

Fachhochschule Münster

Fachbereich Sozialwesen

Sommersemester 2019

Erstprüferin: Dipl.-Soz.Päd. Nicole de Vries M.A

Zweitprüfer: Prof. Dr. jur. Andreas Siemes

Die Fetale Alkoholspektrumstörung

Übertragungsmöglichkeiten des lebensweltorientierten Ansatzes am Beispiel des Umgangs mit betroffenen Pflegekindern

Salomé Schneider

Matrikelnummer: 922770, PO 2014

Franz-Essink-Straße 11, 48147 Münster

ss206895@fh-muenster.de

29.05.2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
2 Fetale Alkoholspektrumstörung.....	7
2.1 Begriffsdifferenzierung.....	7
2.2 Fetale Alkoholspektrumstörung als Behinderung.....	9
2.3 Diagnostik.....	10
2.4 Krankheitsbild und Symptomatik.....	13
2.5 Epidemiologie.....	15
3 Lebensweltorientierung.....	17
3.1 Definition.....	17
3.2 Struktur- und Handlungsmaximen einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit.....	21
4 Die Lebenswelt eines Pflegekindes mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung.....	23
4.1 Lebensraum Pflegefamilie.....	24
4.2 Übertragungsmöglichkeiten der Lebensweltorientierung auf den Umgang mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung.....	25
4.2.1 Grenzen des lebensweltorientierten Ansatzes im Umgang mit Pflegekindern mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung.....	27
4.2.2 Chancen des lebensweltorientierten Ansatzes.....	31
5 Fazit.....	35
Literaturverzeichnis.....	37
„Versicherung nach § 20 (3) der AT PO an der Fachhochschule Münster“:.....	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Skala zur Kategorisierung von Philtrumsausprägungen

Abbildung 2: Diagnostischer Algorithmus bei Verdacht auf FASD

Abkürzungsverzeichnis

ARBD	Alcohol Related Birth Defects, alkoholbedingte angeborene Fehlbildungen
ARND	Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders, alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störungen
FAS	Fetal Alcohol Syndrome, Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorders, Fetale Alkoholspektrumstörung
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
DSB	Drogen- und Suchtbericht
ICD 10 GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
IQ	Intelligenzquotient
LWO	Lebensweltorientierung
LW	Lebenswelt
PE	Pflegeeltern
PK	Pflegekind
PAE	pränatale Alkoholexposition
pFAS	Partial Fetal Alcohol Syndrome, Partielles Fetales Alkoholsyndrom
SA	Soziale Arbeit
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
ZNS	Zentrales Nervensystem

1 Einleitung

„Die werdende Mutter hat einen Rausch, aber das Kind einen lebenslangen „Kater““ (Thomsen u.a. 2014, S. 9). Die Rede ist von der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD). Das Thema ist derzeit von aktueller Relevanz - vor allem durch die Bundesregierung wird dies sozialpolitisch nachdrücklich hervorgehoben. Nach den Worten der Drogenbeauftragten, Marlene Mortler, ist FASD durch die Abstinenz von Alkohol während der Schwangerschaft gänzlich vermeidbar. Doch bis dieser Zustand erreicht ist, steht es für Mortler außer Frage, die Erkrankten angemessen zu fördern (vgl. Bühring 2016, S. 2). Aus der Tatsache heraus, dass es noch immer eine hohe Prävalenzrate gibt, zeigt sich die Dringlichkeit, verstärkt für Aufklärung zu sorgen. Eine im März 2019 veröffentlichte Studie über die Schäden des Alkoholkonsums durch Dritte betont, dass FASD zu den schwerwiegendsten Folgen zählt (vgl. Kraus u.a. 2019, S. 1ff.). Auch in der Bibel wurde bereits von dem Konsum von Alkohol für Schwangere abgeraten (vgl. ter Horst 2017, S. 33). Die heutige Gesellschaft muss verstärkt darauf aufmerksam gemacht werden, dass der Alkoholkonsum von Schwangeren erhebliche, irreversible Folgen für das Ungeborene haben kann. Durch die Abstinenz kann FASD vollständig verhindert werden (vgl. Green u.a. 2016, S. 91).

