

Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) in der stationären Jugendhilfe

Klaus ter Horst, Bad Bentheim

Der vorliegende Artikel beschreibt zunächst die Relevanz des Themas FAS für die Jugendhilfe und zeigt den bisherigen Umgang der stationären Jugendhilfe mit dem Fetalen Alkoholsyndrom auf. Bei der stationären Aufnahme von Kindern mit FAS stehen die Fachkräfte vor besonderen Herausforderungen und es stellt sich die Frage »Auf welche Erlebens- und Verhaltensweisen muss sich die stationäre Jugendhilfe bei Kindern mit FAS einstellen?« Hierzu gibt der Artikel eine Einschätzung und einen Ausblick.

1. Relevanz des Themas FAS für die Jugendhilfe

Beim Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) liegt eine multiple Schädigung vor, die körperliche Fehlbildungen, Wachstumsstörungen, eine Schädigung des Zentralnervensystems und massive Beeinträchtigungen im sozialen Bereich umfasst. Der Fokus der Hilfe liegt auf der Begleitung und dem Schutz der jungen Menschen. Im Mittelpunkt stehen die Strukturierung des Alltages und die Vermeidung vor vielfältigen Überforderungen und Gefahren für die vom Fetalen Alkoholsyndrom betroffenen Kinder und deren Mitmenschen.

Informationen über das Fetale Alkoholsyndrom liegen seit Jahrzehnten vor. Es waren vor allem engagierte Pflegeeltern, ehrenamtliche Vereine und wenige Professionelle, die in Deutschland über FAS informiert haben. Über die Folgen eines partiellen oder durchgängigen Alkoholkonsums von Frauen in der Schwangerschaft wurden seit den 70er Jahren vor allem in den USA und Kanada geforscht. Aktuell gibt es in diesen Ländern ein Netzwerk von Beratungsstellen,

vernetzter Forschung und einen wissenschaftlichen Diskurs.

FAS ist das häufigste nicht genetisch bedingte Fehlbildungssyndrom beim Kind

In Deutschland hinken wir dieser Entwicklung um Jahre hinterher. Dabei ist das Fetale Alkoholsyndrom »das häufigste nicht genetisch bedingte Fehlbildungssyndrom beim Kind« (Pfänder, M., Feldmann, R. 2011). Landgraf veröffentlichte 2013 im Deutschen Ärzteblatt belastbare Zahlen auf der Grundlage von evidenzbasierten Recherchen: »Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) weist eine geschätzte Prävalenz von circa 8 pro 1000 Lebendgeburten auf« (Landgraf, et al 2013). Bei 682.100 Lebendgeburten in Deutschland im Jahr 2013 werden somit jedes Jahr in Deutschland 5457 Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom geboren. Berücksichtigt man die durchschnittliche Lebenserwartung der aktuell in Deutschland lebenden Menschen, so ist nach vorsichtiger Schätzung davon auszugehen, dass aktuell mehr als 300.000 Menschen in Deutschland mit einem Fetalen Alkoholsyndrom leben.

Dem steht gegenüber, dass noch vor kurzem das Thema FAS in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe wenig bekannt war und auch die Fachkräfte in den Jugendämtern mit den Abkürzungen und den hinter den Begriffen liegenden Auffälligkeiten beziehungsweise Schädigungen wenig anzufangen wussten.

Auch heute noch erleben wir in der Jugend- und Behindertenhilfe, den Jugendämtern, bei Pädiatern, in Kitas und Schulen – eigentlich bei allen Professionellen, die mit Kindern zu tun haben – einen großen Informationsbedarf zu diesem Thema.

2. Der bisherige Umgang der stationären Jugendhilfe mit dem Fetalen Alkoholsyndrom

Eine Auseinandersetzung mit den vielfältigen Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft für die davon betroffenen Kinder im Kontext der stationären Jugendhilfe fand vor allem als Folge von Hilflosigkeit und Überforderung der professionellen Helfer und deren Organisationen statt.

