

# Förderung von Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom in Kindertagesstätten

---

**Naomi Schröder**

**Handlungsfeld:** Unterschiedlichkeit und Vielfalt leben

**Lernfeld:** Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen im körperlichen, geistigen und sozialemotionalen Entwicklungsbereich begleiten

**Betreuende Lehrkraft:**

Frau Ackermann

**Datum:**

20. März 2015



## Inhaltsverzeichnis

<b>Zitat.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Theoretische Grundlagen .....</b>	<b>4</b>
2.1 <i>Alkohol in der Schwangerschaft .....</i>	4
2.2 <i>Das fetale Alkoholsyndrom (FAS).....</i>	6
2.3 <i>Das Leben eines Kindes mit FAS.....</i>	8
2.4 <i>Förderung eines Kindes mit FAS.....</i>	9
<b>3. Praxisdarstellung .....</b>	<b>11</b>
3.1 <i>Alltag zu Hause und in der Einrichtung.....</i>	12
3.2 <i>Unterstützung von außen .....</i>	16
<b>4. Verknüpfung von Theorie und Praxis.....</b>	<b>17</b>
4.1 <i>Wie wird die Theorie angewandt? .....</i>	17
4.2 <i>Zusammenarbeit mit den Eltern.....</i>	20
<b>5. Fazit .....</b>	<b>21</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>1</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>12</b>
<b>Literaturverzeichnis und Quellenangaben .....</b>	<b>13</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>16</b>



*„ «Mama, warum bin ich so auf die Welt gekommen? Warum bin ich nicht so wie andere Kinder?»*

Wir erzählten es ihr und sie antwortete:

*«Weißt du was, Mama, du musst jedem schreiben, telefonieren und allen erzählen, dass sie keinen Alkohol trinken sollen, wenn sie schwanger sind, sonst kriegen sie solche Kinder wie mich - und das ist fies und gemein!»*“

*(Ann und Sinja Gibson 1999)*



## 1. Einleitung

*„Ich bin nicht wütend auf meine leibliche Mutter, weil sie trank als ich in ihrem Bauch war. Sie wusste nicht, dass sie mir weh tat. Ich bin adoptiert worden und meine Mutter starb, so dass niemand erfahren wird wann oder wie viel oder wie oft meine Mutter trank. Ich weiß nur, dass es sich auf mich ausgewirkt hat und ich muss damit leben" (Kulp 2005).*

Die Gesellschaftsdroge Alkohol gehört heute zu jedem Fest und jeder Feier, ob es nun ein Geburtstag oder ein Stadtfest ist. Die Zahl der Alkoholabhängigen steigt stetig. Schade nur, dass auch die Anzahl der alkoholtrinkenden Frauen in die Höhe geht und sich das während einer Schwangerschaft nicht immer legt. Die *World Health Organisation* beschreibt das FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) als die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung, nach der Vererbung (vgl. Günther 2003, S.1).

Alkohol in der Schwangerschaft ist für jedes Kind schädlich. Schon in geringster Form, gelangt jeder Schluck einer werdenden Mutter, ungefiltert zu dem Kind. In den ersten Wochen der Schwangerschaft, ist der Alkohol für das Kind am gefährlichsten, jedoch erreicht das Ungeborene auch in der restlichen Zeit noch fast den selben Alkoholgehalt im Blut wie es den der Mutter. Da der Alkohol ungehindert in den Blutkreislauf des Embryos gelangen kann, beeinträchtigt er dauerhaft das Kind in seinen Entwicklungsbereichen. Ob im sozialen, körperlichen oder organischen, im kognitiven oder sozial- emotionalen Bereich (vgl. Reinhardt 2005).

Etwa 3000 bis 4000 Kinder kommen in Deutschland jährlich, durch den Alkoholkonsum der Mutter, mit einer Fetalen Alkoholspektrum- Störung auf die Welt. Es ist nicht bewiesen wie viel Alkohol und in welchem Stadium der Entwicklung es zu den Schädigungen des Ungeborenen Kindes führt. Aber es lässt sich mit Sicherheit feststellen, dass sie zu 100 Prozent vermeidbar sind, indem die Mutter während der Schwangerschaft ganz auf den Alkohol verzichtet (vgl. Spohr, H. 2014).

Viele dieser Kinder werden, wegen der bestehenden Situation in ihren Familien, zu Pflegefamilien gegeben und wachsen dort auf. Da die Dunkelziffer jedoch sehr hoch ist, werden trotzdem mehr als die Hälfte der betroffenen Kinder in einem Regelkindergarten betreut. Die FASD hat viele verschiedene Ausprägungen und nicht bei jeder lässt sich am Äußeren des Kindes feststellen, dass eine Behinderung vorliegt. So sind sich viele Familien nicht im Klaren darüber, dass ihr Kind eine Alkoholschädigung hat (vgl. Kröling, J. 2011,S.9).

Doch einigen Familien oder auch Pflegefamilien die ein Kind mit FASD adoptiert haben, ist dies bewusst. Wie leben diese Kinder, inwiefern unterscheiden sie sich von anderen Kindern? Werden diese Kinder speziell gefördert? Benötigen die betroffenen Kinder eine besondere Förderung? Damit komme ich zu der zentralen Frage meiner Arbeit. Kinder die eine Fetale Alkoholspektrum- Störung haben, bei denen es also bekannt ist, müssen ihren Bedürfnissen entsprechend, eine besondere Betreuung erhalten. Ist dies so und wenn ja, wie sieht diese Betreuung aus.

Ich werde in meiner Arbeit zunächst auf die FASD und ihre verschiedenen Formen und Ausprägungen eingehen und mich dann speziell mit dem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) beschäftigen und der Förderung der, von dieser Form, betroffenen Kinder. Außerdem werde ich in meiner Praxisdarstellung die derzeitige Förderung, der Kinder mit FAS, in Kindertagesstätten beschreiben und sie mit Fallbeispielen, aus verschiedenen Sichten, wie die einer Erzieherin und einer Mutter, verdeutlichen. Auch die Unterstützung unterschiedlicher Fachkräfte und Einrichtungen werde ich mit einbeziehen. Im letzten Teil meiner Arbeit nehme ich wieder Bezug auf die Theorie, aus dem ersten Teil meiner Arbeit und werde somit eine Verknüpfung dessen herstellen, wie die Förderung der Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom in der Theorie beschrieben wird und wie sie in der Praxis tatsächlich aussieht. Daraus werde ich ableiten, was im Umgang mit den betroffenen Kindern empfehlenswert ist und was sich aus Sicht der Pädagogen, der Kinder und Eltern ändern sollte.

## 2. Theoretische Grundlagen

*„Für Kinder sind Drogen besonders gefährlich, weil sie noch wachsen, sich geistig und körperlich entwickeln. Das kann durch Drogen beeinträchtigt werden. Deshalb müssen besonders Kinder vor Drogen geschützt werden, fordert Artikel 33 der Kinderrechtskonvention. [...]“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014).*

Die UN- Kinderrechtskonvention verabschiedete das Übereinkommen über die Rechte der Kinder am 20. November 1989. In Artikel 33 steht, dass Kinder vor Drogen geschützt werden müssen (vgl. Kittel und Schweder 2013). Alkohol ist ebenfalls eine Droge vor der Kinder geschützt werden sollten, auch bevor sie zur Welt kommen.

### 2.1 Alkohol in der Schwangerschaft

Jeder Tropfen Alkohol kann einem Kind im Mutterleib Schaden zufügen. Es kommt nicht nur darauf an in welchem Stadium der Schwangerschaft eine Frau ist oder welche Menge an Alkohol sie zu sich nimmt, sondern auch auf ihren körperlichen Zustand und ihre aktuelle Lebenssituation. Forscher und Spezialisten sind sich nicht einig, es gibt jedoch Anlehnungen an bestimmte Theorien, wann und wie viel Alkohol einem Ungeborenen welchen Schaden zufügen kann.

*„Es gibt keine Grenzwerte die besagen, welche Menge Alkohol das Kind schädigt beziehungsweise welche Menge Alkohol unbedenklich ist. Darum sollte für jede Schwangere gelten: Jedes Glas Alkohol in der Schwangerschaft ist zu viel“ (Hagen 2014).*

Es steht jedoch fest, Alkohol ist ein Gift das ungehindert durch die Nabelschnur in den Blutkreislauf des Babys gelangt und dort großen Schaden anrichten kann (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2011). *„Schädigungen finden daher während der gesamten Schwangerschaft statt! Die einzelnen Organe entwickeln sich in bestimmten Zeitfenstern, das zentrale Nervensystem entwickelt sich während der ganzen*

neun Monate und ist dadurch am stärksten gefährdet“ (Michalowski, Abgerufen am 16. März 2015)!

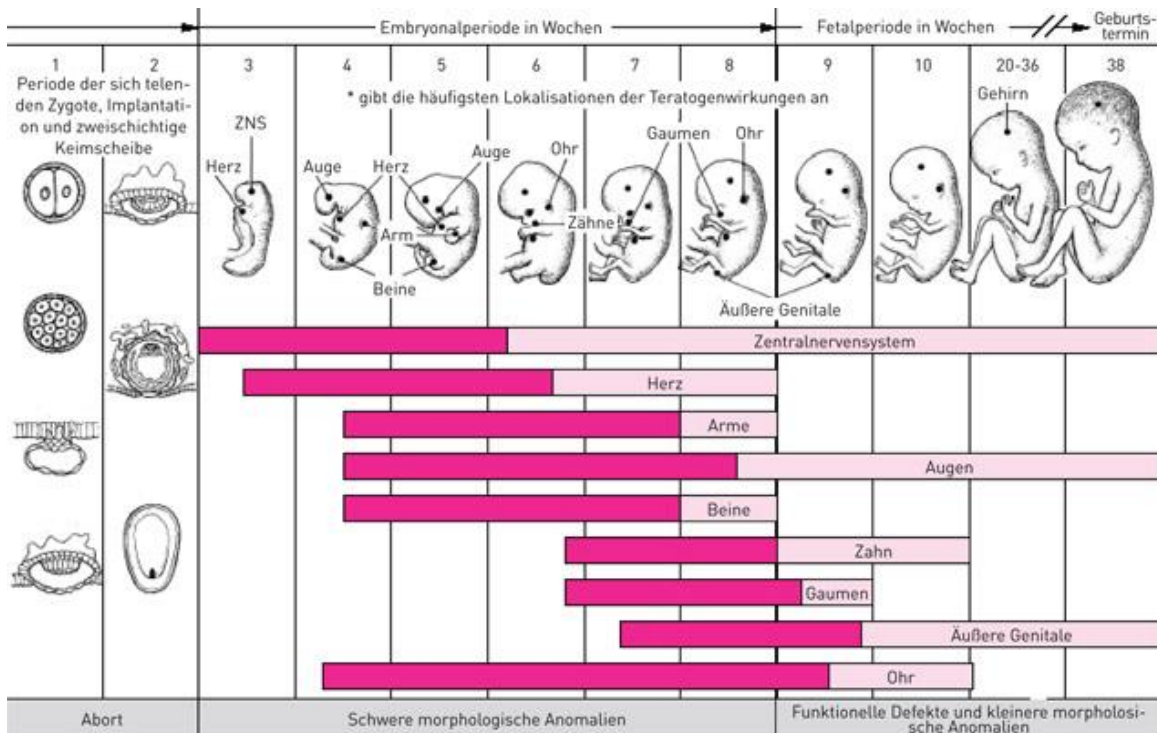


Abbildung 1: Embryonale Entwicklung (fasd deutschland e.V., Abgerufen am 16. März 2015)