Erste Berührungspunkte mit FASD erhielt ich innerhalb meines privaten Umfeldes, wo ein Pflegekind (PK) die Diagnose FASD erhielt. Für die Pflegefamilie war dies zunächst ein Schock über die unheilbare Erkrankung und gleichzeitig eine große Erleichterung, dass das Verhalten ihres PK nicht aus Erziehungsfehlern resultiere. Jedoch brachte dies auch viele Fragen mit sich. Inwiefern änderte dies den Blick auf den Umgang mit dem betroffenen Kind? Es folgte Unklarheit darüber, wie in Zukunft mit dem PK umzugehen sei. Auch mir selbst war FASD bis dahin unbekannt. Ebenso wie dem Umfeld des PK, dessen Kenntnis über FASD sehr gering ist. Es fehlt folglich an Aufklärung und Wissen, wie mit dem PK umgegangen werden soll sowie sein Verhalten als nicht mutwillig oder als Resultat elterlichen Versagens zu betrachten. Letzteres sorgt sowohl bei dem PK als auch bei seiner Pflegefamilie oft für Überforderung und Hilflosigkeit. Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Thema FASD und soll zur Bewusstmachung des Krankheitsbildes beitragen. Dadurch soll für Verständnis gegenüber dem Verhalten von Erkrankten plädiert und gleichzeitig Neuerkrankungen vorgebeugt werden. An dieser Stelle soll besonders der

Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit (SA) betont werden, für FASD zu sensibilisieren und sich für einen adäquaten Umgang mit Betroffenen und deren Umfeld einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit herausgearbeitet, wie der Umgang mit einem Kind mit FASD mittels der Auseinandersetzung mit einer Theorie der Sozialen Arbeit aussehen kann. Aufgrund der Tatsache, dass der größte Teil der von FASD betroffenen Kinder in einer Pflegefamilie lebt, wird in der vorliegenden Arbeit exemplarisch Bezug auf ein PK genommen (vgl. *Spohr* 2014, S. 16). Der theoretische Teil stützt sich auf die Lebensweltorientierung (LWO). Folglich wird der Frage nachgegangen, welche Übertragungsmöglichkeiten die LWO im Umgang mit einem Pflegekind mit FASD bietet? Diese Frage soll beantwortet werden, indem untersucht wird, wo die Theorie an ihre Grenzen stößt und was für Chancen sich durch die lebensweltorientierten Perspektive ergeben. Zur Darstellung dessen werden die alltäglichen Herausforderungen, mit denen ein Kind mit FASD konfrontiert wird, skizziert.

Zu Beginn wird im zweiten Kapitel das Krankheitsbild FASD dargestellt. Gegliedert in Unterkapitel, werden zunächst Begrifflichkeiten definiert und erläutert, weshalb FASD als Behinderung bezeichnet wird. Anschließend wird ein Überblick über die Diagnosekriterien, die Symptome und die Häufigkeit von FASD gegeben. Im dritten Kapitel wird die Theorie der LWO vorgestellt. Damit zusammenhängend werden die Struktur- und Handlungsmaxime der LWO erläutert. Aufbauend auf den genannten Kapiteln, wird dadurch der Ausgangspunkt für die weitere Bearbeitung geschaffen. Dieser liegt in der Verknüpfung von FASD mit der LWO. In Anbetracht dessen, steht im Mittelpunkt des vierten Kapitels die Lebenswelt (LW) eines PK mit FASD. Zur näheren Betrachtung wird der Lebensraum der Pflegefamilie einleitend beleuchtet. Daran anknüpfend, werden die Grenzen und Chancen, die sich aus der Übertragung des lebensweltorientierten Ansatzes auf den Umgang mit Betroffenen ergeben, skizziert. Abschließend wird im Fazit die Fragestellung, im Hinblick auf die herausgearbeiteten Ergebnisse aus den vorangegangenen Kapiteln, begründet beantwortet und ein Ausblick gegeben. Zudem wird ein Bezug zu der SA und ihren Fachkräften hergestellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der Vereinfachung wird in der vorliegenden Arbeit nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifischen Personenbezeichnungen differenziert. Die verwendete maskuline Form schließt die feminine implizit mit ein.

2 Fetale Alkoholspektrumstörung

Der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft kann gravierende Folgen für das ungeborene Kind haben. Durch die pränatale Alkoholexposition (PAE) können psychische sowie physische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten verursacht werden. Der Terminus FASD (Fetal alcohol spectrum disorders) dient als Oberbegriff für diese unterschiedlich stark ausgeprägten alkoholbedingten Schädigungen (vgl. *Heinen* 2013, S. 11). Gemeinsam ist allen Varianten der FASD, dass irreparable Schäden am Frontalhirn vorhanden sind. Eine kausale Therapie ist nicht möglich. FASD gilt als Behinderung. Die Erkrankten leiden ihr Leben lang unter den Schäden, wodurch ihnen die soziale Teilhabe an der Gesellschaft erschwert ist (vgl. *Falke/Stein* 2018, S.9 ff.).

