

Ist FAS ein Indikator für eine Kindeswohlgefährdung?  
- Mögliche Präventions- und Interventionsformen

Veranstaltung: Modul 2: Kinder- und Jugendhilfe in psychosozialen Risikolagen 2.3  
(SoSe 2014)

Dozent: Dipl. Päd. Andreas Kuhn

Verfasserin: Jasmin Kohl

Joh.- Seb.- Bach.- Str.12

67122 Altrip

[Kohl7542@uni-landau.de](mailto:Kohl7542@uni-landau.de)

Erziehungswissenschaften mit Teilstudiengang Sonderpädagogik

Fachsemester: 2

Matrikelnummer: 213201631

Abgabedatum: 24. September 2014

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. FAS- was ist das?.....	3
3. Kindeswohlgefährdung.....	7
3.1 Risikofaktoren und die Früherkennung von Risiken für eine Kindeswohlgefährdung	
3.2 Rechtliche Grundlagen	
3.3 Prävention und Intervention	
4. Pflegefamilien.....	15
4.1 Das Leben in Pflegefamilien	
4.2 Aufgaben einer Pflegefamilie	
4.3 Vergleich der Pflegefamilie als stationäre Hilfe mit der sozial- pädagogischen Familienhilfe als ambulante Hilfe	
5. Fazit.....	19
6. Quellenverzeichnis.....	21
7. Abkürzungsverzeichnis.....	23
8. Anhang.....	24

## 1. Einleitung

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema „Ist FAS ein Indikator für eine Kindeswohlgefährdung? – Mögliche Präventions- und Interventionsformen“.

Das FAS (fetales Alkoholsyndrom) entsteht, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert. In Deutschland ist ein regelmäßiger Alkoholkonsum normal (vgl. Lindenmeyer, 2010, S. 15). Ca. 25 % der Deutschen trinken täglich Alkohol und nur 11 % leben vollkommen abstinent (siehe Anhang, Abbildung 1).

Jährlich werden zwischen 4.000 bis 10.000 Kinder mit dem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) geborgen (vgl. [http://fasd-deutschland.de/cms/front\\_content.php?idcat=9](http://fasd-deutschland.de/cms/front_content.php?idcat=9)). Das heißt die Mutter konsumiert während der gesamten Schwangerschaft zwischen 50 und 60 g reinen Alkohol am Tag. „FASD kommt in allen Gesellschaftsschichten vor! FASD ist die häufigste angeborene geistige Behinderung und zu 100 % vermeidbar“ ([http://fasd-deutschland.de/cms/front\\_content.php?idcat=9](http://fasd-deutschland.de/cms/front_content.php?idcat=9)).

Eine Frage, welche zu klären gilt ist, ob FAS als eine bewusste Kindeswohlgefährdung der Mutter angesehen werden kann. Aufgrund des Konsums von Alkohol nimmt die werdende Mutter bewusst eine Behinderung ihres ungeborenen Kindes in Kauf.

Im Weiteren wird dann auf die Kindeswohlgefährdung und die Risikofaktoren einer Kindeswohlgefährdung eingegangen, sowie mögliche Präventions- und Interventionsformen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe angeführt.

## 2. FAS- was ist das?

„Unter Alkoholembryopathie (oder fetalen Alkoholsyndrom) versteht man eine Schädigung des Kindes, die durch übermäßigen, dauerhaften und krankhaften Alkoholgenuß der Mutter während der Schwangerschaft entstanden ist“ (Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 3) (Siehe Anhang, Abbildung 2). Der Alkohol wirkt giftig auf alle Körperzellen des Embryos, wodurch sich die Körperzellen nicht richtig entwickeln können und Organe oder Gewebe sich mangelhaft oder fehlerhaft entwickeln (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 3). Einige Körperteile sind von dieser fehlerhaften oder mangelhaften Entwicklung besonders betroffen (siehe Anhang, Abbildung 3). Äußere Merkmale eines fetalen Alkoholsyndroms sind Kleinwuchs, Untergewicht, Kleinköpfigkeit und typische Gesichtsveränderungen. Zudem leiden die Kinder häufig unter einer geistigen Entwicklungsverzögerung (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 3).

Beim fetalen Alkoholsyndrom wird zwischen leichte (Grad I), mittlere (Grad II) und hohe (Grad III) Schweregrade unterschieden. Der Schweregrad hängt von vielen unterschiedliche Faktoren ab, wie dem Alter der Mutter, Menge und Art des Alkohols und dem Stoffwechsel der Mutter (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 3). Der Alkohol gelangt über den Mutterkuchen und die Nabelschnur direkt zum Kind und kann bei einer Menge von 50g bis 60g reinen Alkohol am Tag schwere Schäden bewirken. Dennoch ist aber nicht nur die Menge des Alkohols von Bedeutung. Auch der Stoffwechsel der Mutter entscheidet, wie stark die Beeinträchtigung sein kann. Wenn die Leber der Mutter durch jahrelanges Trinken von Alkohol schon geschädigt ist, wird der Alkohol verlangsamt im Körper der Mutter abgebaut und schon eine kleine Menge an Alkohol reicht, um eine Schädigung beim Kind zu erwarten (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 5). Weitere Faktoren die hier zu nennen sind, ist die Art des Alkohols, das Trinkverhalten, weitere körperliche Krankheiten der Mutter und die Einnahme von zusätzlichen Suchtstoffen und Medikamenten (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S.6).

Wie viele Kinder mit FAS tatsächlich in Deutschland leben kann nicht genau festgestellt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Schwarzahlen wesentlich höher sind, da Kinder mit schwacher Form des FAS nicht entdeckt werden und auch häufig die Alkoholsucht der Mutter amtlich verschwiegen wird (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987,

S.7). Viele Pflege- oder Adoptivfamilien fragen sich nach Annahme des Kindes, wie sie dem Kind helfen oder es vielleicht sogar heilen können. Klar ist jedoch, dass eine Heilung nicht möglich ist. Lediglich Begleiterscheinungen wie ein Herzfehler oder Fehlstellungen der Augen lassen sich durch Operationen lindern oder beheben (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 8). Wichtig für die Kinder ist jedoch, früh mit Fördermaßnahmen zu beginnen, da die Entwicklung der Organe nach der Geburt noch nicht vollständig abgeschlossen ist. In einigen Bereichen kann dadurch eine deutliche Verbesserung erzielt werden. Auch die doch relativ zahlreichen Einzelstörungen können durch gezielte und früh einsetzende Fördermaßnahmen verbessert werden.

Kinder mit FAS sind bei der Geburt auffällig klein und untergewichtig. Diese Schädigung bleibt meist ein Leben lang, was damit zusammenhängt, dass die Körperzellen des Kindes kleiner sind und sich auch weniger Zellen während der Schwangerschaft entwickeln konnten (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 9). Auch der Kopfumfang der Kinder bleibt relativ klein, was wiederum auch bedeutet, dass das Gehirn relativ klein bleibt. Die Schädigung betrifft hierbei nicht nur die Gehirnmasse, sondern auch den Innenausbau der Zellen und deren Fortsätze. Eine Folge der Hirnschädigung ist ein geistiger Entwicklungsrückstand. Die Kinder lernen langsamer und benötigen Unterstützung und Anreize durch die Eltern oder Erzieher (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 10). Eine weitere Folge ist die Verzögerung der Feinmotorik. Häufig wirken die Bewegungen unkoordiniert und zittrig. Die dritte Folge der Hirnschädigung ist die Mundmotorik und daraus schließend die Sprachentwicklung. Die Mundmuskulatur ist schwach entwickelt, wodurch die Schluck- und Saugbewegungen stark eingeschränkt sind. Meist werden die Babys durch Sondennahrung ernährt. Zu einem späteren Zeitpunkt, wenn die Muskeln trainiert und das Kauen erlernt wurde, können die Kinder eigenständig Nahrung zu sich nehmen. Durch die schwache Mundmotorik kommt es ebenfalls zu Schwierigkeiten beim Spracherwerb. Zur Lautbildung sind viele Muskeln von Nöten, welche zunächst erst eingeübt werden müssen (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 10). Die Sprachentwicklung bei Kindern setzt mit ihrem ersten Schreien ein. Dabei werden Lunge und Stimmbänder trainiert und gekräftigt. Mit fünf bis sieben Wochen beginnen die Kinder das Lallen. Dies findet noch unabhängig vom Hören statt. Ab dem sechsten Lebensmonat wird das Lallen nun von gehörten Eindrücken abhängig. Diese Phase dauert bis zum ersten Lebensjahr an. Nun beginnen die Kinder das Sprechen (vgl.