Die gängigen Instrumente der Jugendhilfe des seit 1999 geltenden »neuen« Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) funktionierten bei FAS nicht. So erwies sich beispielsweise die gesetzlich vorgeschriebene Hilfeplanung nach § 36 KJHG bei Kindern, die vom Fetalen Alkoholsyndrom betroffen sind, als wenig hilfreich. Üblicherweise dient die im triadischen Verhältnis angelegte und idealerweise auf Kooperation beruhende Hilfeplanung der Evaluation des Hilfeprozesses und der Neu-Festlegung von Hilfeplanziele. Die Hilfeplanung verläuft zielgerichtet und erfolgsorientiert. Sie baut auf kontinuierliche Verbesserungen auf. Gelingen diese positiven Verläufe innerhalb der rund sechsmonatigen Intervalle zwischen den Hilfeplangesprächen nicht, so werden die Methoden und Ziele überprüft und neu festgelegt.

Die Betreuung von FAS-Kindern erfordert eine andere Struktur der Hilfeplanung

Bei Kindern mit dem Fetalen Alkoholsyndrom stellten alle Beteiligten – die betroffenen Kinder und deren Sorgeberechtigten, die zuständigen Sachbearbeiter der Jugendämter und die Vertreter der Jugendhilfeeinrichtungen – fest, dass diese erprobte Vorgehensweise bei einem vorliegenden Fetalen Alkoholsyndrom nicht zu den gewünschten Entwicklungen führte. Angestrebte und häufig zu ambitionierte Ziele wurden nicht erreicht. Neue Probleme tauchten in den Zeiten zwischen den Hilfeplangesprächen auf und dominierten tagesaktuell die Gesprächsrunden. Sicher geglaubte Fortschritte in der Schule, in

sozialen Bezügen oder bei besonderen Talenten konnten unerwartet wieder »verschwinden«.

Angefragte interne oder externe Beratungsdienste hatten nur unzureichende Erklärungen für diese Phänomene. Diskontinuierlich verlaufende Entwicklungen von nicht diagnostizierten Kindern mit FAS verunsichern noch heute Pädagoginnen und Pädagogen sowie Beratungssysteme. Üblicherweise installierte Hilfen für die Kinder und für die Professionellen führten nicht zu einer nachhaltigen Entlastung oder zu einer Verbesserung des Hilfeverlaufes. Supervision für den Bezugserzieher oder im Team, Einzeltherapie jeglicher Couleur für das (nicht diagnostizierte) Kind mit FAS oder die Hinzuziehung weiterer Experten wie Kinderpsychiater mit deren Optionen der medikamentösen Behandlung führten zwar häufig zu einer zeitweiligen Beruhigung eskalierender Prozesse. Rückblickend scheint aber einer der stärksten Wirkfaktoren für die Beruhigung von betroffenen Erziehungsverantwortlichen die Hoffnung auf Besserung und Stabilisierung gewesen zu sein. Das Beständige bei Kindern mit dem Fetalen Alkoholsyndrom ist aber nun mal die Unbeständigkeit ihrer Entwicklungsverläufe. Nach einigen Runden solcher Lösungen erster Ordnung (weiter so und mehr desselben) machte sich dann oft Rat- und Hilflosigkeit breit. Mitunter führten gerade die »Lösungen« für die Probleme zu weiteren Verschlechterungen.

Das Beständige bei Kindern mit FAS ist die Unbeständigkeit ihrer Entwicklungsverläufe

Verändert man als Jugendhilfeeinrichtung nicht seine Grundhaltung und sein pädagogisches Konzept, so ist die Entlassung solcher »schwieriger« Kinder eine logische Folge. Setzt die nächste Einrichtung ihre pädagogische Arbeit mit den gleichen Strategien fort, kommt es unweigerlich zu sich wiederholenden Schleifen des Scheiterns. In der Folge wechseln solche Kinder die Einrichtungen, ohne dass es Hoffnung auf Besserung gibt. Störungen werden chronifiziert und Ressourcen gehen verloren. Die negative Gesamtentwick-

lung geht zu Lasten der betroffenen Kinder, deren Bindungspersonen – häufig sind das Pflege- oder Adoptiveltern – sowie letztlich auch der Solidargemeinschaft. Für Kinder mit FAS steigt mit jedem Beziehungsabbruch das Risiko zum Beispiel für eine Abhängigkeitserkrankung oder eines Suizids.