Um einen ersten Überblick zu schaffen, werden im Folgenden die Störungsbilder, die unter FASD zusammengefasst werden, voneinander abgegrenzt und erläutert. Anschließend wird dargestellt, weshalb FASD als Behinderung gilt.

2.1 Begriffsdifferenzierung

Die Definitionen der Störungsbilder von FASD werden in der vorliegenden Arbeit folgendermaßen verstanden:

Die Fetale Alkoholspektrumstörung

Laut der Definition in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10 GM) ist FASD in dem Kapitel als „Angeborene[s] Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert“ verzeichnet (*Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information* 2018, S. 592). Unter der Verschlüsselung Q 86.0 ist sie als „Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)“ aufgeführt (*ICD 10 GM* 2018, S. 592). Diese Beschreibung ist jedoch weniger geeignet, da sie die Erkrankung in ihrer Komplexität nicht ausreichend darstellt (vgl. *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung* 2017, S. 6).

Das Fetale Alkoholsyndrom

Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS; Fetal Alcohol Syndrome) wird auch als Vollbild der FASD bezeichnet (vgl. *Heinen* 2013, S. 11). Diese Form der Störung ist die am

stärksten ausgeprägte (vgl. *Spohr* 2017, S. 6). International bekannt wurde das FAS 1973 durch die US-Amerikaner Ken Jones und David Smith. Sie waren die ersten, die das Syndrom unter der Bezeichnung FAS beschrieben (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S.8). Das Vollbild umfasst sowohl typische äußerliche Auffälligkeiten des Wachstums als auch die faziale Dismorphie und Störungen des zentralen Nervensystems (ZNS) (vgl. *Heinen* 2013, S. 10ff.). Sobald die Auffälligkeiten in allen drei Bereichen vorhanden sind, kann die Diagnose des FAS ohne den Nachweis der intrauterinen Alkoholexposition gestellt werden (vgl. *Landgraf* 2017, S. 17f.).

Das partielle Fetale Alkoholsyndrom

Die vom partiellen Fetalen Alkoholsyndrom (pFAS; Partial Fetal Alcohol Syndrome) betroffenen Kinder unterscheiden sich in erster Linie von dem Vollbild dadurch, dass die typische faziale Dismorphie weniger stark ausgeprägt ist. Besonders in Erscheinung treten bei den Betroffenen vermehrt ihre emotionalen, kognitiven sowie sozialen Auffälligkeiten. Aufgrund der nicht deutlich sichtbaren physischen Merkmale wird die Diagnose pFAS seltener gestellt (vgl. *Spohr* 2014, S. 10). Die Ausprägungen des pFAS wurden in der Vergangenheit auch als fetale Alkoholeffekte bezeichnet (vgl. *Sarimski* 2014, S. 650).

Die alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störungen

Bei den alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störungen (ARND; Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders) weisen die Betroffenen keine körperlichen Merkmale auf. Sie verfügen über ausgeprägte jedoch unspezifische ZNS-Auffälligkeiten. Die ARND können daher nur bei bestätigter intrauteriner Alkoholexposition diagnostiziert werden. Demnach ist es sehr komplex und schwierig, eine Diagnose zu stellen (vgl. *Landgraf/Heinen* 2016, S. 78f.).

Die alkoholbedingten angeborenen Fehlbildungen

Ursprünglich kennzeichnete der Terminus alkoholbedingte angeborene Fehlbildungen (ARBD; Alcohol Related Birth Defects) organische Geburtsfehler, die aus einer PAE resultierten (vgl. *Spohr* 2014, S. 11). Inzwischen wird in den S3-Leitlinien jedoch dafür plädiert, keine Diagnose mehr für ARBD in Deutschland zu stellen. Grund dafür ist die für den pränatalen Alkoholkonsum nicht ausreichend nachgewiesene Spezifität der Fehlbildungen (*Landgraf/Heinen* 2016, S. 82ff.). Die

Malformationen können folglich auch durch andere genetische Beeinträchtigungen oder Infekte verursacht werden (vgl. *Landgraf* 2019, S. 48).

Es handelt sich bei pFAS, ARND und ARBD weder um harmlosere noch um schwächere Ausprägungen der FASD. Sie sind wie das FAS nicht heilbar (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 10). Auf die jeweiligen Kriterien für die Diagnose der unterschiedlichen Störungsbilder wird in dem Unterkapitel der Diagnostik von FASD näher eingegangen.