Knappen/Thater/Löser, 1987, S.11). „Zwischen eineinhalb und vier Jahren entwickelt sich das Sprechen und macht eine Reihe von Unvollkommenheitsstadien durch, so zum Beispiel das sogenannte Stammeln“ (Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 11). In dieser Zeit, ca. ab dem zweiten Lebensjahr entwickeln sich die Mehrwortsätze beim Kind, welche anfangs noch häufig fehlerhaft sind. Dennoch muss betont werden, dass die Entwicklung bei jedem Kind individuell, je nach Entwicklungstempo, verläuft. Um das Kind zu unterstützen ist es wichtig, dass die Eltern langsam und deutlich, in kurzen und einfachen Sätzen sprechen (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 11). Da Kinder mit FAS eine Risikogruppe für Hörstörungen sind, ist eine Hörprüfung notwendig. Sollte die Hörprüfung negativ sein, sind Fördermaßnahmen, welche die Eltern selbst durchführen können von Bedeutung. So können Eltern mit ihren Kindern Fingerspiele machen, Lieder singen und Mundmotorikspiele, wie Kerze ausblasen, machen. Bei verlängerter Stammelphase zeigt eine Therapie bei einer Logopädin große Wirkung.

Zwei weitere Einzelstörungen sind die Empfindungsstörung der Haut und die Empfindungsstörung auf der Gefühlsebene. Die Kinder scheuen oftmals den Körperkontakt oder können Dinge, wie Sand, nicht anfassen. Zudem kommt es oftmals zu Problemen, Gefühle in angemessener Weise und Intensität zu äußern. Kinder mit FAS sind in ihrer Stimmungslage nicht stabil (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 13). Verhaltensauffälligkeiten sind weitere Einzelstörungen, welche Kinder immer wieder aufweisen. Zum einen wird die Distanzlosigkeit genannt. Die Kinder überschreiten Grenzen der Gesellschaft im Umgang mit anderen Menschen (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 14). Sie werden als aufgeschlossen und freundlich beschrieben, was im späteren Alter aber häufig zu aufdringlichen und dreisten Verhalten führt. Auch die Schlaf- und Einschlafstörungen sind bei Kindern mit FAS häufig vorzufinden. Oftmals benötigen die Kinder wenig Schlaf und sind gegen Mitternacht wieder munter. Andere wiederum benötigen Stunden zum Einschlafen und wachen schnell wieder auf. Als dritte Verhaltensauffälligkeit wird die Essstörung genannt. Viele Säuglinge saugen und schlucken schlecht, weshalb das Kind häufig eine Magensonde benötigt um überleben zu können (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 15) Dies ist oft sehr Zeitaufwendig aber häufig nicht von langer Dauer. Meist kann relativ früh damit begonnen werden Fütterungsversuche zu starten und somit die Abstände der Sondenernährung vergrößert werden (siehe Anhang, Abbildung 4). Die Hyperaktivität als Verhaltensauffälligkeit ist die häufigste Einzelstörung bei Kindern mit

FAS. Die Kinder haben meist einen überschießenden, weitgehend unkoordinierten Bewegungsdrang (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 17). Auffällig ist, dass die Kinder unfähig sind still zu sitzen und ihre Hände nicht ruhig halten können. In der Schule kommt es häufig dazu, dass die Kinder nicht warten können, dazwischen rufen und den Lehrer unterbrechen sowie ihre Nachbarn während dem Unterricht stören. Bei Kindern mit FAS bedarf es aufgrund der Hyperaktivität und einem geringen Gefahrenbewusstsein einer vermehrten Aufsicht (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 17). Ebenfalls können sich die Kinder nur schwer auf geistige, Geduld erfordernde Tätigkeiten konzentrieren. Oftmals wendet sich das Kind nach kurzer Zeit anderen Dingen zu. Bei mehreren Reizangeboten fällt es dem Kind zudem schwer, sich für eins zu entscheiden (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 18). Außer Tabletten können auch die Eltern ihren Kindern helfen, besser mit der Hyperaktivität umzugehen. So hilft eine ruhige Atmosphäre mit einem kindgemäßen täglichen Rhythmus. Ebenso ist es wichtig, dass das Kind in seinem Selbstvertrauen durch die Eltern gestärkt wird. Das Kind sollte bei Aktivitäten immer wieder gelobt werden und genügend Freiräume und Ruhepausen während den Aktivitäten sind für das Kind von großer Bedeutung (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 18f). Äußere Merkmale des FAS sind, eine kurze und breite Nase, die Nasenlöcher welche nach vorne weisen, die Oberlippe ist schmal und zeigt keine Kanten, ein kurzes Kinn, ein schwach ausgebildeter Unterkiefer, die Ohren nicht richtig ausgeformt und oft tief angesetzt (vgl. Knappen/Thater/Löser, 1987, S. 22).

Zur familiären Situation lässt sich sagen, dass die Mehrheit aller Kinder (bei den statistisch bekannten Fällen) die an FAS leiden bei Pflege- oder Adoptivfamilien aufwachsen. Ist schon während der Schwangerschaft der Mutter bekannt, dass sie alkoholabhängig ist und somit eine Behinderung des Kindes zu erwarten ist, findet die Inobhutnahme direkt nach der Geburt und der Erstversorgung des Kindes im Krankenhaus statt. Das Baby wird vom Jugendamt in Obhut genommen und in einer zuvor ausgewählten Pflegefamilie untergebracht. Ist die Alkoholabhängigkeit der Mutter nicht schon während der Schwangerschaft bekannt, so erfolgt eine Inobhutnahme meist in den ersten drei Lebensjahren des Kindes (vgl. Blandow, 2004, S. 120). Häufig wird das Jugendamt von fremden Menschen darauf aufmerksam gemacht, dass die Mutter durch ihre Sucht die Bedürfnisse ihres Kindes nicht wahrnehmen und ausreichend befriedigen kann.

Durch meine Arbeit durfte ich mehrere Ehepaare kennenlernen, die sich dazu entschlossen haben Kinder mit FAS bei sich aufzunehmen. Die Kinder sind meist alle im Säuglingsalter in die Pflegefamilie gekommen, sodass die Kinder eine gute Bindung aufbauen konnten und optimal gefördert werden können.

All diese Merkmale und Schwierigkeiten mit denen Kinder und Eltern, meist Pflege- oder Adoptiveltern, zu kämpfen haben zeigen, wie schwerwiegend die Schädigung doch ist. Was aus Kindern mit FAS wird, kann nicht einheitlich beantwortet werden. So hängt das sowohl von äußeren und inneren Faktoren, als auch vom Schweregrad der Schädigung ab. Dies lässt die Frage aufkommen, inwieweit Kinder mit FAS schon als Embryo einer Kindeswohlgefährdung durch die Mutter ausgesetzt waren? Um dies zu klären bedarf es einer Definition von Kindeswohlgefährdung.

### 3. Kindeswohlgefährdung

Um darüber sprechen zu können, was eine Kindeswohlgefährdung ist und woran diese zu erkennen ist, muss zunächst der Begriff Kindeswohl geklärt und erläutert werden.

„Das Kindeswohl ist ein zentraler Begriff und ein Entscheidungsmaßstab im Rahmen des Familienrechts des BGB, insbesondere unter dem Titel der „Elterlichen Sorge“ und von Sorgerechtsmaßnahmen“ (Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 20). Einerseits ist dieser Begriff eine Rechtsnorm, andererseits aber auch ein unbestimmter Begriff, der ausgehend vom Einzelfall konkretisiert werden muss. Jedoch soll dieser Begriff zwei wichtige Aufgaben erfüllen. Zum einen ist er die Legitimationsgrundlage für staatliche Eingriffe und zum anderen ist er ein sachlicher Maßstab in gerichtlichen Verfahren (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 20). Der Begriff des Kindeswohles orientiert sich am Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die ihnen zuvörderst obliegende Pflicht“ (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 21). Es ist also entschieden, dass das, was dem Kind wohl tut, von den Eltern definiert wird. Situationen werden also immer dahingehend beleuchtet, ob diese Situation dem Wohl des Kindes entspricht. Daher hängt das Kindeswohl ebenfalls von ökonomischen, kulturellen und individuellen Bedingungen ab. Klar ist, welche Grundbedürfnisse ein Kind hat und das diese befriedigt werden müssen. Um

nur einige zu nennen, geht es bei Grundbedürfnissen um körperliche Unversehrtheit, nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und nach liebevollen Beziehungen.