Der Alkohol bewirkt, dass sich bestimmte Zellen nicht teilen. Somit können Schritte der Entwicklung, des Babys, unterbrochen werden oder ganz weg fallen. Da das Ungeborene den konsumierten Alkohol der Mutter, nur langsam wieder abbauen kann (vgl. Hagen 2014). Je nach Menge des Alkohols, schädigt er das Kind in unterschiedlicher Weise:

- „**Grad I:** vermindertes Wachstum, Untergewicht, etwas verzögerte geistige Entwicklung
- **Grad II:** auffälliges Aussehen, wie z.B. enge Lidspalten, flache Nasenwurzel, kleiner Kopf und "nervöses" Verhalten (Hyperkinetik)
- **Grad III:** verzögerte geistige und körperliche Entwicklung, auffälliges Aussehen (besonders Verformungen im Kopfbereich), Herzfehlbildungen, geringe Überlebenschancen“ (Hagen 2014)

## 2. 2 Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS)

Schon in der Geschichte werden Hinweise darauf gemacht, dass Frauen während ihrer Schwangerschaft keinen Alkohol trinken sollen. Im Alten Testament steht: „[...] aber du wirst schwanger werden und einen Sohn gebären! 4 Und nun hüte dich doch, dass du keinen Wein noch starkes Getränk trinkst und nichts Unreines ißt“! (Buch der Richter, 13,3 und 13,4)“ Auch 1750 als die sogenannte Gin- Epidemie ausbrach, beschrieben die Ärzte eine negative Auswirkung, des Alkohols, auf die ungeborenen Kinder (vgl. Kröling 2011, S.13f.).

Die so genannte Alkoholembryopathie wurde erst 1973, von den amerikanischen Wissenschaftlern Ken Jones und David Smith, wieder neu erforscht. Ihre Ergebnisse, die Symptome und Auffälligkeiten der betroffenen Kinder, nannten sie: Fetales Alkoholsyndrom (FAS). Eine Alkoholschädigung beim Kind, kann nur durch den Alkoholkonsum der Mutter entstehen (vgl. Löser 1995, S.1f.). Die Fehlbildungen oder auch der Grad der Behinderung, eines Kindes mit FAS, kann unterschieden werden. Es werden verschiedene Ausprägungen des gesamten Spektrums von FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders) beschrieben (vgl. Feldmann 2009).

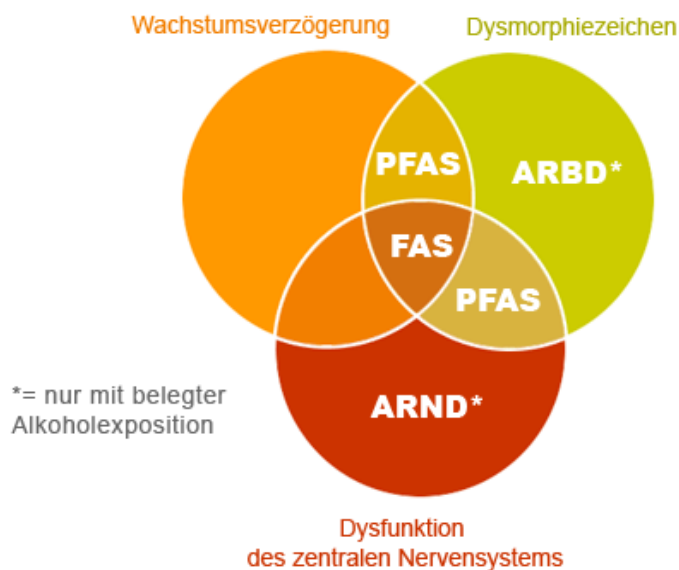


Abbildung 2: Ausprägungen des FASD (Becker 2010)



### Die verschiedenen Ausprägungen der FASD:

- **Alkoholbedingte Geburtsfehler (ARBD = Alcohol Related Birth Disorder):** Bei ARBD bestehen im Körper des betroffenen Kindes bestimmte „Fehlbildungen in der Gestalt und dem Aufbau eines Körperteils (Kulp 2012)“, sogenannte Dismorphien. Auch Missbildungen und Anomalien können Teil der ARBD sein, diese betreffen bis zu 38% der Kinder (vgl. Kröling 2011, S.16)
- **Alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen (ARND = Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders):** Kinder mit ARND haben durch den Alkohol eine beeinträchtigte Entwicklung. ARND zu diagnostizieren ist sehr schwierig, da betroffene Kinder keine körperlichen Merkmale der Behinderung haben (vgl. Kröling 2011, S.16)
- **Die Fetalen Alkoholeffekte (FAE = Fetal Alcohol Effects):** Die Fetalen Alkoholeffekte werden heute Partielle FAS (pFAS) genannt. Sie sind sehr schwer zu diagnostizieren, da betroffene Kinder nur zwei der drei Kriterien aufweisen. Im Fall des pFAS haben die Kinder eine Wachstumsinderung, Fehlbildungen oder Dysfunktionen des zentralen Nervensystems (vgl. Spohr 2011, S.14).
- **Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS = Fetal Alcohol Syndrom):** Das Fetale Alkoholsyndrom entsteht dann, wenn eine Frau während ihrer Schwangerschaft große Mengen Alkohol trinkt. Kinder mit FAS haben meistens einen zu kleinen Kopf, ihr Körper ist auch im Allgemeinen sehr klein. Durch den Alkohol werden Organe und das zentrale Nervensystem geschädigt. Die Diagnose FAS wird dann gestellt, wenn das betroffene Kind Störungen im zentralen Nervensystem hat, der Minderwuchs vorhanden ist und ein weiteres körperliches Merkmal wie, ein fehlendes oder flaches Philtrum (Vertiefung zwischen Oberlippe und Nase), eine schmale Unterlippe oder nach unten gestellte Lidachsen (vgl. Kröling 2011, S.15).

## 2. 3 Das Leben eines Kindes mit FAS

*„Mit 8 Jahren ist er nur 1,25 Meter groß und hat einen kleinen Kopf mit den typischen Zügen eines Kindes mit Fetalem-Alkohol-syndrom. Er ist sehr kurzsichtig und trägt eine dicke Brille. Auf den ersten Blick wirkt er wie ein offenes, lebendiges Kind. [...] Er war unruhig, launisch, aggressiv und konnte deswegen nicht an der kleinen Therapiekasse [...] teilnehmen“ (Hogenboom 2010, S.77).*

Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom haben viele Verhaltensprobleme. Sie sind sehr hilfsbereit, aber auch leichtgläubig wodurch sie oft in Schwierigkeiten kommen. Die betroffenen Kinder sind in vielen Bereichen ihrer Entwicklung sehr eingeschränkt. Oft werden sie ausgegrenzt, da sie anders sind. Ein Kind mit FAS kann nicht still sitzen und sich nicht lange auf bestimmte Dinge konzentrieren, darum besteht, wegen der Hyperaktivität, oft der Verdacht auf ADHS (vgl. Feldmann 2014, S.7f.).

Kinder mit FAS haben große Probleme mit der Sprachentwicklung, sie gestikulieren sehr lange und brauchen zur „Sprachvermittlung eine ständige Bezugsperson“ (Löser 1995, S.62). Dies ist auch im Sozialverhalten erkennbar. Die betroffenen Kinder haben oft autistische Züge, dass erkennt man daran, dass sie sich oft sozial zurückziehen. Jedoch sind sie gegenüber Fremden sehr zutraulich, außerdem sind sie hilfsbereit, aber auch leichtgläubig. FAS- Kinder können ihr Handeln nicht einschätzen, sie bedenken bestimmte Folgen und Szenarien nicht ausreichend (vgl. Löser 1995, S.67, 128f.).

*„- Auf die Frage: «Was möchtest Du später denn noch gern planen?» kam die Antwort: «Ich will mal zwei Kinder.» - «Und wie willst Du sie ernähren und aufziehen?» - «Ich bekomme ja Taschengeld.»“ (17 Jähriges Mädchen mit FAS, Löser 1995, S.129) -*

Ein Kind mit einem fetalen Alkoholsyndrom ist in seinem logischen Denken und in seiner Phantasie eingeschränkt. Sie lernen Regeln und verstehen Zusammenhänge nur schwer. Eine motorische Entwicklungsverzögerung liegt bei den betroffenen Kindern ebenfalls vor. Besonders die Feinmotorik ist

beeinträchtigt, dies zeigt sich oft beim Schreiben, Malen, Schuhe binden oder beim Zuknöpfen einer Jacke (vgl. Löser 1995, S.62f., 69).

Kinder mit FAS haben häufig Ticks oder Stereotypen wie, Nägelkauen oder Haare ausreißen. Auch das Sehen und Hören können gestört sein. Bei Berührungen erschrecken die Kinder sehr schnell und finden sie unangenehm, andere haben eine hohe Schmerzempfindlichkeit. FAS- Kinder gehen, wegen ihrer großen Risikobereitschaft, oft an ihre Grenzen. Darum bringen sie sich oft in Gefahr, zum Beispiel im Straßenverkehr (vgl. Löser 1995, S.67f., Feldmann 2014, S.8).