Die Jugendhilfe kennt solche krisenhaften Entwicklungsverläufe bei besonderen biografischen Belastungen und hat nach einer Zeit der Evaluation solcher Verläufe ihre Hilfeangebote beispielsweise für sexuell missbrauchte, bindungsgestörte, vernachlässigte oder traumatisierte Kinder modifiziert. Auch für Kinder aus Suchtfamilien oder Kinder, deren Eltern psychisch krank sind, gelten rückblickend ähnliche institutionelle Lernerfahrungen.

Im Unterschied zu Kindern mit einem Fetalen Alkoholsyndrom ist es aber nach einer gewissen Zeit des institutionellen Erfahrungslernens gelungen, die Angebote zu spezifizieren und zu qualifizieren. Heute stellt sich die Herausforderung für Jugendhilfeeinrichtungen, für jedes Kind mit seinen lebensgeschichtlichen Besonderheiten (»biografisches Fallverstehen«) im Kontext seiner sozialen Bezüge optimierte Hilfen anzubieten.

Bei Kindern mit FAS bestand aber lange die Schwierigkeit, dass die Kenntnisse über FAS zwar prinzipiell vorhanden, aber in der Jugendhilfe nicht verbreitet waren. Zudem ist FAS in seiner vollen Ausprägung eben keine Störung oder psychiatrische Erkrankung, sondern eine mehr oder minder schwere Komplexschädigung. Den damit verbundenen und notwendigen Paradigmenwechsel konnte die Jugendhilfe mit ihren diversen Akteuren und Rollen bisher nur sehr schwer umsetzen.

3. Die besonderen Herausforderungen bei der stationären Aufnahme von Kindern mit FAS

Kinder mit FAS kommen häufig aus belasteten Multiproblemfamilien. Wir wissen, dass die Prä-

valenz von Kindern mit FAS in Pflegefamilien mit 22,9 Prozent (vgl. Nordhues, P., Weischenberg, M., Feldmann, R., 2013) und in der stationären Jugendhilfe erschreckend hoch ist. Folgt man dieser wissenschaftlichen Studie der Universität Münster, so leben aktuell über 12.000 Kinder in Pflegefamilien. Trotzdem: Auch heute noch berichten Pflegeeltern, dass sie bei der Aufnahme eines Kindes in ihre Familie nicht darüber informiert wurden, dass bei den Pflegekindern ein Fetales Alkoholsyndrom vorliegt – auch dann, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass das Wissen vorhanden war.

Können diese Kinder aufgrund der besonderen Problematik nicht in den Pflegefamilien bleiben, geht die Suche nach einem geeigneten Platz in der stationären Jugendhilfe los. Ist dann »endlich« ein Platz in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung gefunden, kann es schnell zu Enttäuschungen kommen. Jede Aufnahme in ein »Heim« – und ist die Einrichtung bzw. sind die Fachkräfte auch noch so gut fachlich aufgestellt – ist für die Erziehungsverantwortlichen die eine Unterbringung veranlassen, auch ein Stück Scheitern und mit Scham besetzt.

Häufig haben sich die bisherigen Bindungspersonen, in der Regel die Pflegeeltern, intensiv mit den Folgen des Fetalen Alkoholsyndroms auseinandergesetzt. Sie stellen fest, dass sie selbst besser über das Fetale Alkoholsyndrom informiert sind als die Professionellen in den Jugendämtern und den Jugendhilfeeinrichtungen.

**Der gerne als Hilfe und Klammer
zwischen den Gesetzbüchern
genutzte § 35a bietet
keine langfristige Handlungssicherheit**

Auch sorgsam vorbereitete und standardisierte Aufnahmeprozesse mit dem Ziel der Vermeidung von erneuten Traumatisierungen bieten dann keine Gewähr für einen erfolgreichen Start der Maßnahme. Wenn unberücksichtigt bleibt, dass sich die Jugendhilfe hier im Graubereich zwischen Jugendhilfe und Eingliederungshilfe befin-

det, entsteht schnell Verwirrung. Der gerne als Hilfe und Klammer zwischen den Gesetzbüchern genutzte § 35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes bietet keine langfristige Handlungssicherheit. Er ist dem KJHG zugordnet und spätestens mit dem Erreichen der Volljährigkeit stellt sich die Frage der langfristigen professionellen Hilfe und der sozialrechtlichen Zuordnung der Menschen mit FAS erneut. (vgl. Schindler, G., Die Fetale Alkoholspektrum-Störung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, 2014). An dieser Stelle ist das Zusammenwirken diverser Hilfen (noch) nicht gebahnt. Es fehlen geeignete Unterbringungsformen für Kinder und erst recht für Erwachsene. Unklar ist aktuell, wer die notwendigen Hilfen anbietet und wie sie finanziert werden.