Ausgehend von diesen Grundbedürfnissen kommt man zum Begriff der Kindeswohlgefährdung. Dieser Begriff beinhaltet alle Formen von Gefährdungen und Schädigungen von Kindern innerhalb der Familie oder im familiären Umfeld (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 28f). Ebenfalls entscheidend für eine Kindeswohlgefährdung sind auch die schützenden Faktoren eines Kindes und in wie weit diese genutzt werden.

„Kindeswohlgefährdung ist insofern als ein Syndrom zu verstehen, bei dem ein zielgerichtetes aber auch ein ungewolltes Handeln bzw. Unterlassen in konfliktreichen Beziehungsarrangements und schwierigen Lebensverhältnissen (d.h. in komplexen Situationen) zur Verletzung, Beeinträchtigung und Verstörung eines Kindes führen können“ (Kinderschutz-Zentrum, 2009, S.30).

### 3.1 Risikofaktoren und die Früherkennung von Risiken für eine Kindeswohlgefährdung

„Häufig wird die Frage gestellt, ob es zuverlässige Merkmale gibt, die mit Sicherheit auf eine Kindeswohlgefährdung oder eine bedrohliche Lebenslage des Kindes hinweisen. Bisher liegen solche Indikatoren noch nicht in empirisch gesicherter Form vor“ (Alle, 2010, S. 59). Dennoch können Risikofaktoren für die Entwicklung eines Kindes formuliert werden. Es muss festgehalten werden, dass nicht alle nachfolgend angeführten Risikofaktoren zutreffen müssen und die Faktoren auch nicht zwangsläufig zu einer Kindeswohlgefährdung führen müssen (vgl. Alle, 2010, S. 60). Die Risikofaktoren werden zunächst in verschiedene Bereiche unterteilt und durch Unterpunkte genauer erläutert. Der erste Bereich ist die ökonomische Situation der Familie. Hier werden Punkte angeführt, wie Armut, Verschuldung und Arbeitslosigkeit. Häufige Folgen dieser Faktoren sind unzureichende Ernährung und ein problematisches Wohngebiet (vgl. Alle, 2010, S.60f). Ebenfalls kann die soziale Situation der Familie als ein Risikofaktor genannt werden. Hier geht es vorwiegend um das problematische Wohnumfeld und eine drohende Isolation, was zu wenig sozialen Kontakten und Einsamkeitsgefühlen führen kann. Die familiäre Situation fragt nach

Ressourcen der Familie. Folgen weniger Ressourcen können emotionale Verunsicherung und unzureichender Halt sein (vgl. Alle, 2010, S.61). Auch spielen die persönlichen Faktoren der Eltern eine Rolle. Haben die Eltern eigene Gewalterfahrungen gemacht oder besteht eine Krankheit. Zuletzt werden noch die Faktoren des Kindes als Risikofaktoren benannt. So kann eine Frühgeburt, eine Krankheit oder die Tatsache, dass das Kind ein „Schreikind“ ist, zu einem Risiko für eine Kindeswohlgefährdung werden. Folgen dieser Faktoren sind Entwicklungsstörungen, Bindungsstörungen und ein resigniertes Kind (vgl. Alle, 2010, S.62). All diese Risikofaktoren stehen in einer Wechselwirkung zueinander und können sich gegenseitig bedingen. Wenn hier die Risikofaktoren Erwähnung erfahren, müssen auch die Schutzfaktoren genannt werden. Schutzfaktoren können aus dem Umfeld oder auch aus der Familie selbst kommen. Sie können eine positive Wirkung auf die Entwicklung des Kindes haben, Risikofaktoren abmildern, die Selbstachtung fördern und negative Folgereaktionen reduzieren (vgl. Alle, 2010, S.64).

Für eine Früherkennung von Risiken, welche auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten könnten, müssen gerade Menschen, wie Kinderärzte oder auch Erzieherinnen geschult werden. Liegt der Verdacht einer Kindeswohlgefährdung vor, muss sich gemeinsam ein umfangreiches Bild der Situation gemacht werden. Zunächst geht es um eine erste Sicherheitseinschätzung. Kann das Kind in der Obhut der Eltern verbleiben und wenn ja, welche Sicherheitsmaßnahmen sind sofort notwendig. Dies ist der erste Schritt in einer mehrdimensionalen Risikoeinschätzung (vgl. Alle, 2010, S. 54). Die mehrdimensionale Risikoeinschätzung umfasst Einschätzungen der Familie zu ihrer Lage und auch Einschätzungen von beteiligten Helfern. Es wird nach Risiko- und Schutzfaktoren geschaut, eine ausführliche Beschreibung der Lebenslage findet statt und es wird geklärt, welche Bedürfnisse der Kinder, die Eltern zufriedenstellend befriedigen können. Zudem wird die Erziehungsfähigkeit der Eltern geprüft sowie der Entwicklungsstand der Kinder. Als letztes wird nach vorhandenen Ressourcen der Familie geschaut und inwieweit diese genutzt werden können (vgl. Alle, 2010, S. 55).

Ein präventives Früherkennungsprogramm ist das Programm „Frühe Hilfen“. Dies dient dazu, Vernachlässigung oder Misshandlung in den ersten Lebensjahren unwahrscheinlicher zu machen (vgl. Kißgen/Heinen, 2010, S.161). „Natürlich können sich [...] Erfolge nur dann einstellen, wenn es gelingt, Familien, in denen es ansonsten

zur Misshandlung oder Vernachlässigung eines Kindes gekommen wäre, für die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu gewinnen“ (Kißgen/Heinen, 2010, S. 162). Im Programm „Frühe Hilfen“ gibt es drei Vorgehensweisen, welche sich in der Praxis nicht gegenseitig ausschließen. Zunächst kann es präventive Angebote für alle Schwangeren und Familien mit kleinen Kindern geben. Dieses Angebot ist universell, da auch Eltern, die keine besondere Unterstützung bräuchten angesprochen werden. Bei der zweiten Vorgehensweise richtet sich das präventive Angebot an eine leicht eingrenzbare Gruppe (z.B. Mütter in Mutter-Kind-Einrichtungen), bei der eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Gefährdung besteht. Das dritte präventive Angebot richtet den Fokus auf eine Gruppe besonders belasteter Familien, auf der Grundlage eines Screenings (vgl. Kißgen/Heinen, 2010, S. 162). Dieses Angebot weist eine hohe selektive Vorgehensweise auf.

Wichtig beim Programm „Frühe Hilfen“ ist, dass die Ziele positiv formuliert werden, um die Familien zu einer Teilnahme zu motivieren.

Ein weiteres Projekt ist das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“, bei dem ein sogenannter „Anhaltbogen“ entwickelt wurde (siehe Anhang, Abbildung 5). Mit Hilfe dieses Anhaltbogens werden systematisch Familien bestimmt, welche besonders von Präventionsangeboten profitieren können (vgl. Kißgen/Heinen, 2010, S. 166).

Abschließend lässt sich festhalten, dass es keine Items gibt, welche mit Sicherheit auf eine Kindeswohlgefährdung hindeuten. Es gilt vielmehr, die Kinder und ihre Familien zu beobachten und sich bei Verdacht von Vernachlässigung oder Misshandlung ein umfangreiches Bild über die familiäre Situation und das Umfeld zu machen.

### 3.2 Rechtliche Grundlagen

Grundlage aller Handlungs- und Unterlassungspflichten des Jugendamtes und den privaten Trägern ist § 8 Sozialgesetzbuch (SGB) Kinder- und Jugendhilfe. „Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist es, die Entwicklung junger Menschen zu fördern und sie zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu erziehen“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII) (Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 155). Dennoch haben nach Art. 6 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz (GG) die Eltern die primäre Erziehungsverantwortung,

weshalb sich dieser Auftrag zu allererst an die Eltern richtet. Nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG wacht der Staat lediglich über die elterliche Erziehungsverantwortung und bewacht die Kinder vor Gefahren für ihr Wohl (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 156).