Auch in der Schule haben sie große Schwierigkeiten durch Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen. Meistens besuchen Kinder, bei denen FAS diagnostiziert wurde, eine Schule für lern- und geistig Behinderte. Viele Kinder schaffen es, durch die Entwicklungsverzögerungen und andere Schwierigkeiten, nicht auf die Realschule. Kinder mit FAS leben lange zu Hause, manchmal auch für immer. Andere kommen in ein betreutes Wohnen, jedoch benötigen sie immer Hilfe, da sie schnell an ihre Grenzen stoßen (vgl. Löser 1995, S.126ff.).

## *2. 4 Förderung eines Kindes mit FAS*

Eine spezielle Förderung für Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom gibt es nicht. Jedoch kann mit vielen Kleinigkeiten, der Umgang mit den betroffenen Kindern, einfacher werden und auch für die Kinder zum Lernerfolg führen.

*„Es erfordert ungewöhnlich viel Geduld, Liebe und Verständnis, ein hyperaktives Kind zu versorgen und mit ihm zu leben“*

*(Löser 1995, S.144).*

Für die Förderung eines Kindes mit FAS sollten bestimmte Rahmenbedingungen festgelegt werden. Im Durchschnitt sind die Kinder, nach einer Studie in der *Münsteraner FAS- Ambulanz*, im Alter von sechs Jahren diagnostiziert worden. Das heißt, gerade die schwierigen Jahre, ohne Diagnose, verbring-

en die Kinder im Kindergarten. Die Fachkräfte können somit die Therapie nicht auf die Behinderung, das fetale Alkoholsyndrom, abstimmen (vgl. Feldmann 2009).

Es gibt aber auch Kinder bei denen das FAS früher diagnostiziert wird (mit etwa einem Jahr), Ärzte und Pädagogen es annehmen können oder die Eltern recherchieren und es den Einrichtungen mitteilen, worauf sie dann zu einem Arzt gehen. Die betroffenen Kinder haben meistens schwerwiegende Entwicklungsstörungen, wodurch sie einen besonderen Förderbedarf haben. Zu Zeiten der Inklusion, sollen Kinder mit einer Behinderung, gemeinsam mit anderen Kindern gefördert werden (vgl. Kröling 2011, S.11ff.). Dies ist im Gesetz SGB VIII verankert: *„Kinder mit und ohne Behinderung sollen, sofern der Hilfebedarf dies zulässt, in Gruppen gemeinsam gefördert werden. Zu diesem Zweck sollen die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit den Trägern der Sozialhilfe bei der Planung, konzeptionellen Ausgestaltung und Finanzierung des Angebots zusammenarbeiten“ (§22a Abs. 4 SGB VIII).*

Wird ein Kind mit FAS in einem Regelkindergarten aufgenommen, sollte die Leiterin, mit Einverständnis der Eltern, einen Hilfestellungsantrag stellen, damit der besondere Förderbedarf des Kindes festgestellt werden kann. Danach kann eine Zusatzkraft beantragt werden, da die Kinder zu Hyperaktivität neigen, Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen haben und sich durch die Alkoholschädigungen weitere Schwierigkeiten entwickeln können, werden die pädagogischen Fachkräfte sonst schnell überfordert sein (vgl. Kröling 2011, S.31f.).

Weiter heißt es im KiTaG, dem Kindertagesbetreuungsgesetz in Baden-Württemberg: *„Kinder, die auf Grund ihrer Behinderung einer zusätzlichen Betreuung bedürfen, sollen zusammen mit anderen Kindern ohne Behinderung in Gruppen gemeinsam gefördert werden, sofern der Hilfebedarf dies zulässt“ (§2 Abs. 2 KiTaG).*

Wie im Gesetz beschrieben, sollen auch Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom mit den anderen Kindern gemeinsam gefördert werden. Den betroffenen Kindern soll eine klare Struktur gegeben werden, aber auch

genügend Freiraum. Kinder mit FAS brauchen einen gleichbleibenden Tagesrhythmus und Rituale, an die sie sich erinnern können. Die Kinder lernen langsam und vergessen wiederum sehr viel (vgl. Feldmann 2014, S.12ff.).

Da FAS- Kinder oft Aufmerksamkeitsstörungen haben, lernen und konzentrieren sie sich besser, in einer Gruppe mit weniger Kindern. Rückzugsorte und Räume für gezielte Arbeiten sind für Kinder mit FAS genauso wichtig wie für andere Kinder auch. Viel Platz in den Gruppen-räumen, im Garten oder Flur bedingt die Hyperaktivität der Kinder, da sie sich austoben müssen. Der perfekte Raum sollte also groß sein und wenige Ablenkungen bieten. Bildkarten sind für Kinder mit FAS eine besondere Hilfe, denn damit können sie gesprochene Worte mit etwas verbinden und verstehen schneller (vgl. Kröling 2011, S.29ff.).

Eine Zusatzkraft ist bei der Betreuung eines Kindes mit FAS von Vorteil, vor allem mit einer speziellen Ausbildung, wie die einer Heilpädagogin/ eines Heilpädagogen. Weiterhin sollten Ergo- und Logotherapeuten, Physiotherapeuten und Fachkräfte in Sozialpädiatrischen Zentren (wie zum Beispiel aus dem SPZ) hinzugezogen werden, um die einzelnen Förderbereiche der betroffenen Kinder abzudecken. *„Eine Therapie, im engeren Sinne [...] ist nicht möglich [...] (Löser 1995, S.142).“* Die pädagogischen Fachkräfte sollten ebenfalls die Beziehungsarbeit sehr ernst nehmen. Ein Kind mit FAS benötigt eine Bezugsperson, dadurch bekommt es Halt und Selbstvertrauen und kann so selbständiger im Alltag werden (vgl. Kröling 2011, S.31f.).

### **3. Praxisdarstellung**

In der Theorie werden viele Dinge beschrieben, wie ein Kind mit einem fetalen Alkoholsyndrom zu fördern ist. Damit ist nicht das fetale Alkoholsyndrom direkt gemeint, da jedes Kind anders ist und individuell gesehen werden muss. Sondern die einzelnen Förderbereiche, wie die Sprache, Motorik oder das Sozialverhalten. Wie genau jene Fördermöglichkeiten umgesetzt werden, wie es in der Realität aussieht, werde ich im Folgenden beschreiben.

### 3. 1 Alltag zu Hause und in der Einrichtung

Die meisten Kinder mit FAS leben in Pflegefamilien oder wurden adoptiert, daher gibt es viele Berichte von Adoptiveltern über ihre Kinder. Sie schreiben über das Leben mit FAS, Therapien und die Schulzeit.

Die betroffenen Kinder, hatten schon im Mutterleib eine schwere Zeit, durch den Alkoholkonsum der Mutter. Der Bericht über einen Jungen mit FAS, der bei seiner leiblichen Mutter aufwächst, zeigt wie schwer es ein betroffenes Kind schon während seiner ersten Lebensjahre haben kann. *„Michael kam am 9.3.1986 zur Welt. Er war ein kleines,leichtes Baby(deutlich unter 3000g) Weshalb er gleich in eine Kinderklinik verlegt wurde. Er wurde das erste halbe Jahr gestillt. Die leibliche Mutter hat während der Schwangerschaft bevorzugt Cognac getrunken und ihren ausschweifenden Lebensstil nicht geändert. Als Michael 1Jahr alt war,bekam er eine kleine Schwester. Michael wurde in seiner frühen Kindheit von der leiblichen Mutter vernachlässigt, die weiterhin gerne in Kneipen ging. Der Vater versuchte hier ausgleichend zu wirken,was Ihm Aufgrund seiner Berufstätigkeit nur mäßig gelang. (Er war der Ernährer der Familie) Die Eltern trennten sich als er zwei Jahre alt war. Die leibliche Mutter versorgte die Kinder weiterhin nur unzureichend und stellte Beide im Alter von 4 und 3 Jahren beim Vater und seiner neuen Lebensgefährtin vor die Tür,mit den Worten: Ich kann die Kinder nicht mehr brauchen,ich will auch leben“ ([http://fasd-deutschland.de/cms/upload/Betroffene/Leben\\_mit\\_FASD/Erfahrungsberichte/PDF/MichaelsBericht.pdf](http://fasd-deutschland.de/cms/upload/Betroffene/Leben_mit_FASD/Erfahrungsberichte/PDF/MichaelsBericht.pdf)).*

Eine Adoptivmutter berichtet von ihrer Tochter und den Therapien die sie ausprobierten, bis sie mit der *sensorischen Integrationstherapie* positive Veränderungen sahen. Die Therapie hilft dabei Reize besser aufzunehmen, sie zu verarbeiten und darauf zu reagieren. *„Wir haben inzwischen eine neue Therapeutin, die sich mit SI [sensorische Integrationstherapie] besonders beschäftigt und wir haben großes Glück gehabt, mit ihr arbeiten zu dürfen. So viele Strategien werden jetzt in unser Leben eingeführt. Ich habe gelernt, dass „Kauen“ fokussiert, „Saugen“ beruhigt, dass mein Kind viele verschiedene Dinge braucht, damit sie immer etwas zur Beschäftigungen für die Finger hat...“*

*Wir blasen Seifenblasen im Bad, wir bürsten die Haut mit verschiedenen Bürsten, wir blasen jetzt Fantasie-Seifenblasen wenn es Stress beim Einkaufen gibt. Das langsame, weiche, lange Blasen beruhigt und lenkt ab“ ([http://www.faskinder.de/02\\_folgen/erf\\_lisa.htm](http://www.faskinder.de/02_folgen/erf_lisa.htm)).*

Ein Kind mit FAS benötigt in allen Lebenslagen Hilfe. Die Kinder sind vergesslich und können wichtiges von unwichtigem nicht unterscheiden. „M. besuchte einen Regelkindergarten. Er hatte kaum Freunde. Auffällig war, dass er nur wenig Initiative beim Spielen entwickelte, ständig Animation benötigte und beschäftigt werden wollte.