**Fehlendes Wissen der Fachkräfte
birgt die Gefahr der Fehlinterpretation der
Genese von Auffälligkeiten**

In dieser auf Hilflosigkeit basierenden und emotional aufgeladenen Situation kann es schnell zu eskalierenden Prozessen aller an der Hilfeplanung Beteiligten kommen. Fehlendes Wissen der Fachkräfte in den Jugendämtern und Einrichtungen birgt die Gefahr der Fehlinterpretation der Genese von Auffälligkeiten. Ungerechtfertigte Schuldzuweisungen beispielsweise den Pflegeeltern gegenüber oder Gegenübertragungsprozesse aus Gründen des Selbstschutzes befeuern solche Krisenszenarien. Menschen die die Elternrolle mit viel Engagement ausgeübt haben, könnten sich abgewertet und missverstanden fühlen. Experten erleben, dass Laien ihre Kompetenz in Frage stellen. Fachkräfte der Jugendämter sind aufgrund der hochstrittigen und diskontinuierlichen Prozesse im Hilfeplanverlauf viel mehr im »Fall« involviert, als sie erhofft hatten und als sie auf Dauer bewältigen können. Gründe hierfür sind etwa hochfrequente Hilfeplan- beziehungsweise Krisengespräche, eine Flut von Informationen, massive Selbst- und Fremdgefährdungen, finanzielle Schäden, sozialrechtliche Zuständigkeitsverwirrung zwischen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe.

Hinzu kommen die Dynamiken einer so teuren Hilfe wie einer stationären Jugendhilfe für das zuständige Jugendamt. Langjährige und umfangreiche Störungen und Auffälligkeiten des Kindes sowie die häufig vorgeschalteten ambulanten, teilstationären Hilfen, Beratungen, Therapien, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen führen dazu, dass bei Kindern mit FAS Jugendhilfeeinrichtungen angefragt werden, denen man die längerfristige Betreuung und Erziehung der Kinder zutraut. In der Verwaltung der Jugendämter wird dann aber auch erwartet, dass eine solch »teure« Hilfe auch hilft. Wiederkehrende Krisen und Stagnationen des Hilfeverlaufes – noch schlimmer Chronifizierung und Verschlechterungen bis hin zum Einrichtungswechsel – sind gegenüber den Vorgesetzten und der wirtschaftlichen Jugendhilfe erklärungsbedürftig: »Nun geben wir schon so viel Geld aus – und dann bringt es immer noch nichts oder wird sogar noch schlimmer«.

**Rückschritte, die bei Kindern
mit FAS normal sind,
werden als Scheitern der Hilfe eingeordnet**

Auf Seiten der Jugendhilfeeinrichtungen ist man bestrebt, den angefragten Kindern und ihrem Unterstützungsbedarf bestmöglich gerecht zu werden. Es ist aber wenig attraktiv, ein Kind aufzunehmen, bei dem die Prognose bezüglich seiner Entwicklung eher schlecht ist. Stagnation wird in der Jugendhilfelandchaft kritisch gesehen. Rückschritte, die bei Kindern mit FAS – gerade in der Pubertät – normal sind, werden als Scheitern der Hilfe eingeordnet. Eine ungeplante Entlassung führt zu einem Reputationsverlust der Einrichtung. Wird die besondere Problematik des Fetalen Alkoholsyndroms nicht erkannt, besteht die Gefahr der gegenseitigen Abwertungen und Anschuldigung.