Der § 8a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII spricht von einer Gefahreinschätzung, die vor der Entscheidung der zutreffenden Schutzmaßnahmen durchgeführt werden muss (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 158). In §8a Abs.1 Satz 2 SGB VIII, geht es um die Mitwirkung der Personensorgeberechtigten. Das heißt, der Kinderschutz soll in Kooperation mit den Eltern stattfinden und je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes, soll auch das Kind mit einbezogen werden (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 159f). Die Gefährdungseinschätzung in Satz 1 ist Aufgabe der Leistungserbringer. Auch private Träger sollen Hinweise auf Gefährdungen nachgehen. Der erste Schritt ist hierbei immer die Eltern anzusprechen und die Defizite mitzuteilen. Zudem sollen die Eltern dazu angehalten werden, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Vorgehensweise trifft vorwiegend Kindertagesstätten und Schulen.

Handlungsalternativen des Jugendamtes, bei einer Gefährdung, sind ebenfalls in §8a SGB VIII festgelegt. So können Hilfen zur Erziehung nach §8a Abs. 1 Satz 3 den Eltern angeboten werden. Verweigern die Eltern die Hilfe, so folgt die nächste Handlungsalternative. Nach §8a Abs. 3 Satz 1 folgt nun die Anrufung des Familiengerichtes, zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 165f). Nach §8a Abs. 3 Satz 2 wird die Inobhutnahme eines Kindes geregelt. Dies erfolgt, wenn das Wohl des Kindes so stark gefährdet ist, dass eine Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden kann. Die letzte Handlungsalternative, ist die Einschaltung anderer Institutionen nach §8a Abs. 4, wenn die Kompetenzen der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichend sind.

Die Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe werden in zwei Gruppen unterteilt. Zunächst gibt es die Leistungen, welche aus soll/kann Leistungen bestehen. Die Eltern können diese Leistungen annehmen, müssen dies aber nicht. Die zweite Gruppe, sind die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe. Darunter fällt die Inobhutnahme und Interventionen, welche an das Gericht gebunden sind (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 178f). Als Hilfen gibt es den Beratungsanspruch der Jugendlichen in Not- oder Konfliktsituationen nach § 8 Abs. 3 SGB VIII und den Beratungsanspruch für Mütter/Väter und andere Erziehungsberechtigte zur Förderung der Erziehung in der

Familie nach § 16 SGB VIII (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 180f). Zudem kommt der Beratungsanspruch im Familienkonflikt nach § 17 SGB VIII und die Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge gem. § 18 SGB VIII (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S.181f). Zum Beratungsanspruch hinzukommend, gibt es alternative Wohnformen oder Betreuungen die in das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendhilfe fallen. Dazu gehören gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und ihre Kinder nach § 19 SGB VII, die Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen gem. § 20 SGB VIII und die Tagesbetreuung nach §§ 22ff. SGB VIII. Ein weiteres Hilfsangebot der Kinder- und Jugendhilfe sind die Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII, die in weitere Einzelhilfen untergliedert sind. Zunächst gibt es die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII und die Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII, als ambulante Hilfeformen für Familien. Zu den teilstationären oder stationären Hilfeangebote gehört die Unterbringung eines Kindes bei einer Pflegeperson nach § 33 SGB VIII und die Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform nach §34 SGB VIII (vgl. Kinderschutz-Zentrum, 2009, S. 183ff).

All diese Grundlagen sind Richtlinien und Vorgaben, an welche sich das Jugendamt oder private Träger halten und orientieren müssen, wenn es darum geht, geeignete Präventions- oder Interventionsformen für die einzelnen Familien zu finden.

### 3.3 Prävention und Intervention

Über die Jahre hat sich ein breites Angebot an verschiedenen Präventions- und Interventionsmaßnahmen entwickelt. Wichtig hierbei ist, dass immer individuell, je nach Familie und nach dem Entwicklungsstand des Kindes, entschieden wird, welche Hilfe hier zum Tragen kommen kann.

Das Präventivprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ welches 2007 gegründet wurde, ist ein breites und niedrigschwelliges Angebot für alle Eltern und Schwangere (vgl. Alle, 2010, 182, und Kißgen/Heinen, 2010, 246). Hierbei ist die Kooperation zwischen Jugend- und Gesundheitshilfe von großer Wichtigkeit, da es ein effektives und regionales Netzwerk an Hilfen darstellt (vgl. Kißgen/Heinen, 2010, S.247). Das Programm „Frühe Hilfen“

richtet sich vorwiegend an Eltern, welche Kinder im Alter von 0 bis 3 Jahren haben. Die Eltern erfahren Unterstützung bei der Umstrukturierung des Alltags und beim Aufbau einer sicheren Bindung zum Kind (Kißgen/Heinen, 2010, S. 249). Unter das Programm „Frühe Hilfen“ fällt die Erziehungsberatung. Diese ist freiwillig, ambulant und kostenfrei. Die Erziehungsberatung ist ein Angebot in zweiter Reihe. Dennoch bestehen Vernetzungen mit der ersten Reihe (Ärzte und Hebammen) und auch Vernetzungen mit der dritten Reihe (Jugendamt) (vgl. Kißgen/Heinen, 2010, S. 255). Ein weiteres Angebot der „Frühen Hilfen“ sind die Familienhebammen. Diese Form des Angebotes ist aufsuchend. Die Hebamme kommt zu den Familien nach Hause und hat so einen besseren Einblick in familiäre Verhältnisse und Strukturen. Hier geht es vorwiegend um die Förderung von Ressourcen, die Begleitung bei Arztbesuchen und Schaffung einer kindgerechten Alltagsstruktur (vgl. Alle, 2010, S. 186f).

Ein weiteres Präventivprogramm ist das SAFE©- Programm, welches auf der Grundlage der Bindungstheorie basiert. Dieses Programm beginnt im letzten Drittel der Schwangerschaft und dauert bis zum Ende des ersten Lebensjahres (vgl. Kißgen/Heinen, 2010, S. 261). Hier finden sieben Tagesmodule statt, welche sich mit den Grundlagen kindlicher Entwicklung und der Bindungsentwicklung beschäftigen.

Reichen Präventivprogramme nicht aus, und eine Kindeswohlgefährdung steht im Raum, so gibt es familienunterstützende Interventionsmaßnahmen. Als ambulantes Hilfsangebot gibt es zunächst die soziale Gruppenarbeit nach § 29 SGB VIII. Dieses Angebot richtet sich vorwiegend an Jugendliche im Alter von 12 bis 14 Jahren. Hier soll auf freiwilliger Basis, das soziale Lernen in Gruppen gefördert werden. Das Angebot ist zeitlich auf 6 bis 12 Monate befristet und wirkt nur wenig in das familiäre Umfeld ein (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S.202). Ein weiteres Angebot ist der Erziehungsbeistand nach § 30 SGB VIII. Dies ist ein pädagogisches Angebot zur Bewältigung von Entwicklungsproblemen, unter Einbeziehung des sozialen und familiären Umfeldes (vgl. Jordan/Maykus, Stuckstätte, 2012,S. 203f). Dennoch stehen bei diesem Angebot der Jugendliche und dessen Wünsche im Vordergrund. Gerade für Jugendliche im Alter von 9 bis 16 Jahren ist dieses auf 1 bis 3 Jahre angelegtes Programm von großer Bedeutung. Die sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII nimmt vor allem die gesamte Familie und deren Umfeld in den Blick. Hier findet eine intensive Betreuung und Begleitung von Familien in ihren Erziehungsaufgaben und bei der Bewältigung von Alltagsproblemen statt (vgl.

Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 205). Die sozialpädagogische Familienhilfe arbeitet meist zwischen 1 bis 2 Jahren mit der Familie zusammen, indem sie die Familie berät, modellhaftes Handeln aufzeigt und praktische Hilfe bietet. Zu den oben angeführten ambulanten Hilfen gibt es auch eine teilstationäre Hilfe. Die Erziehung in einer Tagesgruppe nach § 32 SGB VIII soll den Verbleib des Kindes in der Familie ermöglichen. Die Familie erhält tagsüber Entlastung und zusätzlich eine allgemeine Beratung und Unterstützung (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 210).

