abschließend erneut daran appellieren, dass ein Umdenken geschehen sollte, hin zu einer Pflicht als Mitarbeitende des Sozialwesens, auch diese Form von Behinderung und Elternschaft angemessen und deren Rechten entsprechend zu begleiten und nicht vorschnell zu einer Trennung als Vorgehensweise zu greifen. Dafür sind angemessene Unterstützungsangebote erforderlich, die einen ausführlichen Wissenstand über FASD voraussetzen.

Es ist anzunehmen, dass eine ressourcenorientiertere Haltung und das Angebot individuell angepasster Unterstützung, vorschnelle, fremdbestimmende und auf Stigma basierende Trennungen vermeiden kann, was angestrebt werden sollte.
Offene Fragen, die sich durch diese Forschung ergeben, wären die Frage nach dem Kenntnisstand zu FASD in deutschen Einrichtungen. Ferner wäre auch eine Bestandsaufnahme der aktuellen Unterstützungsformen konkret für Eltern mit FASD interessant. Wie in der Arbeit dargestellt, werden die Kompetenzen von Eltern mit FASD häufig an einer gesellschaftlichen Norm, anstelle von ähnlich belasteten Personengruppen gemessen. Interessant wäre daher eine Untersuchung der Frage, ob Eltern mit geistiger Behinderung bereits angemessenere Begleitung in der Elternschaft erhalten als Eltern mit FASD, oder ob insgesamt ein sehr mangelhaftes Unterstützungsangebot vorliegt und zur Bewertung der elterlichen Kompetenzen weiterhin und auch bei dieser Personengruppe ohne FASD, der Vergleich zur gesellschaftlichen Norm gezogen wird.
Durch die Diagnoseleitlinie, die vor elf Jahren veröffentlicht wurde, ist davon auszugehen, dass das Vollbild FAS künftig häufiger und früher diagnostiziert wird. Auch für die Diagnostik im Erwachsenenalter soll bald eine Leitlinie vorliegen. Inwiefern sich das Unterstützungsangebot in Zukunft verbessern könnte, ist nicht abzusehen. Es sollte in der Gesellschaft, aber gerade auch in professionellen Disziplinen, mehr über die Fetalen Alkoholspektrumstörungen und die Rechte von betroffenen Menschen auf Elternschaft und Unterstützung aufgeklärt werden, um die aktuelle Lage zu verbessern.

Literaturverzeichnis

Ainsworth MD (1985) Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. Bulletin of the New York Academy of Medicine 61, 771–791

Alle F (2021) Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch, 4. Aufl. Lambertus-Verlag Freiburg

Becker (2020a) FASD in DSM-5 und Ausblick auf ICD-11. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 108–112. De Gruyter Berlin

Becker G (2020b) Erwachsene mit FASD. Hinweise zur Lebenssituation. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 85–88. De Gruyter Berlin

Becker G (2020c) FASD, Komorbidität und sekundäre Störungen. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 104–107. De Gruyter Berlin

Becker G, Hantelmann D, Scholz E, Schwerg L (2020a) FASD-Diagnosestellung im Erwachsenenalter am Beispiel des FASD-Fachzentrums Sonnenhof. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 89–103. De Gruyter Berlin

Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) (2020b) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl. De Gruyter Berlin

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp) bhp position P.04. Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung. URL: https://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/BHP%20Stellungnahmen,%20BHP%20Position/20141221-P04.pdf

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (bhp) (2022) Berufsbild Heilpädagoge | Heilpädagogin des BHP. URL: www.bhponline.de

Biewer G (2017) Grundlagen der Heilpädagogik und inklusiven Pädagogik. UTB facultas.wuv Wien

Bowlby J (2010) Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie, 2. Aufl. Reinhardt München, Basel

Bowlby J, Andres M, Endres M (2016) Frühe Bindung und kindliche Entwicklung, 7. Aufl. Ernst Reinhardt Verlag München, Basel

Brown NN (2020) Fetale Alkoholspektrumstörungen: Gleichrangigkeit mit intellektuellen Beeinträchtigungen. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl. De Gruyter Berlin

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2023) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). ICF Version 2005. URL: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html6 (abgerufen am: 2023)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2022) Alkohol. Stand: 11. August 2022. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Alkohol in der Schwangerschaft. Warum es wichtig ist, in der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten. URL: https://www.kenn-dein-limit.de/alkoholverzicht/alkohol-in-der-schwangerschaft/ (abgerufen am: 22. Oktober 2022)