*Zusammen mit unserer Tochter wurde M. in die Regelgrundschule eingeschult. Hier zeigten sich die ersten Probleme. In Sohnmanns Klasse wurde gesagt, dass sie nur die wichtigen Dinge mit nach Hause nehmen sollten. Somit trug er nur die leere Brotdose in der Schultasche nach Hause. Seine Schwester, die die Parallelklasse besuchte, trug ihm dann die Schulbücher hinterher und hatte auch seine Hausaufgaben notiert. Hausaufgaben waren immer ein großer Streitpunkt zu Hause, da er sie nicht für nötig erachtet“ (Interview mit einer Adoptivmutter, siehe Anhang).*

Da Kinder mit FAS meist zu klein sind und ihr Körper Dysmorphien oder Missbildungen aufweist, werden sie gehänselt und haben deshalb oft Schwierigkeiten im Kindergarten oder in der Schule. „Erst mit vier Jahren kam sie erst in den Kindergarten, weil sie vorher viel zu klein war, und diese Jahre waren die besten in ihrem Leben. Sie war immer die Kleinste, auch als sie fast zur Schule ging, aber sie wurde ‚Boss‘ genannt, weil sie sehr selbstbewusst war. Sie war zwar klein und dünn, aber sagte jedem, was er zu tun hatte. Das war eine ganz tolle Zeit für sie.

*Als Sinja in die Schule kam, ging es so langsam bergab mit ihr. Sie wurde ‚Omagesicht‘ oder ‚Affengesicht‘ genannt. Man sagte ihr: „Du bist zu klein. Du bist zu dünn. Du kannst nicht richtig reden.“ Sie war mittlerweile dreimal an der Gaumenspalte operiert worden. Dieses Kind, das früher so voller Leben gewesen war, fing an, mit gesenktem Kopf herumzulaufen. Keiner sollte ihr Gesicht sehen, weil sie Angst hatte, dass die Leute etwas zu ihr*

sagten wegen ihres Aussehens. Sie sprach mit keinem Fremden, weil sie von fremden Menschen nicht verstanden wurde, und es war ihr zuviel, dass die Leute immer: „Wie bitte?“ fragten - also hörte sie auf, mit Fremden zu reden“ ([http://www.faskinder.de/02\\_folgen/sinja.htm](http://www.faskinder.de/02_folgen/sinja.htm)).

Eine Erzieherin aus einem Sonderschulkindergarten berichtet über den Alltag eines Kindes mit FAS, die Förderung und Schwierigkeiten in der Einrichtung. „Es war bekannt, dass ihre Mutter Alkohol in ihrer Schwangerschaft getrunken hatte. Lea war sehr klein und auch ihr Kopf sah anderes aus. Sie lebte bei ihren leiblichen Eltern und war keines Falls verwahrlost, doch man merkte ihr an, dass sie in einigen Bereichen ihrer Entwicklung Probleme hatte. Lea bekam Logotherapie um ihre motorischen Fähigkeiten zu verbessern, Ergotherapie wegen der Verzögerung in ihrer Sprachentwicklung und ging zur Physiotherapie“ (Zusammenfassung des Interviews mit einer Erzieherin, siehe Anhang).

Ein weiteres Fallbeispiel zeigt, dass Kinder mit FAS ganz individuell betrachtet werden müssen und manchmal schon die einfachsten Methoden helfen können, um dem Kind seinen Alltag zu erleichtern. „A. war ein sehr kleines Kind, das durch motorische Unruhe stark auffiel. Er war immer in Bewegung und konnte kaum still sitzen. Sein Kopf wies die typischen Merkmale eines Kindes mit FAS auf. Als er 4 Jahre alt war, wurde FAS bei ihm diagnostiziert. Seine Sprachentwicklung war sehr stark verzögert, so dass er nur nonverbal kommunizieren konnte. Er zeigte häufig aggressives Verhalten, besonders in Situationen, in denen er sich durch zu viele Eindrücke überfordert fühlte oder sich unverstanden fühlte. Häufig kam es zu Situationen, in denen er die schwerbehinderten Kinder von Stühlen stieß, sie schlug oder biss.“ [...] „Wir haben dann festgestellt, dass er häufig Auszeiten brauchte und „Nischen“ in denen er zur Ruhe kommen konnte. Er hatte dann eine Art Regentonne entdeckt, die an beiden Seiten offen war. Mit einem großen Kissen hat er sich dann oft freiwillig dort hineingelegt und geschaukelt. Auch eine große Hängematte gab ihm die notwendige Begrenzung. Öfters im Tagesablauf rollten wir A. in eine Gymnastikmatte ein, aus der er sich selbst wieder ausrollen konnte. Massagen und andere



*sensorische bzw. basale Stimulationen halfen dabei, dass A. „zu sich finden“ konnte und sich etwas beruhigte“ (Fallbeispiel eines Kindes mit FAS, siehe Anhang).*

Der Bericht einer Adoptivmutter über die Situation in Kindergärten bei der Betreuung von Kinder mit FASD, zeigt einen Alltag der gegeben sein sollte. *„Ein Kind mit FAS benötigt eine Zusatzkraft, jedoch sollte jedes Kind individuell betrachtet werden. Eine heilpädagogische Fachkraft, die das betroffene Kind im Kindergartenalltag begleitet und bei Aktivitäten unterstützt, ist eine große Hilfe für das Kind. Angebote sollten an den Entwicklungsstand des Kindes mit FAS angepasst werden, damit es ebenfalls daran teilhaben kann. Frühförderung bereitet ein Kind auf den Kindergarten vor und Ergo- und Logotherapie sollten ebenfalls schon vor dem Besuch des Kindergartens beginnen. Die meisten Kinder mit FAS kommen mit etwa vier Jahren in eine Kindertagesstätte. Da sie kleiner sind als andere Kinder in ihrem Alter und die Entwicklung in verschiedenen Bereichen verzögert ist, ist das spätere Eintrittsalter ein Vorteil für die Kinder.*

*In einem Mitteilungsheft sollten regelmäßige Termine für Treffen zwischen Eltern und Fachkräften, Schwierigkeiten im Alltag und sonstige wichtige Informationen festgehalten werden. Gespräche über den Entwicklungsschritt, Schwierigkeiten und Auffälligkeiten, des Kindes, sind unvermeidlich“ (Zusammenfassung des Interviews mit einer Adoptivmutter, siehe Anhang).*

Die Fallbespiele und Berichte zeigen, wie schwer es sein kann mit einem Kind mit FAS zu leben und es zielgerecht zu fördern. Jedoch hat jedes Kind mit einer Behinderung das Recht auf eine Förderung in Kindertageseinrichtungen. *„Das Problem besteht allerdings darin, dass Kinder mit einer Fetalen Alkoholspektrum-Störung in einer Regelkindertagesstätte häufig deutlich überfordert sind und nicht bedarfsgerecht gefördert werden können [...] In einer heilpädagogischen Kindertageseinrichtung bzw. einer Integrationskindertageseinrichtung können dagegen in der Regel interdisziplinäre Leistungen für die Kinder angeboten werden, weil dort eine Auswahl verschiedener Fachkräfte zusammenarbeitet“ (Schindler 2013, S.27).*

In meinen Interviews und meiner Recherche fiel mir auf, dass viele Eltern/ Adoptiveltern und pädagogische Fachkräfte nicht genügen oder fast nichts, über das fetale Alkoholsyndrom wissen. Wie sollen diese Kinder so gefördert werden?

### *3. 2 Unterstützung von außen*

Die Diagnose und auch erste Hilfe bekommen Eltern und Adoptiveltern von Kindern mit FAS in sozialpädiatrischen Zentren. Diese werden auch später noch, für viele betroffene Kinder und ihre Eltern, eine Anlaufstelle sein. Um jedes Kind individuell zu fördern, benötigen pädagogische Fachkräfte und Eltern Hilfe von außen.

Um nicht behebbare Sprachproblem zu verbessern, sind Logopäden eine große Hilfe. Sie arbeiten an der Zungenmotorik, den Problemen beim Schlucken, der Atmung und weiteren Methoden, die im Zusammenhang des Spracherwerbs wichtig sind. Auch Heilpädagogen und Psychotherapeuten können in verschiedenen Bereichen unterstützen, wie zum Beispiel bei sozial- emotionalen Störungen. Dazu gehört auch eine Spiel- oder Musik-Therapie. Bei der Spieltherapie geht es darum, dass die Kinder ihr Verhalten unter Kontrolle bekommen und erlebtes verarbeiten. *„Die Musiktherapie hat das Ziel, die seelische, körperliche und geistige Gesundheit zu fördern“* (Günther 2003, S.80). In der Spieltherapie sollen Emotionen kontrolliert und verarbeitet werden (vgl. Günther 2003, S.78ff.).

Ergotherapie sollte ein weiterer Bestandteil der Förderung eines Kindes mit FAS sein, um Alltagsverrichtungen zu unterstützen. Ein Teil der Ergotherapie ist die sensorische Integrationstherapie. Sie hat zum Ziel, den Kindern die Möglichkeit zu geben, ihre Entwicklungsverzögerung aufzuholen. Durch spielerische Lernsituationen und Impulse soll das Kind in seinen verschiedenen Entwicklungsbereichen gefördert werden (vgl. Stanetzki 2010). Viele betroffene Kinder sind in ihren motorischen Fähigkeiten eingeschränkt, besonders im Feinmotorischen Bereich, darum sollten spezielle Übungen von Physiotherapeuten mit den Kindern durchgeführt werden, um diese zu verbessern und zu koordinieren (vgl. Günther 2003, S.79f.).

Eine weitere Therapieform ist die Motopädie. Diese Therapie beschäftigt sich mit der Gesamtpersönlichkeit des Kindes. Um die Ziele zu erreichen, werden hauptsächlich Bewegungserlebnisse verwendet. Die Förderung durch Motopädie beginnt immer bei den Fähigkeiten und Bedürfnissen eines Kindes. Sie richtet ihre Maßnahmen nach dem Kind, um zu erreichen, dass die Bewegung und Leistung des Kindes und das sozial-emotionale Verhalten sich verbessert (vgl. Gromer 2005, S.59ff.).