Greifen auch diese Hilfen nicht und eine Kindeswohlgefährdung wird bekannt, sei es durch eine Selbstmeldung (25%) oder durch Fremdmeldung (75%), findet meist eine Inobhutnahme des Kindes statt. Nach der Inobhutnahme geht es um die Frage, welche Form der Unterbringung des Kindes geeignet ist. Wird ein Jugendlicher in Obhut genommen, so kommt die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung in Frage. Hier geht es um die Unterstützung einzelner Jugendlicher zur sozialen Integration und zur eigenverantwortlichen Lebensführung (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 210). Dies ist eine auf Dauer angelegte Hilfe und eine gute Alternative zur geschlossenen Unterbringung in einem Heim. Im Gegensatz dazu gibt es die geschlossene Unterbringung in einer geeigneten Form der Heimunterbringung. Hier kann zwischen Wohneinheiten in Zentralheimen, dezentrale Wohngruppen, Wohngruppen mit sozialpädagogischer, heilpädagogischer oder therapeutischer Ausrichtung, Wohngruppen mit einem spezifischen Zielgruppenbezug, familienähnliche Wohnformen und Verselbständigungsgruppen entschieden werden. Um zu entscheiden, welche Wohnform die geeignete ist, gilt es eine Hilfe mit dem Klienten nah an dessen Alltag und Ressourcen zu entwickeln (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 236). Eine Variante, um die Heimerziehung zu mindern ist die Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII. Die Vollzeitpflege kommt häufig bei kleineren Kindern zum Tragen, da sie so in einer familienähnlichen Wohnform aufwachsen können. Zu unterscheiden gilt es hier, die Kurz- und Bereitschaftspflege, die Übergangspflege, die Verwandtenpflege, die Adoptionspflege und die Dauerpflege. Bei der Dauerpflege handelt es sich um eine unbefristete Unterbringung eines Kindes in einer Pflegefamilie. Entweder ist eine Rückkehr zur Herkunftsfamilie gänzlich ausgeschlossen oder es sind an eine Rückkehr klare positive Veränderungen gekoppelt (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 238).

Werden Familien zu Dauerpflegefamilien stellt sich die Frage, wie es dazu kommt und was die besonderen Aufgaben einer Pflegefamilie sind.

#### 4. Pflegefamilien

„Mit der Qualifizierung und der rechtlichen Aufwertung der Pflegekinderarbeit durch das KJHG in den 1990er Jahren war wesentlich die Erwartung verbunden, dass es gelingen könnte, die Unterbringung von Kindern in Pflegefamilien gegenüber der institutionellen Variante (Heimerziehung) nicht nur in ihrem Bestand abzusichern, sondern darüber hinaus quantitativ zu steigern“ (Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 237). Die Unterbringung von Kinder in Pflegefamilien stellt eine Alternative zur Heimerziehung dar, da so die Kinder in familienähnlichen Strukturen groß werden können. In Deutschland lebten im Jahre 2000 ca. 38.617 Kinder in Pflegefamilien, was deutlich macht, wie wichtig Familien sind, die sich dazu entscheiden Pflegekinder, trotz großer Verantwortung und vielen Aufgaben, bei sich aufzunehmen (siehe Anhang, Abbildung 6).

##### 4.1 Das Leben in Pflegefamilien

„Die große Mehrheit der Pflegepersonen (gut 90%) leben in einer ehelichen oder nicht ehelichen Partnerschaft, ca. 9 % sind Alleinerziehende“ (Blandow, 2004, S. 129). Meist sind es Ehepaare deren eigene Kinder schon groß sind, das Ehepaar aber noch einmal in die Elternverantwortung gehen will. Eine Pflegefamilie ist eine auf Dauer angelegte Lebensform, die gerade für Kinder im Säuglingsalter von großer Bedeutung ist (vgl. Post, 2002, S. 122). Gerade im ersten Lebensjahr werden das Urvertrauen und die Bindung an eine feste Bezugsperson von einem Säugling aufgebaut und erlernt. Der Sinn einer Pflegefamilie ist es, den Babys eine Bezugsperson zu sein und sie in ihrem Bindungsaufbau und in ihrem Bindungsverhalten zu unterstützen. Zudem kann eine Pflegefamilie besser auf das Kind und dessen Entwicklungsstand eingehen und das Kind fördern, im Gegensatz zu einer Heimerziehung (vgl. Post, 2002, S. 119). Ansonsten ähnelt das Leben einer Pflegefamilie sehr dem Leben einer Familie mit leiblichen Kindern. Die Eltern treffen die Wahl, in welche Kindertagesstätten-

Einrichtung das Kind gehen soll oder welche Schule das Kind besuchen soll. Das Einzige, was eine Pflegefamilie von einer „normalen“ Familie unterscheidet ist, dass sie meist Anträge an das Jugendamt weiterleiten müssen um diese genehmigt zu bekommen. Zudem hängt es stark davon ab, ob die leiblichen Eltern das Sorgerecht besitzen. Ist dies der Fall, so muss die Pflegefamilie bei alltäglichen Erledigungen die Berechtigung der Mutter einholen (vgl. Textor/Warndorf, 1995, S. 82).

Alles in allem versuchen Pflegefamilien ein möglichst normales und unabhängiges Leben zu führen, um dem Kind die Integration in die Familie zu erleichtern. Nichtsdestotrotz sind gerade die Anforderungen an Familien, welche ein Kind mit Behinderung bei sich aufnehmen, sehr hoch.

#### 4.2 Aufgaben einer Pflegefamilie

Die Pflegeeltern sind nach §29 Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) dazu verpflichtet, das leibliche, seelische und geistige Wohl des Kindes zu gewährleisten (vgl. Masur/Tiesler/Schiel, 1982, S.97). Ihnen fällt die Aufgabe der Erziehung und Bildung des Kindes zu. Die Pflegeeltern müssen dem Kind altersgerechte Grenzen setzen und das Kind an Rituale und Normen der Gesellschaft heranzuführen (vgl. Textor/Warndorf, 1995, S. 82). Sofern die Pflegeeltern das Sorgerecht nach §1630 Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch( BGB) übertragen bekommen haben, treffen sie auch alle Entscheidungen, welche die Kindertagesstätte oder die Schule betreffen. Bei Kindern mit Behinderung fallen zusätzlich als Aufgaben, die Pflege und Therapie der Kinder an (vgl. Masur/Tiesler/Schiel, 1982, S. 95). Meist müssen die Kinder wöchentlich zur Ergo- oder Physiotherapie gebracht werden. Bei beiden Fällen kann es zusätzlich dazu kommen, dass die Pflegeeltern Aufgaben bekommen, die sie bis zur nächsten Therapiestunde mit dem Kind zu Hause durchführen sollen. So setzt das Pflegefamilie sein, immer mehr eine bewusste pädagogische und therapeutische Haltung voraus (vgl. Blandow, 2004, S. 66). Zudem kommt die Aufgabe der Integration des Kindes in die Familie und das familiäre und soziale Umfeld hinzu. Die Eltern müssen dem Kind eine Dichte an Beziehung, Bindung, Schutz und Geborgenheit bieten, was sich aber nicht immer als eine einfache Aufgabe herausstellt (vgl. Post, 2002, S. 119). Deprivierten Kindern fällt es häufig, aufgrund ihrer Vorgeschichte schwer, neue

Bindungen aufzubauen und Nähe zuzulassen. Dies erfordert gerade von den Pflegeeltern viel Einfühlungsvermögen und Geduld. Auch die Kooperation mit der Kindertagesstätte oder der Schule ist für die Pflegeeltern beim Beziehungs- und Bindungsaufbau von großer Bedeutung (vgl. Textor/Warndorf, 1995, S. 88).

Bei Kindern mit FAS sind speziell geschulte Pflegefamilien gefragt. Meist wird hierbei das Kind vom Jugendamt in eine Familie vermittelt, in der mindestens eine Pflegeperson eine Ausbildung oder ein Studium im pädagogischen Bereich absolviert hat. Gerade bei Kindern mit FAS ist ein besonderes Betreuungssetting notwendig und die Eltern erhalten begleitend therapeutische und diagnostische Dienste (vgl. Blandow, 2004, S. 169). Bei Kindern mit einer vorgeburtlichen Alkoholschädigung ist eine Rückführung in die Herkunftsfamilie meist ausgeschlossen, sodass auch der Kontakt mit den leiblichen Eltern weitgehend begrenzt ist (vgl. Blandow, 2004, S. 169).