Döring N, Bortz J (2016) Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Springer Berlin Heidelberg Berlin, Heidelberg

Drabble L, Trocki KF, Salcedo B, Walker PC, Korcha RA (2016) Conducting qualitative interviews by telephone: Lessons learned from a study of alcohol use among sexual minority and heterosexual women. Author manuscript. Qualitative social work : QSW : research and practice 15

Europäische Kommission Alkohol. Überblick. URL: https://health.ec.europa.eu/alcohol/overview_de (abgerufen am: 7. Februar 2023)

Faltermeier J (2001) Verwirkte Elternschaft? Fremdunterbringung - Herkunftseltern - neue Handlungsansätze. Teilw. zugl.: Neubiberg (München), Univ. der Bundeswehr, Diss. 1999 u.d.T.: Faltermeier, Josef: Wie Herkunftseltern die Situation der Fremdunterbringung ihrer Kinder in Pflegefamilien erleben - soziobiographische und institutionelle Bedingungen und Prozesse. Votum-Verl. Münster

Faltermeier J (2019) Eltern, Pflegefamilie, Heim. Partnerschaften zum Wohle des Kindes. Beltz Weinheim

FASD Fachzentrum (o.D.) Das gemeinsame Auftreten von Fetalen Alkoholspektrumstörungen und psychischen Störungen (Komorbidität)

Flick U (2020) Sozialforschung. Methoden und Anwendungen : ein Überblick für die BA-Studiengänge, 5. Aufl. Rowohlt Taschenbuch Verlag Reinbek bei Hamburg

Freunscht I, Feldmann R (2019) Junge Erwachsene mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS): emotionale, soziale und berufliche Entwicklung. In: Lepke K, Michalowski G, Feldmann R (Hrsg.) FASD: wenn Liebe allein nicht ausreicht. 15. Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein, 27.-28.09.2013, 2. Aufl., 149–162. Schulz-Kirchner Verlag Idstein

Gillberg C, Geijer-Karlsson M (1983) Children born to mentally retarded women: a 1-21 year follow-up study of 41 cases. Psychological medicine 13, 891–894

Greving H (2011) Heilpädagogische Professionalität. Eine Orientierung, 1. Aufl. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Greving H, Timpe KR (2017) Heilpädagogik – eine kurze Beschreibung der Profession. Kinder- und Jugendarzt 48, 587–589

Haeberlin U (2005) Grundlagen der Heilpädagogik. Einführung in eine wertgeleitete erziehungswissenschaftliche Disziplin, 1. Aufl. Haupt; utb GmbH Bern, Stuttgart

Heiner M, Walter S (2010) Geschwisterbeziehungen in der außerfamilialen Unterbringung. Erkenntnislage und Entwicklungsbedarf. SOS Kinderdorf Sozialpädag. Inst München

Helfferich C (2011) Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews, 4. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden

Helfferich C (2019) Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 669–686. Springer Fachmedien Wiesbaden Wiesbaden

Hennicke K, Klein M, Becker G (2020) Zur Komplexität des Problems FASD. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 1–2. De Gruyter Berlin

Jenni O (2021) Die kindliche Entwicklung verstehen. Praxiswissen über Phasen und Störungen. Springer Berlin, Heidelberg

Klein I (2020a) Ehemalige Pflegekinder als Eltern. Bewältigung infrage gestellter Elternschaft. Beltz Weinheim

Klein M (2020b) Suchtentstehung. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 159–166. De Gruyter Berlin

Kuckartz U (2018) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 4. Aufl. Beltz Weinheim

Landgraf M, Hoff T (2019) Fetale Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Therapie, Prävention, 1. Aufl. Verlag W. Kohlhammer Stuttgart

Landgraf MN (2015) Implementierung der S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. Rückblick und Ausblick. In: Michalowski G, Lepke K (Hrsg.) Leit(d)pfade durch das Leben. 16. FASD-Fachtagung in Dresden, 26.-27.09.2014, 1. Aufl., 13–19. Schulz-Kirchner Verlag Idstein

Landgraf MN (2020) Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Becker G, Hennicke K, Klein M, Landgraf M (Hrsg.) Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention, 2. Aufl., 75–81. De Gruyter Berlin