Zu den Ärzten der betroffenen Kinder sollte ebenfalls ein enger Kontakt bestehen, da FAS- Kinder oft Medikamente benötigen. Dies liegt meistens an der Hyperaktivität, die aber nicht bei allen vorhanden ist und auch nicht bei jedem Kind, so ausgeprägt ist, dass sie behandelt werden muss. Zusatzkräfte sind für eine Regeleinrichtung, die ein Kind mit FAS betreut, fast unabdingbar (vgl. Kröling 2011, S.11f.).

Wie bereits erwähnt, sollte die Leitung der Einrichtung einen Hilfestellungsantrag stellen, um den speziellen Förderbedarf des betroffenen Kindes festzustellen, damit das benötigte Fachpersonal und Hilfen bewilligt werden können (vgl. Kröling 2011, S.11).

#### **4. Verknüpfung von Theorie und Praxis**

Die bestehende Praxissituation, der Alltag von Kindern mit FAS, zu Hause und in den Einrichtungen ist auch heute noch von sehr viel Selbstrecherche geprägt. Die Praxis lässt mit einem Blick auf die Theorie nach H. Löser, R. Feldmann und Spohr, noch einiges zu wünschen übrig. Durch das Unwissen der pädagogischen Fachkräfte und die Ratlosigkeit der Eltern, sind die schwierigen Jahre vorprogrammiert.

##### *4. 1 Wie wird die Theorie angewandt?*

In der Theorie wird das fetale Alkoholsyndrom als geistige Behinderung mit Konzentrationsschwächen, Wahrnehmungsstörungen, Sprachentwick-

lungsverzögerungen, Hyperaktivität, motorischen Störungen, Verhaltensstörungen und verschiedenen Schwierigkeiten in Bereichen wie dem Erinnerungsvermögen, der Risikobereitschaft, dem logischen Denken und den Emotionen beschrieben (vgl. Löser 1995, S.59- 69).

Es werden verschiedene Fördermaßnahmen angegeben, die sich jedoch nicht direkt auf das fetale Alkoholsyndrom beziehen, da es keine spezielle Förderung dafür gibt. Jedoch kann der Alltag eines Kindes mit FAS, durch Förderung in den verschiedenen Entwicklungsbereichen erleichtert werden. Einige Verzögerungen können aufgeholt werden und mit speziellen Maßnahmen lernen die Kinder mit ihrer Behinderung zu leben. Diese sind zum Beispiel: Die Ergo- oder Logotherapie, die Physiotherapie oder die Mototherapie (vgl. Kröling 2011, S.28ff.).

Wie in der Praxisdarstellung beschrieben, haben nur wenige Eltern und pädagogischen Fachkräfte ein Wissen über das fetale Alkoholsyndrom. Da aber auch die Diagnose erst spät (durchschnittlich im Alter von sechs Jahren) gestellt wird, werden die Fachkräfte nicht direkt damit konfrontiert. In sonderpädagogischen Einrichtungen, werden die Kinder mit FAS wegen ihrer Defizite und Entwicklungsverzögerungen aufgenommen und auch genau jene, werden therapiert. Somit ist die Behinderung in der Theorie gut beschrieben, jedoch wird sie in der Praxis, durch mangelndes Wissen, nicht umgesetzt.

FAS- Kinder in einer Regeleinrichtung überfordern Erzieher und Erzieherinnen, sollte nicht eine Integrations- oder Zusatzkraft im Haus sein. Eine optimale Förderung bekommen die Kinder aber in einer sonderpädagogischen Einrichtung, da in ihr all die Rahmenbedingungen und Therapiemöglichkeiten gegeben sind, die sie benötigen:

- Ergotherapeuten und -therapeutinnen
- Logotherapeuten und -therapeutinnen
- Physiotherapeuten und -therapeutinnen
- Heilpädagoginnen und -pädagogen
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ innen

- Rückzugsräume, Snoozel- und Schlafräume
- verschiedene Therapieräume (Musik, Sprache, Sehförderung)
- viel Platz in den Gruppenräumen, ein großes Außengelände
- Hilfsmittel (Rollstuhl, etc.)
- kleine Gruppen (etwa fünf Kinder)
- Personalschlüssel 1: 2 (vgl. Kröling 2011, S.28ff.)

Um ein Kind mit FAS bestmöglich zu fördern, sind die angegebenen Punkte besonders wichtig. Es sollte aber auch ein gleichbleibender Tagesablauf gegeben sein. Diesen werde ich im Folgenden, anhand der Theorie und der Fallbeispiele der Eltern, der Adoptiveltern und Erzieher/innen beschreiben.

FAS- Kinder sollten mit Ritualen und in Begleitung durch den Tag geführt werden. Jeden Tag gibt es zur gleichen Zeit Frühstück, bei dem das Kind zwar in seiner Selbstwirksamkeit gestärkt werden, es sich aber auch an Regeln halten soll.

#### Beispiele für Regeln während des Essens:

- Während dem Essen bleibt man auf seinem Platz
- Mit vollem Mund spricht man nicht
- Es darf nichts durch den Raum geworfen werden

Da Kinder mit FAS ein kleines Erinnerungsvermögen haben und sich nur wenig merken können, sollten die Regeln für das betroffene Kind sichtbar sein. Mit Bildkarten, lässt sich mit einem FAS- Kind gut arbeiten. Auch wenn die Kinder Regeln und Rituale verinnerlicht haben, können sie sie in der Situation oft nicht anwenden. Darum braucht man mit den Kindern viel Geduld. Bildkarten sind auch im weiteren Tagesverlauf, eine gute Möglichkeit um dem Kind, auch durch die visuelle Wahrnehmung, Hilfe zukommen zu lassen (vgl. Kröling 2011, S.31).

#### Beispiele für Bildkarten im Tagesverlauf

- beim Zähneputzen
- beim Anziehen
- beim Aufräumen

Da Kinder mit FAS oft Hyperaktiv sind, brauchen sie viel Platz und gezielte Bewegungsangebote um sich auszuleben. Auf der anderen Seite benötigen sie Rückzugsräume, an denen sie ganz für sich sein können. Auch wenn die Kinder Regeln brauchen, um durch den Tag zu kommen, muss man ihnen ihre Freiheiten geben. Eine Integrations- oder Zusatzkraft sollte das Kind in der Einrichtung immer begleiten, um ihm Unterstützung bei gezielten Angeboten zu geben (vgl. Kröling 2011, S.30f.).

#### *4. 2 Zusammenarbeit mit den Eltern*

*„In einem Mitteilungsheft sollten regelmäßige Termine für Treffen zwischen Eltern und Fachkräften, Schwierigkeiten im Alltag und sonstige wichtige Informationen festgehalten werden. Gespräche über den Entwicklungsschritt, Schwierigkeiten und Auffälligkeiten, des Kindes, sind unvermeidlich“  
(Zusammenfassung des Interviews mit einer Adoptivmutter, siehe Anhang).*

Da viele Kinder mit FAS in eine Regeleinrichtung gehen, ist hier keine spezielle Elternarbeit zu erkennen. Jedoch wird auch dort, durch Vermittlung, Beratung und unterschiedliche Fördermaßnahmen, die bestmögliche Förderung des Kindes, zu erreichen versucht. Schwierig ist aber, dass viele pädagogische Fachkräfte, gerade in einer Regeleinrichtungen, nicht das Wissen über das fetale Alkoholsyndrom besitzen, um den Eltern ausreichende Hilfen anzubieten (vgl. Zusammenfassung des Interviews mit einer Adoptivmutter, siehe Anhang).

Eine optimale Betreuung erhalten Kinder mit FAS in einer sonderpädagogischen Einrichtung, da dort pädagogische Fachkräfte aller Bildungsrichtungen vorhanden sind. Ein Mitteilungsheft, ist eine Möglichkeit der Elternarbeit. In ihm werden wichtige Informationen für die Eltern festgehalten und auch die Eltern selbst schreiben Dinge für die Fachkräfte hinein. So wird der optimale Austausch, zwischen Elternhaus und Einrichtung, über das Kind gewährleistet.

## 5. Fazit

Jedes Jahr kommen etwa 4000 Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom zur Welt. Über die Hälfte dieser Kinder wächst bei Pflege- und Adoptiveltern auf, die bei der Aufnahme der Kinder nicht ahnen, was auf sie zukommt. In der Theorie wird die geistige Behinderung, verursacht durch den Alkoholkonsum der Mutter, ausführlich, durch Löser, Spohr, etc. beschrieben. Vereine von Adoptiveltern, betroffene Menschen informieren die Welt über das fetale Alkoholsyndrom.

Und noch immer trinken *„mindestens 12 Prozent der Frauen während der Schwangerschaft ein - oder mehrmals im Monat Alkohol“* (Schröder 2010). Die Unsicherheiten und das Unwissen der Eltern und Fachkräfte, der Öffentlichkeit führen dazu, dass immer mehr Kinder mit FAS auf die Welt kommen. Manche davon werden erst mit sechs Jahren diagnostiziert, viel zu spät. Für das fetale Alkoholsyndrom gibt es keine spezielle Therapie oder Förderung. Jedoch können die einzelnen Verzögerungen in den unterschiedlichen Entwicklungsbereichen verbessert werden. Dafür gibt es viele Therapiemaßnahmen, wie zum Beispiel die Logotherapie, die Mototherapie oder verschiedene Formen der Ergotherapie.

Eine optimale Betreuung lässt sich also nur erreichen, wenn Therapiemöglichkeiten, Beratung und das Wissen der Fachkräfte vorhanden sind. Die Kinder mit FAS werden nach ihrem individuellen Förderbedarf gefördert. Eine Zusatzkraft ist unabdingbar, da die Kinder Unterstützung in allen Lebenslagen benötigen. Angebote in der Einrichtung müssen angepasst werden, Bildkarten sind eine große Hilfe. Immer wieder muss man FAS- Kinder etwas sagen und auch dann, haben sie es vielleicht verstanden, können sie es aber nicht in der richtigen Situation anwenden.

Ein Kind mit FAS hat es sein ganzes Leben schwer, jedoch wird es von Eltern, Adoptiveltern und Fachkräften bestmöglich unterstützt und gefördert. Nach meinen Recherchen und Interviews bin ich mir sicher, dass sie sich die größte Mühe geben werden.