Abschließend lässt sich sagen, dass die Aufgaben einer Pflegefamilie meist vielfältiger sind, als die Aufgaben einer Familie mit leiblichen Kindern. Die Kinder brauchen Zeit, Geduld und viel Liebe, um wieder neue Bindungen aufbauen zu können.

#### 4.3 Vergleich der Pflegefamilie als stationäre Hilfe mit der sozialpädagogischen Familienhilfe als ambulante Hilfe

Die Vollzeitpflege in Form von Pflegefamilien ist eine stationäre Hilfe, welche als Interventionsmaßnahme angewandt wird. Im Gegensatz dazu steht die Sozialpädagogische Familienhilfe als ambulante Hilfe, welche einen präventiven und lebensweltorientierten Charakter aufweist (vgl. Birtsch/Münstermann/Trede, 2001, S. 542). Die Sozialpädagogische Familienhilfe richtet sich vor allem an Familien, deren jüngstes Kind unter sechs Jahren alt ist und an Familien, bei denen akute Einzelkrisen eingetreten sind (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 208). Die Sozialpädagogische Familienhilfe ist ein mehrdimensionaler Ansatz, da sich das Angebot sowohl an das Kind als auch an die Eltern richtet. Die gesamte Familie und deren soziales Umfeld stehen bei der Arbeit der Familienhelferin im Mittelpunkt. Die Familie wird intensiv betreut und begleitet, sowohl bei alltäglichen Problemen, als auch bei Besuchen von Ämtern oder Arztbesuchen (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 205). Die Dauer der Hilfe ist meist auf ein bis zwei Jahre begrenzt, bei einer

Stundenanzahl von zehn bis zwanzig Stunden in der Woche, wobei die Dauer von der Familie und deren Fortschritte abhängt (vgl. Post, 2002, S. 117). Die Arbeit der Familienhelferin findet unmittelbar in der Umwelt der Familie statt und versucht mit gezielten alltagspraktischen und pädagogischen Hilfen, die Selbsthilfekompetenz der Familie zu stärken (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 205f). Zusätzlich zur sozialpädagogischen Familienhilfe werden weitere, meist familienübergreifende Angebote, den Eltern vermittelt. Dennoch stellt die sozialpädagogische Familienhilfe einen Einbruch in die Privatsphäre der Familie dar (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 206). Um ein vertrauenswürdiges Verhältnis aufbauen zu können, ist hierbei der Datenschutz von besonderer Bedeutung (vgl. Birtsch/Münstermann/Trede, 2001, 556). Da die Familien häufig nicht freiwillig dieses Angebot annehmen, sondern zuvor eine Not- oder Krisensituation entstanden ist, ist der Aufbau eines guten Verhältnisses wichtig. Den nur mit der Hilfe der gesamten Familie kann es der Familienhelferin gelingen, die Familie wieder zu stärken. Hierbei steht das Wohl des Kindes als Kriterium für den Erfolg ganz klar im Mittelpunkt (vgl. Birtsch/Münstermann/Trede, 2001, 561). Von einer sozialpädagogischen Familienhilfe wird im Allgemeinen eine große Flexibilität, Vielseitigkeit und die Integration verschiedener Methoden vorausgesetzt (vgl. Birtsch/Münstermann/Trede, 2001, 548). Innerhalb der Arbeit mit der Familie ist ein wichtiger Faktor die Ressourcenorientierung und Ressourcenaktivierung. Eventuell gibt es Angehörige oder auch regional angesiedelte Hilfen, welche die Familie als Entlastung ansehen kann, ohne sich in ihrem Selbstwertgefühl gekränkt zu fühlen.

Alles in allem kann man sagen, dass der Erfolg einer sozialpädagogischen Familienhilfe immer abhängig ist, von den Rahmenbedingungen und der Motivation der Familie (vgl. Birtsch/Münstermann/Trede, 2001, S. 560). Grundsätzlich ist, „[...] soziale Unterstützung von Familien [...] ein wirksamer Faktor bei der Förderung der kindlichen Entwicklung und der Abfederung von Risikofaktoren“ (S. Birtsch/Münstermann/Trede, 2001, 562).

Im Gegensatz zur sozialpädagogischen Familienhilfe findet die Vollzeitpflege vorwiegend nicht in Zusammenarbeit mit den Eltern statt. Hier steht das Kind, dessen Wohl und dessen Bedürfnisse im Vordergrund. Die Vollzeitpflege ist eine auf Dauer angelegte Lebensform, vor allem für Säuglinge und kleine Kinder, bei der die elterliche Erziehung ersetzt und nicht nur ergänzt werden muss (vgl. Post, 2002, S. 122). Im

Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe, dient die Arbeit der Familienhelferin als Anleitung und Unterstützung, sie ersetzt die elterliche Erziehungsfähigkeit in keinster Weise. Bei der Vollzeitpflege wird zwischen verschiedenen Formen der Pflege unterschieden. Es gibt Kurz- und Bereitschaftspflege, die Übergangspflege, die Dauerpflege, die Verwandtenpflege und die Adoptionspflege (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 237ff.). Bei der Fremdunterbringung eines Kindes entstehen in der Regel hohe Kosten und die Kinder erleiden einen erheblichen Schaden. So verlieren sie abrupt ihre Bezugspersonen und wandern oftmals von einer Familie zur anderen. Häufig tritt der Fall ein, dass Kinder zunächst in eine Kurz- oder Bereitschaftspflegefamilie kommen, bis die weitere Entwicklungsperspektive geklärt ist (vgl. Jordan/Maykus/Stuckstätte, 2012, S. 238). So können sich die Kinder gar nicht richtig einleben und Bindungen aufbauen. Überwiegend werden sie nach wenigen Wochen in eine feste Dauerpflegefamilie verbracht. Bei der sozialpädagogischen Familienhilfe verbleibt das Kind bei seinen leiblichen Eltern, die die Hauptbezugspersonen des Kindes sind. Zudem kommt, dass bei einer Fremdunterbringung nur den Kindern geholfen wird. Meist sind es aber gerade die Eltern, welche eine intensive Unterstützung benötigten können. Die Vollzeitpflege kann daher nicht als mehrdimensionaler Ansatz angesehen werden.

Abschließend ist zu sagen, dass individuell entschieden werden muss, welche Hilfe zur Familie passt. Ist eine Fremdunterbringung vermeidbar, so sollte das das Hauptziel der Jugendhilfe sein. Sofern klar ist, dass die elterliche Erziehung für längere Zeit ersetzt werden muss, so ist die Unterbringung der Kinder in eine Pflegefamilie von Vorteil. Dort erhalten sie genügend Schutz und Geborgenheit und können Bindungen und Beziehungen aufbauen, die ihnen in ihrer Entwicklung helfen können. Bei der Abwägung, welche Hilfe die passende ist, sollte der Kostenfaktor keine Rolle spielen. Vielmehr kommt es auf das Wohl des Kindes und dessen Bedürfnisse an.

## 5. Fazit

Nach Abschluss dieser Arbeit kann nicht endgültig geklärt werden, ob bei Kindern mit einer vorgeburtlichen Alkoholschädigung (FAS), eine bewusste Kindeswohlgefährdung stattgefunden hat. Um dies klären zu können, bedürfte es einer

genauen Definition des Begriffs der Kindeswohlgefährdung, vor allem in Bezug auf das Leben eines Embryos. Ist eine Behinderung klar diagnostiziert worden, muss von einer Kindeswohlgefährdung gesprochen werden, aber ob es eine bewusste Kindeswohlgefährdung war d.h., dass die Mutter bewusst die Möglichkeit in Kauf genommen hat, dass ihr Baby eine Behinderung durch den Alkohol erleiden kann ist auch damit nicht geklärt. Um diese Art der Behinderung zu verringern bzw. ganz zu vermeiden, bedarf es einen hohen Aufwand an Aufklärungsarbeit. Vielen ist nicht bewusst, dass schon ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft, das eigentlich gesunde Kind zu einem Kind mit Behinderung werden lassen kann.