Landgraf MN., Heinen F (2016) S3-Leitlinie. Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD. Kurzfassung. URL: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025 (abgerufen am: 17. Oktober 2022)

Lange C, Manz K, Rommel A, Schienkiewitz A, Mensink GBM (2016) Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. Journal of Health, 2–21

Lenz A, Riesberg U, Rothenberg B, Sprung C (2010) Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung. Begleitete Elternschaft in der Praxis. Lambertus-Verlag Freiburg

Löser H (1995) Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. 20 Tab. G. Fischer Stuttgart

May PA, Fiorentino D, Phillip Gossage J, Kalberg WO, Eugene Hoyme H, Robinson LK, Coriale G, Jones KL, del Campo M, Tarani L, Romeo M, Kodituwakku PW, Deiana L, Buckley D, Ceccanti M (2006) Epidemiology of FASD in a province in Italy: Prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. Alcoholism, clinical and experimental research 30, 1562–1575

Mayring P (2016) Einführung in die qualitative Sozialforschung, 6. Aufl. Beltz Weinheim

Misoch S (2019) Qualitative Interviews, 2. Aufl. De Gruyter Oldenbourg Berlin, Boston

Pachter LM, Dumont-Mathieu T (2004) Parenting in Culturally Divergent Settings. In: Hoghughi M, Long N (Hrsg.) Handbook of Parenting: Theory and Research for Practice, 88–97. SAGE Publications Ltd 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom

Pfinder M, Liebig S, Feldmann R (2014) Adolescents' use of alcohol, tobacco and illicit drugs in relation to prenatal alcohol exposure: modifications by gender and ethnicity. Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire) 49, 143–153

Pixa-Kettner U, Sauer B (2015) Elterliche Kompetenzen und die Feststellung von Unterstützungsbedürfnissen in Familien mit geistig behinderten Eltern. In: Pixa-Kettner U (Hrsg.) Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder, 3. Aufl., 219–247. Winter Heidelberg

Pohlmann M (2022) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. UTB; UVK Konstanz

Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RAS, Bekmuradov D, Rehm J (2016) Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Lancet (London, England) 387, 978–987

Prangenberg M (2015) Zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Pixa-Kettner U (Hrsg.) Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder, 3. Aufl., 25–46. Winter Heidelberg

Rauschert C, Möckl J, Seitz N-N, Wilms N, Olderbak S, Kraus L (2022) The Use of Psychoactive Substances in Germany. Deutsches Arzteblatt international 119, 527–534

Rohmann K (2014) Besondere Familien – Welche Unterstützung brauchen Eltern mit Lernschwierigkeiten und ihre Kinder? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: pro familia Landesverband Hessen (Hrsg.) … mit Kind? Zukunftsperspektiven selbstbestimmter Elternschaft bei Menschen mit Behinderungen. Dokumentation des Fachtags, 13–19 Frankfurt

Sanders D (2015) Risiko- und Schutzfaktoren im Leben der Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung. In: Pixa-Kettner U (Hrsg.) Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder, 3. Aufl., 161–192. Winter Heidelberg

Spohr H-L (2016) Das fetale Alkoholsyndrom. Im Kindes- und Erwachsenenalter, 2. Aufl. De Gruyter Berlin, Boston

Streissguth AP, Barr HM, Kogan J, Bookstein FL (1996) Understanding the Occurrence of Secondary Disabilities in Clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final Report. University of Washington School of Medicine Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Streissguth AP, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK (2004) Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP 25, 228–238

Sudhoff D (2022) Fetale Alkoholspektrumstörung im Erwachsenenalter. In: Feldmann R, Graf E (Hrsg.) Praxishandbuch FASD in der Jugendhilfe, 1. Aufl., 112–129. Ernst Reinhardt Verlag München

van Santen E, Pluto L, Peucker C (2019) Pflegekinderhilfe – Situation und Perspektiven. Empirische Befunde zu Strukturen, Aufgabenwahrnehmung sowie Inanspruchnahme. Beltz Weinheim

Waldschmidt A (2005) Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? Psychologie und Gesellschaftskritik 29(1), 9–31

Walter-Klose C (2015) Interview. Wie führe ich ein Interview? In: Koch K, Ellinger S (Hrsg.) Empirische Forschungsmethoden in der Heil- und Sonderpädagogik. Eine Einführung, 280–288. Hogrefe Göttingen, Bern, Wien