Das fetale Alkoholsyndrom, ist eine Behinderung, das ist nicht zu leugnen. Warum also wird es nicht in den Fachbüchern, aus denen zukünftige Erzieher und Erzieherinnen lernen, aufgenommen. Schließlich stehen andere Behinderungen, wie das Downsyndrom, ebenfalls darin. Dies ist eine mir unerklärliche Frage, da FAS so häufig vorkommt. Auch wenn es oft so unscheinbar ist und man nicht sofort sehen kann, dass ein Kind darunter leidet, ist es doch etwas worüber gesprochen werden muss, um die Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom, nach ihren Bedürfnissen fördern zu können.



Abbildung 3: Fallbeispiel David, 10 Jahre alt (Hogenboom 2010, S.78)



## Anhang

Anhang 1: Interview mit einer Adotivmutter

Anhang 2: Zusammenfassung des Interviews mit einer Erzieherin

Anhang 3: Zusammenfassung des Interviews mit einer Adoptivmutter

Anhang 4: Bist du bereit?

Anhang 5: Fallbeispiel eines Kindes mit FAS

## Interview mit einer Adoptivmutter 2015

### für die Facharbeit: "Förderung von Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom in Kindertagesstätten."

Frage 1: Der Verein *fasd Deutschland* ist ein Zusammenschluss von vielen verschiedenen Personen. Wer genau arbeitet an dieser Website? Mit wem genau kooperieren sie?

Adoptivmutter: „*Der Vorstand des Vereines arbeitet an der Webseite. Wir kooperieren mit vielen Partnern, angefangen bei den SPZ, den Spezialambulanzen, den Therapeuten und, und, und...*“

Frage 2: Auf ihrer Website sind mir Fallbeispiele aufgefallen. Woher haben sie diese Beispiele? Die Kinder und Eltern bei ihnen, haben sehr persönlich erzählt. Gehören diese Personen auch zu ihrem Verein?

Adoptivmutter: „*Das sind sehr persönliche Erlebnisse der Eltern die zum Verein gehören.*“

Frage 3: Glauben sie, ich könnte durch sie, Kontakt zu einem der Eltern oder Kinder herstellen und auch mit diesen ein Interview führen?

Adoptivmutter: „*Diese Fragen werden gerade von einer Adoptivmutter, Pflegemutter und Erziehungsstelle von vier Kindern mit FAS beantwortet.*“

Frage 4: Können sie mir einen Fall, eines Kindes mit FAS beschreiben? Wie kam es zur Diagnose? Lebt dieses Kind bei seinen leiblichen Eltern? Bekommt dieses Kind eine spezielle Förderung und wird auch der Familie geholfen?

Adoptivmutter: „*Volljährig werden, aber nicht erwachsen sein*

*Wenn man Pflegeeltern wird, möchte man sein Pflegekinder in eine selbstbestimmtes, eigenverantwortliches Leben führen. Doch einige Pflegekinder haben neben einem Trauma und einer Bindungsstörung noch eine Fetale Alkoholspektrumstörung, durch vorgeburtlichen Alkohol erhalten. So sollte man sich als Pflegeeltern die Zeit nehmen, Abschied zu nehmen*

## Anhang 1

*von diesem Ideal, es auch betrauern und dann Ziele suchen, die dem Kind entsprechen. Hier nun ein Teil der Geschichte unseres ältesten Pflegekindes:*

*Im Jahr 1988 wurden wir Pflegeeltern eines kleinen, zarten dreijährigen Jungen, seitdem ist unser Leben eine stetige Achterbahnfahrt. M. war am Anfang sehr viel krank, er hatte ständig Bronchitis und Durchfälle, so dass der Verdacht bestand, dass er an Mukoviszidose erkrankt sein könnte. Es folgten viele Aufenthalte im Kinderhospital um zu einer Diagnose zu gelangen. Viele medizinische Tests wurden durchgeführt, jedoch konnte man keine konkrete Ursache für diese stetigen Infekte ausmachen. Auch heute hat er noch gesundheitliche Probleme.*

*Die Entwicklung von M. verlief ganz anders, als die unserer beiden leiblichen Kinder. Er war distanzlos, bettelte Leute auf der Straße um Essen an (jeder glaubte ihm, dass er nicht ausreichend zu essen bekam, da er stark untergewichtig und sehr zart war).*

*M. besuchte einen Regelkindergarten. Er hatte kaum Freunde. Auffällig war, dass er nur wenig Initiative beim Spielen entwickelte, ständig Animation benötigte und beschäftigt werden wollte.*

*Zusammen mit unserer Tochter wurde M. in die Regelgrundschule eingeschult. Hier zeigten sich die ersten Probleme. In Sohnmanns Klasse wurde gesagt, dass sie nur die wichtigen Dinge mit nach Hause nehmen sollten. Somit trug er nur die leere Brotdose in der Schultasche nach Hause. Seine Schwester, die die Parallelklasse besuchte, trug ihm dann die Schulbücher hinterher und hatte auch seine Hausaufgaben notiert. Hausaufgaben waren immer ein großer Streitpunkt zu Hause, da er sie nicht für nötig erachtete.*

*Um weiteren Problemen mit den Hausaufgaben zu entgehen und das Verhältnis zwischen M. und mir zu entlasten, haben wir ihn im Anschluss an die Grundschulzeit in einer Ganztagschule angemeldet. Jedoch verweigerte er sich dort auch den zu erledigenden Wochenplänen, so dass wir das*

## Anhang 1

*Experiment Ganztagschule beendeten und ihn auf die Hauptschule schickten. Hier konnte er seine Schullaufbahn mit der mittleren Reife abschließen. Während der kompletten Schulzeit an der Hauptschule erfolgte eine beständige Zusammenarbeit mit der sehr engagierten Klassenlehrerin.*

*Da M. keine Idee hatte, welche Ausbildung ihm Freude machen würde, machte ich einen Termin bei der Berufsberatung des hiesigen Arbeitsamtes. Dem Berufsberater erklärte M., dass er seine Berufswahl nach dem Ausschlussverfahren einschränken wollte:*

- *er möchte nicht mit Menschen arbeiten*
- *er möchte nicht im Büro arbeiten*
- *er möchte nicht draußen arbeiten*
- *er möchte nicht körperlich arbeiten*

*Da man mit 16 Jahren noch nicht sofort in Rente gehen kann, schlug der Berufsberater vor, dass er sich doch medizinisch und psychologisch testen lassen sollte, damit man dann seine besonderen Neigungen feststellen könne. Heraus kam, dass M. besondere Fähigkeiten im naturwissenschaftlichen Bereich hätte. Mit seinen guten Schulnoten im Fach Chemie empfahl man ihm eine Ausbildung zum Chemikanten. M. schrieb drei Bewerbungen, (er hatte auch nur drei Passfotos, die ja, so M., bei Ablehnung zurück kämen und dann könnte man ja die weiterbenutzen), bekam dann von einer Firma eine Einladung zum Vorstellungsgespräch. Hier konnte er dann auch seine Ausbildung zum Chemikanten beginnen.*

*M. begann ganz optimistisch seine Ausbildung. Er war der Ansicht, dass er vieles besser wusste als sein Ausbilder und somit kam es zu den ersten Reibungspunkten und zu vielen Gesprächen mit uns. Hinzu kam, dass M. Anweisungen/ Sicherheits- Anweisungen nicht befolgte. So vergaß er häufig, wenn er in der Galvanik arbeitete, Handschuhe anzuziehen wenn er Wasserhähne aus dem Vergoldungsbad holen sollte. Die Firma bemühte sich sehr aber M. machte immer wieder die gleichen Fehler, seine Finger waren häufig vergoldet. Während dieser Ausbildung wurde uns Eltern nachhaltig bewusst, dass M. bei der Gestaltung seines Alltags Hilfe und*

## Anhang 1

*Unterstützung benötigte. Er konnte nicht mit Geld umgehen. Wenn er Bargeld hatte, brannte es ihm Löcher in die Hosentaschen. Da wir zwei jüngere Pflegekinder haben, die Diagnose FAS haben, vermuteten wir bei M. es auch. Im Alter von 19 Jahren stellten wir M. in der Universitätsklinik Münster in der FAS Ambulanz vor. Er erhielt dort auch die Diagnose FAS. Etwas was wir lange geahnt, vermutet, diskutiert hatten, wurde nun bestätigt. Auf der Heimfahrt sagte M.: „Endlich weiß ich warum ich anders bin, wie die anderen, warum ich vieles nicht kann.“*

*Wir beantragten, dass M. einen Betreuer für Bereiche des alltäglichen Lebens erhielt, wie Vermögen, Gesundheit und Aufenthaltsbestimmungsrecht und was für uns ganz wichtig war, da er auf Grund seiner Naivität sehr verleitbar war, den Einwilligungsvorbehalt, so dass Verträge nur dann rechtskräftig sind, wenn der Betreuer mit unterschreibt. Nach etwas über einem Jahr wurde das Ausbildungsverhältnis gelöst, nachdem er das Abwasser in den Fluss geleitet hatte.*

*Da ich im Vorfeld schon Gespräche mit dem Arbeitsamt geführt hatte, konnte M. in eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, wo er in vielen Praktika verschiedene Berufsfelder kennenlernen konnte. M. entdeckte den Beruf des Koches für sich und konnte in dem Betrieb, in dem er sein Praktikum gemacht hatte, seine Ausbildung beginnen. Auch hier wurde wieder deutlich, dass M. nur schlecht Anweisungen folgen konnte. Zum Glück hatte er einen Ausbilder, der ihm klare Strukturen vorgab und so konnte er seine Ausbildung erfolgreich beenden.*

*Im Anschluss an die Ausbildung war M. arbeitslos. Er wollte auch nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, da er dort nicht ausreichend verdiente. „Für das bisschen Geld stehe ich doch nicht auf, da kann ich besser im Bett bleiben“, und das tat er dann auch.*

*Gelegentlich musste er mir im Haushalt zur Hand gehen. So zum Beispiel wenn ich mit einem anderen Kind zum Arzt unterwegs war. M. sollte für unsere Familie das Abendessen kochen. Es sollte Fisch mit Kartoffelbrei und Spinat geben. Da wir nun eine Großfamilie sind, kaufte ich immer*

## Anhang 1

*Großpackungen. Es waren 5 kg Fischfilet in der Packung! M. taute den Fisch komplett auf und kochte 3 Kartoffeln. Er fand, es war für 9 Personen ausreichend, nur mochten wir alle nicht so viel Fisch wie er zubereitet hatte.*