Wissenschaftlich belegt ist, dass Kinder mit FAS in der Mehrheit bei Dauerpflegefamilien oder bei Adoptivfamilien aufwachsen. Meist ist davon auszugehen, dass die Mutter aufgrund ihrer Alkoholsucht, auf Dauer nicht in der Lage sein wird, die elterliche Erziehung befriedigend und den Bedürfnissen des Kindes entsprechend, ausführen kann. Gerade für Säuglinge und kleine Kinder ist eine Pflegefamilie von Bedeutung, da die Säuglinge im Aufbau eines Urvertrauens und im Aufbau einer Bindung zu einer Haupt Bezugsperson unterstützt werden müssen. Ebenfalls kann eine Pflegefamilie besser und gezielter auf die Entwicklung des Kindes eingehen und das Kind fördern. Ist das Wohl des Kindes bei den leiblichen Eltern nicht gefährdet und es besteht nur eine Krisensituation innerhalb der Familie, ist eine ambulante Hilfe immer vorzuziehen. Das Ziel der Kinder- und Jugendhilfe sollte sein, aufgrund ihres breiten Spektrums an Hilfen zur Erziehung, so viele Kinder und Jugendliche wie möglich in ihren Herkunftsfamilien zu belassen.

Es gilt dabei immer individuell die Familie, das Kind und das gesamte Umfeld zu betrachten und eine mehrdimensionale Risikoeinschätzung mit mehreren Fachleuten durchzuführen und danach gemeinsam mit der Familie die richtige Hilfe auswählen.

## 6. Quellenverzeichnis

- Alle, Friederike (2010) : „*Kindeswohlgefährdung- Das Praxishandbuch*“  
Freiburg im Breisgau, Lambertus Verlag
- Birtsch, Vera/ Münstermann, Klaus/ Trede, Wolfgang (2001): „*Handbuch Erziehungshilfen- Leitfaden für Ausbildung, Praxis und Forschung*“, Münster, Votum Verlag
- Blandow, Jürgen (2004): „*Pflegekinder und ihre Familien- Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens*“, Weinheim und München, Juventa Verlag
- Jordan, Erwin/ Maykus, Stephan/ Stuckstätte, Eva C. (2012): „*Kinder- und Jugendhilfe- Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen*“ 3. Überarbeitete Auflage, Weinheim und Basel, Beltz Juventa
- Kinderschutz- Zentrum Berlin (2009) : „*Kindeswohlgefährdung erkennen und helfen*“, 10. Überarbeitete Auflage, Berlin
- Kißgen, Rüdiger/ Heinen Norbert (2010): „*Frühe Risiken und Frühe Hilfen- Grundlagen, Diagnostik und Prävention*“, Stuttgart, Klett-Verlag
- Knappen, Beate vom / Thater, Helga/ Löser, Hermann (1987) : „*Alkoholschäden bei Kindern- Ratgeber zur Alkoholembryopathie*“, Freiburg, Lambertus Verlag
- Lindenmeyer, Johannes (2010): „*Lieber schlau als blau*“, 8. Überarbeitete Auflage, Weinheim, Beltz Verlag
- Masur, Rainer/Tiesler, Johannes A./Schiel, Wittich (1982): „*Eingliederung behinderter Kinder in Pflegefamilien- Das soziale, klinisch-psychologische Konzept*“, München, Ernst Reinhardt. GmbH & Co. Verlag

- Post, Wolfgang (2002): „*Erziehung im Heim- Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe*“, Weinheim und München, Juventa Verlag
- Textor, Martin R./ Warndorf, Peter Klaus (1995): „*Familienpflege-Forschung, Vermittlung, Beratung*“, Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag

URL:

- [http://fasd-deutschland.de/cms/front\\_content.php?idcat=9](http://fasd-deutschland.de/cms/front_content.php?idcat=9) (05.09.2014, 10.36h)

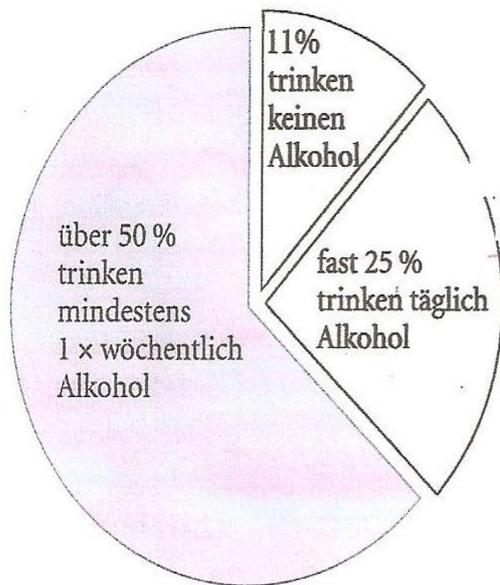
## 7. Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
GG	Grundgesetz
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

## 8. Anhang

Anhang 1: Grafik zum Alkoholkonsum.....	24
Anhang 2: Diagramm zur Erläuterung des Begriffs FAS.....	25
Anhang 3: Veränderungen und Kennzeichen bei Alkoholembryopathie.....	26
Anhang 4: Erfahrungsbericht einer Pflegemutter.....	27
Anhang 5: Anhaltbogen.....	28
Anhang 6: Diagramm zu Hilfen zur Erziehung außerhalb der Familie.....	29

## Anhang 1: Grafik zum Alkoholkonsum



Die Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung trinkt regelmäßig Alkohol. Lediglich ca. 11 % leben abstinent

### 1.2 Die fünf ungeschriebenen Gesetze im Umgang mit Alkohol

Anhang 2: Diagramm zur Erläuterung des Begriffs FAS



## Anhang 3: Veränderungen und Kennzeichen bei Alkoholembryopathie

Tabelle 1: Veränderungen und Kennzeichen bei Alkoholembryopathie (Grad I – III)	Häufigkeit des Vorkommens
Minderwuchs und Untergewicht	98 %
Kleinköpfigkeit (Mikrozephalie)	84 %
Geistige und statomotorische Entwicklungsverzögerung	89 %
Sprachstörungen*	80 %
Hörstörungen*	ca. 20 %
Eß- und Schluckstörungen*	ca. 20 %
Hyperaktivität	72 %
Muskelhypotonie	58 %
Andere Verhaltensstörungen* (Autismus, Aggressivität, gestörtes Sozialverhalten)	ca. 20 %
Gesichtsveränderungen (s. Text)	ca. 95 %
Herzfehler (meist Scheidewanddefekte)	29 %
Genitalfehlbildungen	46 %
Nierenfehlbildungen	ca. 10 %
Augenfehlbildungen* (Schielstellung, Kurzsichtigkeit, Spaltbildungen)	25 %
Extremitäten- und Skelettfehlbildungen	
Verkürzung und Beugung des Kleinfingers	51 %
Bleibende Verkrümmung des Kleinfingers	16 %
Verwachsung von Elle und Speiche	14 %
Unterentwicklung der Fingerendglieder	13 %
Hüftluxation	9 %
Kleine Zähne*	16 %
Trichterbrust	30 %
Kielbrust	ca. 7 %
Gaumenspalte	7 %
Weitere Fehlbildungen	
Steißbeingrübchen	44 %
Leistenbruch	12 %
Hämangiome	11 %
Haaraufstrich im Nacken	ca. 35 %

4

Die aufgeführten Prozentzahlen entsprechen denen von Majewski (1980) und eigenen Untersuchungen. Sie decken sich im wesentlichen mit Ergebnissen im internationalen Schrifttum (mit \* gekennzeichnet).

## Anhang 4: Erfahrungsbericht einer Pflegemutter

Zwei Mütter berichten über ihre Erfahrungen.

Die erste Mutter (H. T.):

Detlef ist wach. Wir hören aus dem Kinderzimmer die ersten knötternden Geräusche und den Satz: „Ich habe Hunger.“ Wir schauen uns an, lachen und freuen uns. Sie werden sich fragen, was an dieser morgendlichen Situation beschreibenswert ist. Um dies zu verdeutlichen, muß ich Detlefs Vorgeschichte erzählen.