4. Auf welche Erlebens- und Verhaltensweisen muss sich die stationäre Jugendhilfe bei Kindern mit FAS einstellen?

Die Erlebens- und Verhaltensweisen von Kindern

mit FAS zeigen eine große Schnittmenge mit den übrigen Auffälligkeiten von Kindern in der stationären Jugendhilfe. Bindungsstörungen, Traumatisierungen, Autismus-Spektrums-Störungen, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch oder ADHS führen zu sehr ähnlichen Verhaltensweisen, wie wir sie bei FAS-Kindern erleben. Häufig kommt es zu langen Phasen der »Fehlbehandlung« wegen fehlender oder falscher Diagnosen. So gibt es zum Beispiel eine breite Übereinstimmung der Symptomatik von Kindern mit dem Fetalen Alkoholsyndrom mit Kindern, die ein ADHS haben. Viele der für ADHS bekannten Marker wie Distanzlosigkeit, mangelndes Zeitverständnis und mangelndes Schuldgefühl, Risikoverhalten im Straßenverkehr, eingeschränktes Lernen aus Erfahrungen und vieles mehr ist sowohl bei ADHS-Kindern als auch bei FAS-Kindern vorhanden. Vergleichende Untersuchungen zeigen auf, dass lediglich die Ausprägung der Auffälligkeiten bei FAS-Kindern durchgängig höher ist.

Wenn der Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft nachgewiesen ist, ist die Diagnose FAS gut zu stellen – nur ist dies eben in vielen Fällen nicht eindeutig zu belegen. Bei den meisten Kindern sind zudem die fazialen Dysmorphiezeichen nicht deutlich – oder gar nicht ausgeprägt. Die Differentialdiagnose verlangt viel Erfahrung. Die oft vorkommenden Diagnosen wie Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Autismus oder ADHS führen bei Kindern mit FAS schnell zu Fehlbehandlungen: »Eine erfolgreiche Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ist nur dann sicherzustellen, wenn bei den betroffenen Menschen auch eine entsprechende Diagnose gestellt wird. Dies ist bei FAS-Patienten auch heute noch ein großes und oft ungelöstes Problem« (Spohr, H.-L., 2014, S. 212).

Fragt man Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom, wie sie sich selbst erleben, antworten sie mit Sätzen wie:

- »Mein Leben funktioniert nur, wenn jeder Tag gleich ist.«
- »Auch schöne Dinge bedeuten für mich Stress.«

- »Ich hatte es gestern doch verstanden – warum funktioniert es heute nicht?«
- »Ich gebe mir so viel Mühe und es klappt einfach nicht.«

Eigene und publizierte Erfahrungen bezüglich des besonderen Verhaltens von Kindern mit FAS benennen unter anderem folgende häufig auftretende Verhaltensweisen:

- klettern waghalsig und schätzen Gefahren nicht richtig ein – rennen auf die Straße, ohne auf den Verkehr zu achten, zündeln
- arglos fremden Menschen gegenüber und können deren (schlechte) Intentionen nicht richtig einschätzen
- sind leicht verleitbar und wirken naiv – glauben auch die abenteuerlichsten Erklärungen und Lügengeschichten
- sind bei kritischen Rückmeldungen einsichtig – tun das Kritisierte trotzdem
- Lernen nicht aus Erfahrungen

5. Einschätzung und Ausblick

Das Zusammenleben mit Kindern, die vom Fetalen Alkoholsyndrom betroffen sind, gelingt nur, wenn man sich von den üblichen pädagogischen Prinzipien wie dem Erfahrungslernen, dem Aufbau von Bindungen, die zu Verhaltensveränderungen führen, einer Reflektion des Alltags, verbal ausgerichtete therapeutische Hilfen oder dem Lernen am Modell verabschiedet und akzeptiert, dass diese Kinder im Alltag klare Regeln, viel Aufsicht, Struktur und Kontrolle brauchen.

Die Retardierungen und Schädigungen führen dazu, dass diese Kinder viel Zeit für Entwicklungen brauchen und manche Kompetenzen nie erwerben. Der Alltag für ein Kind mit FAS muss durchgeplant sein, die Pädagoginnen und Pädagogen müssen verlässlich und belastbar sein. Es braucht unaufgeregte Menschen mit viel Geduld und einer stabilen Persönlichkeitsstruktur, die das besondere – häufig auch unsoziale – Verhalten nicht persönlich nehmen.