*M. besuchte im darauf folgenden Schuljahr die zweijährige Fachoberschule Hauswirtschaft und schaffte dort mit dem geringsten Einsatz die Fachhochschulreife. Im Anschluss daran wollte er Betriebswirtschaft studieren, doch leider reichte dafür im ersten Anlauf sein Notendurchschnitt nicht. Es folgten einige Wartesemester.*

*Nachdem M. fast ein Jahr lang täglich 22 Std. im Bett verbracht hatte, meinte mein Mann, dass es Zeit wäre, dass M. wieder einer geregelten Beschäftigung nachging. Und tatsächlich fand M. eine Anstellung als Fahrer einer Firma, die Tiefkühlkost nach Hause lieferte. Leider lieh er sich Geld aus dem Portemonnaie der Firma und bediente sich an der Tiefkühlkost, die er dann im Führerhaus auftaute und dort vergaß bis sie Haare bekam.*

*Während dieser Zeit wurde M. 25 Jahre alt. Wir beschlossen, dass nun der Zeitpunkt gekommen war, dass er sich verselbstständigte. Da uns aber bewusst war, dass er noch nicht ohne Hilfe leben konnte, suchten wir einen Träger für das ambulant betreute Wohnen. Gleichzeitig wechselte die Betreuung auf einen Berufsbetreuer. Am Anfang freute sich M. auf die große Freiheit, auf die eigene Wohnung. Es ging dann sehr schnell, dass der Antrag auf ambulant betreutes Wohnen bewilligt wurde und eine Wohnung gefunden und eingerichtet wurde. M. bekam Angst, hinzu kam, dass seine Freundin die Beziehung beendete und er drohte mit Suizid. Er wurde in die Psychiatrie eingeliefert. Während des Aufenthaltes in der Psychiatrie wurde seine Wohnung eingerichtet, so dass er direkt im Anschluss dort einziehen konnte.*

*M. lebt nun allein im ambulant betreuten Wohnen, mit einer Betreuung von 6 Std. in der Woche. Das ist leider viel zu wenig, er droht immer wieder zu verwaarloosen. Er hat immer noch einen Betreuer für die Dinge des Alltags.*

## Anhang 1

*Weiterhin hat er sehr hohe Pläne für seine Zukunft, die in der Regel wie Seifenblasen zerplatzen.*

*Wir sind auch heute als ehemalige Pflegeeltern seine erste Anlaufadresse, wenn etwas ihm misslingt wenn er Unterstützung benötigt.“*

Frage 5: Wie oft kommt es vor und warum, dass Kinder mit FAS in eine Pflegefamilie kommen oder adoptiert werden?

*Adoptivmutter: „Relativ häufig, da es häufig am Anfang nicht bekannt ist. Vieles wird von den Institutionen nicht korrekt wahrgenommen bei Hausbesuchen z.B. und vieles können die Familien tarnen.“*

Frage 6: Können sie mir sagen, welche Förderangebote es für die betroffenen Kinder gibt und wie diese aussehen? Warum benötigen diese Kinder eine spezielle Förderung?

*Adoptivmutter: „Eigentlich funktionieren bei unseren Kindern Dinge aus der Ergotherapie, und aus dem Programm für Autisten oder ADHS lern gut, aber auch Dinge aus der Demenzhilfe.*

*Eine spezielle Förderung gibt es noch nicht.“*

Frage 7: Melden sich bei Ihnen viele Familien, Kinder oder andere betroffene Menschen? Leiten sie die Menschen weiter? Wohin?

*Adoptivmutter: „Ja viele. Ca. 1000, häufig reicht es ihnen zu zuhören und ihnen Tipps für den Alltag zu geben.*

*Da wo sie gerade Hilfe benötigen zu den Diagnostikzentren, in die Beratungszentren, in die Ämter.“*

**Zusammenfassung des Interviews mit einer Erzieherin  
(Schulkindergarten für körperbehinderte Kinder) 2015**

**für die Facharbeit: "Förderung von Kindern mit fetalem  
Alkoholsyndrom in Kindertagesstätten."**

Vor etwa 20 Jahren kam Lea (\*Name geändert) mit zwei Jahren in die Einrichtung. Es war bekannt, dass ihre Mutter Alkohol in ihrer Schwangerschaft getrunken hatte. Lea war sehr klein und auch ihr Kopf sah anderes aus. Sie lebte bei ihren leiblichen Eltern und war keines Falls verwahrlost.

Man merkte ihr jedoch an, dass sie in einigen Bereichen ihrer Entwicklung Probleme hatte. Lea bekam Ergotherapie um ihre motorischen Fähigkeiten zu verbessern, Logotherapie wegen der Verzögerung in ihrer Sprachentwicklung und ging zur Physiotherapie.

Als Lea sechs Jahre alt war, kam sie in die Schule. Auch bis dahin wurde keine Diagnose gestellt.



## **Zusammenfassung des Interviews mit einer Adoptivmutter 2015**

### **für die Facharbeit: "Förderung von Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom in Kindertagesstätten."**

Ein Kind mit FAS benötigt eine Zusatzkraft, jedoch sollte jedes Kind individuell betrachtet werden. Eine heilpädagogische Fachkraft, die das betroffene Kind im Kindergartenalltag begleitet und bei Aktivitäten unterstützt, ist eine große Hilfe für das Kind. Angebote sollten an den Entwicklungsstand des Kindes mit FAS angepasst werden, damit es ebenfalls daran teilhaben kann. Frühförderung bereitet ein Kind auf den Kindergarten vor und Ergo- und Logotherapie sollten ebenfalls schon vor dem Besuch des Kindergartens beginnen. Die meisten Kinder mit FAS kommen mit etwa vier Jahren in eine Kindertagesstätte. Da sie kleiner sind als andere Kinder in ihrem Alter und die Entwicklung in verschiedenen Bereichen verzögert ist, ist das spätere Eintrittsalter ein Vorteil für die Kinder.

In einem Mitteilungsheft sollten regelmäßige Termine für Treffen zwischen Eltern und Fachkräften, Schwierigkeiten im Alltag und sonstige wichtige Informationen festgehalten werden. Gespräche über den Entwicklungsschritt, Schwierigkeiten und Auffälligkeiten, des Kindes, sind unvermeidlich.

Vielen pädagogischen Fachkräften, fehlt das Wissen über FASD. Den meisten sind nur die negativen Beispiele über die betroffenen Kinder bekannt. Wie das Krankheitsbild aussieht, welche Schwierigkeiten ein Kind mit FASD haben kann und welche Probleme sich im Alltag auftun, ist vielen unbekannt.

Das fetale Alkoholsyndrom sollte, genau wie das Downsyndrom, in die Lehrbücher aufgenommen werden. Es ist ein Krankheitsbild das pädagogische Fachkräfte immer öfter betreffen wird, darum sollten sie darüber auch informiert sein.

## Bist Du bereit?

### Du willst ein Kind mit FASD adoptieren oder in Pflege nehmen?

Dann frag dich selber, ob.....

- ☞ du bereit bist, dein jetziges Leben für immer aufzugeben und Stunden um Stunden damit zu verbringen, dich selber über FASD fortzubilden?
- ☞ du bereit bist, viele eurer Freunde zu verlieren, weil sie nicht mit deinem Kind umgehen können?
- ☞ du bereit bist, auf viele soziale Aktivitäten zu verzichten, weil du keinen Babysitter finden kannst?
- ☞ du bereit bist, damit klar zu kommen, dass die Zeit als Paar sehr begrenzt sein wird?
- ☞ du bereit bist, dein Kind doch zu einer Einladung mitzunehmen, obwohl du weißt, dass du höchstwahrscheinlich schon dort oder später dafür mit Hyperaktivität, Wutausbrüchen und unsozialem Verhalten konfrontiert wirst?
- ☞ du bereit bist, auf dein Kind immer aufzupassen, unendlich viel mehr, als auf ein Kind ohne FASD?
- ☞ du bereit bist, Sozialarbeiter, Lehrer, Ärzte und Therapeuten, die wenig über FASD wissen und die eigentlich auch nicht interessiert sind, über FASD aufzuklären?
- ☞ du bereit bist, immer auf der Seite deines Kindes zu stehen, für das Kind zu sprechen und es zu verteidigen, manchmal täglich, auch wenn du dabei als überfordert und neurotisch abgestempelt wirst?
- ☞ du bereit bist, Fenster, Schränke, Türsicherung und Feueralarm zu Hause zu installieren, um euch, euer Kind und euer Heim zu sichern?
- ☞ du bereit bist, in einem Haus zu leben, wo Tapeten abgerissen worden ist, Schränke kaputt gemacht werden, Gardinen runter gerissen werden und es kaum einen Flecken Tapete gibt, der nicht angemalt worden ist, wo Geld und alles was wertvoll ist, weggeschlossen werden muss?
- ☞ du bereit bist, einem Kind fünf mal das Gleiche zu sagen, bevor es sich überhaupt auf den Weg macht, die Aufgabe zu erledigen; es unterwegs vergisst, was gesagt worden ist, noch drei mal daran erinnert werden muss und am Ende doch nur die Hälfte schafft und dabei noch ganz gelassen bleiben?
- ☞ du bereit bist, mit jemandem klar zu kommen, der immer und immer und immer wieder die gleichen Fehler macht. Ganz gleich, was du versuchst, es wird nicht besser, auch später nicht, wenn dieses Kind jugendlich oder erwachsen ist?
- ☞ du bereit bist, immer angestarrt zu werden, wenn dein Kind beim Einkaufen einen Wutausbruch bekommt und dass ziemlich oft?
- ☞ du bereit bist, anzusehen wie dein Kind alles gibt, um genauso gut in der Schule zu sein wie die Klassenkameraden, es doch nicht schafft und zuzusehen, wie es überholt und gehänselt wird?
- ☞ du bereit bist, abends fix und fertig ins Bett zu kriechen, keine Kraft mehr, um im Gebet um Kraft zu bitten und am nächsten Tag aufzustehen und wieder von vorne anzufangen?
- ☞ du bereit bist, das Kind mit ganzem Herzen zu lieben, mit den Schmerzen zu leben, dass, obwohl du alles in deiner Macht stehende tust, ihm zu helfen, du genau weißt, dass du es nicht ändern kannst, egal wie oft du es versuchst?