Wir bekamen Detlef im Alter von sieben Monaten mit einem Gewicht von 4070 g. Er wurde von einer Frühgeborenenstation entlassen, auf der er bis zu diesem Zeitpunkt gelebt hatte. Mit Detlef in einer Tragetasche, einem riesigen Beutel mit Utensilien und einem unsicheren, aber glücklichen Gefühl verließen wir die Klinik. Zu unserem Gepäck gehörten vier verschiedene Medikamente, die er einnehmen mußte, flüssige Sondenernährung, ein riesiges Paket Sonden und ein Perfusor. Der Perfusor ist eigentlich ein Infusionsgerät, jedoch brauchte Detlef ihn, um überhaupt sondierte Nahrung aufnehmen zu können. Wäre die flüssige Vollkost mit der Hand sondiert worden, hätte er sie trotz der beruhigenden Medikamente sofort erbrochen. Die ersten gemeinsamen Monate mit unserem Sohn waren eine einzige Fütterungszeit. Ständig lief dieser Perfusor, um überhaupt die vorgeschriebene Nahrungsmenge in das Kind hineinzubekommen. Und meistens schafften wir es trotzdem nicht. Detlef war über Tag aktiv und unruhig, wollte herumgetragen werden und sich die Welt genauer anschauen. Das ging aber nicht, wenn er über den Perfusor sondiert werden mußte. So versuchten wir, die ruhigen Situationen am Tage auszunutzen und teilten uns die Nächte, in denen er die größten Mengen sondiert bekam. Wir waren über Monate ans Haus gefesselt und konnten nur schichtweise schlafen. Zurückblickend können wir fast nicht verstehen, wie wir es geschafft haben. Aber es ging, vor allem deswegen, weil wir beide noch studierten und uns die Zeit so gut einteilen konnten. Diese erste Zeit mit unserem Sohn war belastet durch unsere eigenen Erwartungen und Vorstellungen. Wir hatten geglaubt, wenn Detlef erst einmal zu Hause ist, eine ruhige Atmosphäre erlebt und feste Bezugspersonen hat, wird er schon essen. Dieser Knirps machte uns einen dicken Strich durch die Rechnung. Außerdem hatten wir auch erwartet, Personen zu finden, die sich mit diesem besonderen Problem auskannten und uns Hilfestellung geben konnten. Auch dies war ein Fehlschluß – nicht einmal der Kinderarzt kannte sich aus. Seine Hilfe bestand darin, einmal wöchentlich das Gewicht zu kontrollieren (obwohl wir ja selbst eine Waage hatten, auf der Detlef zweimal täglich gewogen wurde) sowie Nahrung und diverse andere Sachen zu verschreiben. Wir hatten das Gefühl, die einzigen Eltern auf der Welt zu sein, deren Kind künstlich ernährt wurde. So ähnlich verhielt sich auch die Umwelt. Unsere kurzen Ausflüge zum Einkaufen oder zum Spaziergang ähnelten einem Zoobesuch. Das ging soweit, daß die Leute sich anstupsten und mit Fingern auf uns zeigten, nach dem Motto: „Guck mal, was die mit ihrem Kind machen.“ Solche Situationen machten uns wütend und traurig. Auch wenn Freunde und Verwandte begannen, Detlef zu bemitleiden und

ganze Schimpfkanonaden über die schlimme Mutter losließen und dabei auch noch ein Glas Cognac in der Hand hielten, wurden wir zornig. Für uns war Detlef kein bemitleidenswertes Kind – er war ein Kind, das Probleme mit der Nahrungsaufnahme hatte, und seine Mutter war auch nicht gewissenlos, sondern krank. Es war ein hartes Stück Arbeit, unsere Einstellung zu vermitteln, zumal wir in der ersten Zeit schon denen, die nach dem Warum fragten, konkrete Ursachen nannten. Dies taten wir, und versuchten auch immer zu erklären und deutlich zu machen, daß diese Kinder, die durch Alkohol geschädigt sind, nur die Spitze eines Eisberges sind. Uns ging es darum, den Alkoholkonsum überhaupt in Frage zu stellen und darüber nachzudenken, wo die Ursachen liegen und wie eine Gesellschaft ihre Toleranz gegenüber dem Alkohol verändern kann. Über eine Zeitungsanzeige fanden wir in dieser Zeit dann Kontakt zu Menschen, die gleichartige Probleme mit ihrem Kind hatten und in der Entwicklung schon weiter waren. Dies war ein entscheidender Schritt für uns und besonders für unseren Sohn. Mit Hilfe der Erfahrungen und den Ratschlägen dieser Eltern begannen wir mit Fütterungsversuchen. Wir akzeptierten, daß Detlef weniger Nahrung brauchte und nicht gleich austrocknen würde, wenn er weniger aß. Mit dem Löffel starteten wir diese Fütterungsversuche und nahmen Nahrungsmittel, die süß und glatt waren, zum Beispiel Schokoladenpudding mit Sahne oder Kompott aus dem Gläschen. Die Abstände, in denen Detlef über die Sonde ernährt wurde, vergrößerten sich immer mehr. Hinzu kam, daß sich unser Sohn sehr bewußt gegen die Sonde wehrte. Er zog sie sich selbst und machte einen absoluten Aufstand, wenn ich sie wieder legte. In dieser Zeit hatte ich das Gefühl, daß er mich überhaupt nicht leiden konnte, da nur ich die Sonde legte. Es belastete mich sehr, und ich bin damals leider nicht auf die Idee gekommen, es vielleicht dem Arzt zu überlassen.

## Anhang 5: Anhaltbogen

Das Verfahren ist einseitig und enthält folgende Items:

- Alter der Mutter  $\leq 18$  Jahre zum Zeitpunkt der Geburt,
- mehr als ein zu versorgendes Kind bei einem Alter der Mutter  $\leq 20$  Jahre oder bereits ein Kind in Fremdunterbringung,
- unerwünschte Schwangerschaft,
- alleinerziehend,
- Hinweise auf schwere Konflikte bzw. Gewalt in der Partnerschaft,
- mindestens ein Kind der Mutter in Pflege oder adoptiert,
- Mutter in Heimerziehung oder mit mehrfach wechselnden Hauptbezugspersonen aufgewachsen,
- Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchserfahrungen der Mutter in ihrer Kindheit,
- bekannte psychische Erkrankung der Mutter bzw. psychiatrische Vorbehandlungen,
- Nikotinkonsum  $> 20$  Zigaretten am Tag,
- Hinweise auf Alkoholprobleme bei Mutter oder Partner,
- Hinweise auf einen Drogenkonsum durch Mutter oder Partner,
- kein qualifizierender Schulabschluss,
- finanzielle Notlage,
- soziale/sprachliche Isolation,
- mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen,
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen:

- Frühgeburtlichkeit,
- Mehrlinge,
- Angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen,
- beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes:
  - wirkt am Kind desinteressiert,
  - macht ablehnende Äußerungen über das Kind,
  - wirkt passiv, antriebsarm, psychisch auffällig,
  - gibt das Kind auffallend häufig ab,
  - übersieht deutliche Signale des Kindes oder reagiert hierauf unangemessen (z. B. sehr gestresst, wenn Kind schreit oder spuckt),
  - kein Besuch auf der Geburtsstation,
- Hauptbezugsperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl, vom Kind abgelehnt zu werden.

## Anhang 6: Diagramm zu Hilfen zur Erziehung außerhalb der Familie

Tab 7: Hilfen zur Erziehung außerhalb der eigenen Familien 1975–2000 (alte Bundesländer<sup>1)</sup> (Quelle: Zahlenangaben von 1975–1990 nach Wiesner 1995, S. 1381; Zahlen für 1995 und 2000 nach Statistisches Bundesamt 1997 und 2003)

Jahr	Kinder + Jugendliche außerhalb der eigenen Familie	auf 1.000 der Bezugs-population	davon in Heimen + sonstiger Unterbringung (absolut)	davon in Heimen + sonstiger Unterbringung (Prozent)	davon in Pflegestellen
1975	136.105	8,24	97.031	71,3	39.074
1980	132.613	9,32	63.285	47,7	69.328
1985	93.025	7,86	47.637	51,2	45.108
1990	87.007	7,44	44.076	50,8	42.630
1995	77.446	6,07	41.658	53,8	35.788
2000	83.778	5,59	45.161	53,9	38.617

(1) In die Betrachtung werden hier nur die alten Bundesländer einbezogen, da die Situation in den neuen Ländern – aufgrund der anders gestalteten Jugendhilfesituation in der DDR – bis Ende der 1990er Jahre noch erhebliche Besonderheiten aufwies.

## Schriftliche Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig verfasst wurde und ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel- insbesondere keine im Quellenverzeichnis nicht benannten Internetquellen- benutzt habe und die Arbeit von mir vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht wurde. Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium (CD- ROM).

---

Jasmin Kohl

Altrip, den 24.09.14