Die Unterstützungs- und Entlastungssysteme sollten nicht erst im Krisenfall entwickelt werden, sondern fallbegleitend etabliert sein. Einrichtungen, die bewusst Kinder mit FAS aufnehmen, brauchen eine veränderte Grundhaltung:

- begleiten, schützen, fördern und trainieren statt kurzfristiger und »erfolgsorientierter« Veränderung
- Lebenszeitperspektive mit frühzeitiger Planung der weiteren Betreuung nach dem Erreichen der Volljährigkeit
- rechtzeitiger Übergang vom SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) zum SGB XII (Sozialhilfe- beziehungsweise Eingliederungshilfe) und Einbeziehung der Arbeitsagenturen

**Exklusive Intensivgruppen
ausschließlich für Kinder mit FAS
sind nicht erstrebenswert**

Wie bei vielen anderen Themen der Jugendhilfe sind die in diesem Beitrag gegebenen Hinweise und Vorgaben für das langfristige Zusammenleben mit solchen Kindern als Orientierungshilfe gedacht. Wenn man alle Hinweise zeitnah implementieren wollte, bestünde die Gefahr, die handelnden Personen und die Institutionen zu überfordern. Unserer Einschätzung nach bedarf es einerseits besonderer Rahmenbedingungen, die sich (mindestens) an den Bedingungen von Intensivgruppen ausrichten, andererseits sind exklusive Intensivgruppen ausschließlich für Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom weder für die Kinder noch für die Betreuer und auch nicht für die die Institutionen erstrebenswert.

Wir befassen uns nun seit über zehn Jahren intensiv mit dem Thema Fetales Alkoholsyndrom (vgl. Ross, N., 2014) und lernen ständig hinzu. Je mehr wir wissen, umso mehr stellen wir unsere Konzepte um. Wir erkennen die Schädigung früher; trotzdem wird auch im Eylarduswerk die Zahl der nicht diagnostizierten Kinder noch recht hoch sein.

In den pädagogischen Arbeitsbereichen, in denen bei uns betroffene Kinder betreut werden, be-

mühen wir uns, die Pädagogik für diese Kinder entsprechend den Aussagen in diesem Beitrag auszurichten. 2015 werden wir eine Intensivgruppe eröffnen, in der ein Teil der Plätze speziell für Kinder mit FAS konzipiert wurden. Sie fußt auf den langjährigen Erfahrungen, die das Team der neuen Intensivgruppe im Rahmen ihrer bisherigen Arbeit als Wohngruppe mit betroffenen Kindern gesammelt hat.

Hebammen, Pädiater, Kitas, betroffene Familien, Pflegeeltern Kindertagesstätten, Grundschulen, Jugendämter, Jugendhilfeeinrichtungen – in all diesen Bereichen werden mit der Zunahme des Wissens über das Fetale Alkoholsyndrom vermehrt Fragen nach Diagnostik, Betreuung und Lebensperspektive von Kindern mit FAS auftauchen.

**Irritationen zwischen den
Hilfesystemen und Kostenträgern
halten das Thema der
Diagnosestellung virulent**

Auf die besonderen fachlichen Anforderungen einer qualifizierten Diagnoseerstellung kann im Rahmen dieses Beitrages nicht weiter eingegangen werden (vgl. ter Horst 2010, Becker 2013, Landgraf et al. 2013). Auch auf diesem Gebiet sind wir noch ganz am Anfang. Es gibt nur wenige anerkannte Fachkräfte in Deutschland, die entsprechend den nationalen und internationalen Diagnosekriterien eine Diagnose stellen. Weitere Hilfeleistungen sind an eine Diagnose gebunden.

Aktuell kommt es zu Irritationen zwischen den Hilfesystemen und den Kostenträgern von Hilfemaßnahmen, sodass dieses Thema noch einige Zeit virulent bleiben wird. Auch die Beschulung von Kindern mit FAS stellt eine besondere Herausforderung an die Lehrkräfte dar – auch dieser Aspekt sprengt den Rahmen dieses Artikels. Die aktuelle Umsetzung der Inklusion führt bei Kindern mit FAS schnell zu sich aufschaukelnden Krisen.