Wenn du ja dazu sagen kannst, dann sei willkommen in der FASD Familie und möge der Herr mit dir gehen!

Mit freundlicher Genehmigung von Lori (USA)

## Fallbeispiel eines Kinder mit FAS

### für die Facharbeit: "Förderung von Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom in Kindertagesstätten."

„A. kam mit 3 Jahren in die Gruppe meiner damaligen Arbeitsstelle für Kinder mit Wahrnehmungsbeeinträchtigungen. Es handelte es sich um eine Kleingruppe für 6 Kinder. Drei davon waren schwermehrfachbehindert und nicht gehfähig. A. war ein sehr kleines Kind, das durch motorische Unruhe stark auffiel. Er war immer in Bewegung und konnte kaum still sitzen. Sein Kopf wies die typischen Merkmale eines Kindes mit FAS auf. Als er 4 Jahre alt war, wurde FAS bei ihm diagnostiziert. Seine Sprachentwicklung war sehr stark verzögert, so dass er nur nonverbal kommunizieren konnte. Er zeigte häufig aggressives Verhalten, besonders in Situationen, in denen er sich durch zu viele Eindrücke überfordert fühlte oder sich unverstanden fühlte. Häufig kam es zu Situationen, in denen er die schwerbehinderten Kinder von Stühlen stieß, sie schlug oder biss. Auch die Fachkräfte wurden von A. gebissen, wenn er einen „anderen Plan“ im Kopf hatte. Auf der anderen Seite war er ein sehr fröhliches Kind, das viel lachte. Wir haben dann festgestellt, dass er, ähnlich unseren autistischen Kindern, Veränderungen nur schwer aushalten konnte und vermutlich seine „Ausraster“ auch mit unbekannt Personen und Situationen zusammen hingen.

Wir haben dann festgestellt, dass er häufig Auszeiten brauchte und „Nischen“ in denen er zur Ruhe kommen konnte. Er hatte dann eine Art Regentonnen entdeckt, die an beiden Seiten offen war. Mit einem großen Kissen hat er sich dann oft freiwillig dort hineingelegt und geschaukelt. Auch eine große Hängematte gab ihm die notwendige Begrenzung. Öfters im Tagesablauf rollten wir A. in eine Gymnastikmatte ein, aus der er sich selbst wieder ausrollen konnte. Massagen und andere sensorische bzw. basale Stimulationen halfen dabei, dass A. „zu sich finden“ konnte und sich etwas beruhigte. Bei Aktivitäten in der Gruppe brauchte er eine Person neben ihm, die die Aufmerksamkeit auf ihn richten konnte. Oft half es eine Hand auf sein Bein oder um seine Schulter zu legen“ (Ackermann 2015).

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung Deckblatt: Kind mit FAS (Kellerman 1999) .....	Deckblatt
Abbildung 1: Embryonale Entwicklung (fasd deutschland e.V., Abgerufen am 16. März 2015) .....	5
Abbildung 2: Ausprägungen des FASD (Becker 2010) .....	6
Abbildung 3: Fallbeispiel David, 10 Jahre alt (Hogenboom 2010, S.78) .....	22

## Literaturverzeichnis und Quellenangaben

### Literatur:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner. *Alkohol? Kenn dein Limit. Köln* (2011).

Feldmann, D. R.: *Verantwortung von Anfang an! Das Fetale Alkoholsyndrom*. Arbeitskreis Alkohol und Verantwortung des Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. Bonn (2014).

Gromer, M.: *Die konduktiv-mehrfachtherapeutische Förderung als psychomotorisches Konzept für die Arbeit mit schwer(st)behinderten Kindern*. Wien (2005).

Günther, A.: *Das Fetale Alkoholsyndrom; Mögliche Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft für das Kind, die Auswirkungen auf die Familie und Möglichkeiten der Prävention*. Fachhochschule Erfurt (2003).

Hogenboom, M.: *Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen. Kapitel 7 Fetales Alkoholsyndrom*. München (2010).

Kröling, J.: *Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern mit FASD in elementaren Regeleinrichtungen - Notwendige Rahmenbedingungen, Umgangshilfen und Aufklärungsarbeit*. Fachhochschule Osnabrück (2011).

Landeck, G., Thomsen, A., Wills, I., Reinhardt, S., & Michalowski, G.: *Lebenslang durch Alkohol*. Lingen (2012).

Löser, H.: *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*. Stuttgart, Jena, New York (1995).

Spohr, H. L.: Fetale Alkohol-Spektrum- Störung: Häufigste nicht genetisch bedingte angeborene Fehlbildung. *KINDER spezial*. Aschaffenburg (2011).

### Internetquellen:

Becker, G.: *Evangelischer Verein Sonnenhof*. <http://www.ev-sonnenhof.de/fasd-kurzueberblick.html> (20. Juli 2010) Abgerufen am 10. März 2015.



Bibelgesellschaft, G.: *Way2God.org*. <http://www.way2god.org/de/bibel/richter/13/> (2000) Abgerufen am 10. März 2015.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Die Rechte der Kinder*. von logo! einfach erklärt: <http://www.bmfsfj.de/Redaktion/BMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Die-Rechte-der-Kinder-Logo,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Oktober 2014) Abgerufen am 9. März 2015.

Dubray, P: *FAS "Eine vermeidbare Tragödie"*. <https://www.uni-due.de/fas/index.htm> (8. Februar 2003) Abgerufen am 10. März 2015.

Feldmann, D. R.: *Definition / Einteilung - Fetales Alkoholsyndrom*. [http://www.fetales-alkoholsyndrom.de/fas\\_ambulanz\\_muenster.html](http://www.fetales-alkoholsyndrom.de/fas_ambulanz_muenster.html) (6. Januar 2009) Abgerufen am 12. Februar 2015.

Funk, C.: *gesundheit.de*. <http://www.gesundheit.de/familie/schwangerschaft/rauchen-in-der-schwangerschaft-und-alkohol-in-der-schwangerschaft/alkoholgeschaedigte-babies-gezeichnet-fuer-s-leben> (18. März 2014) Abgerufen am 9. März 2015.

Hagen, S. v.: *Omeda.de Für meine Gesundheit*. [http://www.onmeda.de/schwangerschaft/schwangerschaft\\_alkohol-moegliche-folgen-von-alkohol-in-der-schwangerschaft-16665-2.html](http://www.onmeda.de/schwangerschaft/schwangerschaft_alkohol-moegliche-folgen-von-alkohol-in-der-schwangerschaft-16665-2.html) (27. Mai 2014) Abgerufen am 10. März 2015.

Kittel, C., & Schweder, K.: *National Coalition- Für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland*. <http://www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf> (12. Dezember 2013) Abgerufen am 9. März 2015.

Kulp, L.: *FAS KINDER*. [http://www.faskinder.de/02\\_folgen/jodee.htm](http://www.faskinder.de/02_folgen/jodee.htm) (15. September 2012) Abgerufen am 8. März 2015.

Michalowski, G.: *fasd deutschland*. [http://fasd-deutschland.de/cms/front\\_content.php](http://fasd-deutschland.de/cms/front_content.php) (kein Datum) Abgerufen am 12. Februar 2015.

Reinhardt, S.: *FAS Kinder*. <http://www.faskinder.de/index.htm> (2005) Abgerufen am 12. Februar 2015

Schindler, G.: *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Die Fetale Alkohol-Spektrums-Störung*. [http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/FASD\\_Broschuere\\_2013\\_fuer\\_HP.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/FASD_Broschuere_2013_fuer_HP.pdf) (September 2013) Abgerufen am 16. März 2015.

Schmid, K.: *Alkohol? Kenn dein Limit*. <https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schwangerschaft-und-stillzeit/alkohol-in-der-schwangerschaft/> (kein Datum) Abgerufen am 9. März 2015.

Schoppa, D. A.: *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung*.  
<http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-schwangerschaft.html> (4. Dezember 2014) Abgerufen am 9. März 2015.

Schröder, K.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend  
<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=161702.html?view=renderPrint> (6. Oktober 2015) Abgerufen am 19. März 2015.

Spohr, P. D.-L.: *FASD- Zentrum Berlin*. <http://www.fas-spohr.de/> (24. Dezember 2014) Abgerufen am 8. März 2015.

Stanetzki, J.: *ergotherapie.org*. <http://www.ergotherapie.org/2010/10/sensorische-integrationstherapie/> (13. Oktober 2010) Abgerufen am 15. März 2015.

*Stiftung für das behinderte Kind - Hilfe bei angeborenen Alkoholschäden.*  
FASD- Zentrum - Für Menschen mit angeborenen Alkoholschäden:  
<http://fasd-zentrum.blogspot.de/p/fetale-alkoholspektrum-storungen-fasd.html> (kein Datum) Abgerufen am 8. März 2015.

Zastera, C.: *babycenter*. <http://www.babycenter.de/a8842/alkohol-in-der-schwangerschaft> (November 2010) Abgerufen am 9. März 2015.

#### Abbildungen:

Becker, G.: *Evangelischer Verein Sonnenhof*. <http://www.ev-sonnenhof.de/bilder/stoerungsbilder-fasd.gif> (2010) Abgerufen am 11. März 2015.

Hogenboom, M.: *Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen. Kapitel 7 Fetales Alkoholsyndrom*, S. 78. München (2010).

Kellerman, T.: *Wikipedia*. [http://de.wikipedia.org/wiki/Fetales\\_Alkoholsyndrom#/media/File:Photo\\_of\\_baby\\_with\\_FAS-2.jpg](http://de.wikipedia.org/wiki/Fetales_Alkoholsyndrom#/media/File:Photo_of_baby_with_FAS-2.jpg) (1999) Abgerufen am 10. März 2015.

Michalowski, G.: *fasd Deutschland*. [http://fasd-deutschland.de/cms/front\\_content.php?idcat=12](http://fasd-deutschland.de/cms/front_content.php?idcat=12) (kein Datum) Abgerufen am 16. März 2015.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Facharbeit ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die im Literaturverzeichnis aufgeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe und dass ich alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, durch Angabe der Quellen als Entleihung kenntlich gemacht habe.

---

( Ort und Datum)

---

( Unterschrift)