Eine besondere Herausforderung bleibt die sozialrechtliche Zuordnung und die Tatsache, dass die Hilfen für ein ganzes Leben eingerichtet werden müssen. Studien und internationale Vergleich ergaben: »70,5 Prozent der Erwachsenen leben nicht selbstständig und ein noch weit geringerer Teil der Betroffenen könnte den Lebensunterhalt selbst bestreiten« (Spohr, H.-L., 2014, S. 164). Aktuell scheitern viele Hilfeverläufe im nicht koordinierten Bermuda-Dreieck von Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und Arbeitsagentur. Eine besondere Rolle in einer abgestimmten Vorgehensweise mit Fallmanagement der Hilfeanbieter könnten auch die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD) sowie die Sozialpädiatrischen Zentren (SpZ) übernehmen.

Das Eylarduswerk (www.eylarduswerk.de) in Bad Bentheim hat nach über zehn Jahren der Beschäftigung mit dem Thema beschlossen, 2015 eine FAS-Beratungsstelle (www.fas-beratungsstelle.de) für die Region Grafschaft Bentheim und für das Emsland zu eröffnen.

Wünschenswert wäre – wie in den USA vorhanden – ein Netzwerk von FAS-Ambulanzen/Beratungsstellen aufzubauen, an die sich die Institutionen und andere Hilfesuchende wenden können. Mit dem Verein FASD-Deutschland existiert ein engagiertes Netzwerk von betroffenen Pflegeeltern (<http://www.fasd-deutschland.de>). In den vergangenen Jahren hat es der Verein unter anderem mit seinen bundesweiten Jahrestagungen verstanden, auch die wenigen Professionellen, die sich intensiv mit der Thematik befassen, zu integrieren und zu vernetzen. Die seit vielen Jahren jeweils in einem anderen Bundesland stattfindenden Fachtage dienen inzwischen als Plattform für einen fachlichen Diskurs und als Kontaktbörse. □

6. Literatur

Becker, G., (2013): Fetale Alkoholspektrumstörung: ein Thema für die Kinder- und Jugendhilfe?, In: Evangelische Jugendhilfe (EJ), Hrsg. Evangelischer Erziehungsverband (EREV), Heft 3/2013, Seite 119-131, Hannover

Becker, G. / Hantelmann, D., (2013): Zur Problematik der sozialrechtlichen Versorgung von erwachsenen Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen, In: Feldmann, R. / Michalowski, G. / Lepke, K.: Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen, Schulz-Kirchner Verlage, Idstein

Feldmann, R. (2006): Psychopathologie von FASD bei Kindern und Jugendlichen. In: Bergmann/Spohr/Dudenhausen, J.W (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München, S. 93 – 101

Feldmann, R. (2009): Alkohol und Schwangerschaft. Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), In: Thema Jugend, Zeitschrift für Jugendschutz und Erziehung, Nr. 2, S. 9 – 11

Landgraf, M. N. / Nothacker, M. / Kopp, I. B. / Heinen, F. (2013): Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms, In: Deutsches Ärzteblatt, Seite 703 – 710

Nordhues, P. / Weischenberg, M. / Feldmann R. (2013): Das fetale Alkoholsyndrom: Eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern. In: Feldmann R. / Michalowski G. / Lepke K. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), Seite 18-34, Schulz-Kirchner Verlag, Idstein

Pfänder, M. / Feldmann, R. (2011): Die pränatale Alkoholexposition und ihre lebensbegleitenden Folgen. In: Suchttherapie, Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen, Thieme Verlag. Stuttgart

Ross, N. (2014): FAS-Hilfen und Begleitung für Betroffene, In: Lepke, K. / Michalowski, G. / Feldmann, R. / FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein

Spohr, H.-L. (2014): Das Fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter, de Gruyter, Berlin/Boston

Schindler, G. (2014): Die Fetale Alkoholspektrum-Störung – Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, Hrsg.: Drogenbeauftragte der Bundesregierung Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

ter Horst, K. (2010): Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) – Prävention, Diagnostik, Behandlung und Betreuung, In: Unsere Jugend, S. 279 – 284, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel

Klaus ter Horst
Diplom-Psychologe
Therapeutischer Leiter
Eylarduswerk
Diakonische Kinder-,
Jugend-
und Familienhilfe e. V.
Teichkamp 34
48455 Bad Bentheim



k.ter.horst@eylarduswerk.de
www.eylarduswerk.de