2.2 Fetale Alkoholspektrumstörung als Behinderung

Je nach Ausprägungsgrad des Störungsbildes treten die äußerlichen Erscheinungsmerkmale unterschiedlich stark auf. Bei allen Formen trägt das Gehirn des Fötus durch die intrauterine Alkoholexposition irreversible Schäden davon. Aufgrund dessen haben Betroffene große Schwierigkeiten, selbstbestimmt zu handeln (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 9ff.). In der Literatur wird FASD mit einer Bandbreite an Lernstörungen bis hin zu geistigen oder körperlichen Behinderungen beschrieben (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 9ff.). Außerdem wird Betroffenen und ihren Angehörigen der Hinweis gegeben, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen (vgl. *Höflich* 2017, S. 145f.). Auf Forderungen der Drogenbeauftragten Marlene Mortler, wurde FASD zudem in die zweite Auflage des Nationalen Aktionsplans eingebunden, um das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) umzusetzen (vgl. *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/Bundesministerium für Gesundheit* 2018, S. 67). Laut der UN-Behindertenrechtskonvention ist im Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) festgehalten, dass

„Menschen mit Behinderung im Sinne dieses Gesetzes [...] langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (§ 3 BGG).

Anhand dieser Definition des Behinderungsbegriffes lässt sich der Schluss ziehen, dass FASD als Behinderung bezeichnet werden kann, da die Betroffenen als dauerhaft in ihrer Entwicklung beeinträchtigt gelten (vgl. *Spohr* 2014, S. 10). Die Behinderung lässt sich folglich daraus ableiten, dass die Betroffenen nur eingeschränkt fähig sind, sich selbst als Individuum in die Gesellschaft zu integrieren (vgl.

Falke/Stein 2018, S. 14ff.). Ähnliches lässt sich aus der Definition im neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) schließen (vgl. *Spoehr* 2014, S. 215). Laut § 2 Abs. 1 werden dort die Personen als behindert beschrieben,

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

Beide Definitionen können ergänzend nebeneinander bestehen bleiben und lassen die Erkenntnis zu, FASD als Behinderung zu betrachten (vgl. *Spoehr* 2014, S. 213f.).

Anschließend werden im nächsten Abschnitt die für eine Diagnose der Behinderung FASD relevanten Merkmale geschildert.

2.3 Diagnostik

Im weiteren Verlauf werden die aktuellen Kriterien erläutert, um FASD diagnostizieren zu können. Die Diagnose ist für die Betroffenen sowie ihre Angehörigen eine immense Entlastung. Durch sie können Hilfen und Förderungen eingeleitet werden. Je früher sie gestellt wird, desto größer ist auch die Chance, Komorbiditäten zu reduzieren (vgl. *Landgraf* 2017, S. 14f.).

Empfohlen wird die Diagnosestellung in Deutschland nach den Kriterien der S3-Leitlinie. Diese wurde erstmalig 2012 zur Diagnose des FAS implementiert. Ende Juni 2016 folgte die Erweiterung um die Diagnosen der Störungsbilder pFAS und ARND. Die Diagnose für ARBD ist jedoch nicht enthalten. Ausgehend von dem Zeitpunkt der Veröffentlichung der aktuellen Leitlinie, wurde ihr eine Gültigkeit für die nächsten fünf Jahre zugesprochen. Die dort aufgeführten Aspekte sind allesamt evidenz- sowie konsensbasiert und wurden innerhalb eines multidisziplinären Teams ermittelt. Basierend auf dieser Leitlinie kann eine Diagnose für Kinder und Jugendliche zwischen null bis achtzehn Jahren gestellt werden (vgl. *Landgraf* 2017, S. 11ff.). Die S3-Leitlinie orientiert sich an einem Prinzip, wonach die für FASD relevanten diagnostischen Merkmale in vier Säulen gegliedert sind. Jede dieser Säulen bezeichnet ein anderes Kriterium. Die Säulen sind aufgeteilt in Wachstumsauffälligkeiten, faciale Auffälligkeiten, ZNS-Auffälligkeiten und die Bestätigung des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft. Jede Säule unterteilt sich erneut in

spezifische Unterpunkte, anhand derer sich ableiten lässt, ob die jeweilige Auffälligkeit vorhanden ist.

Um Verzögerungen des Wachstums nachweisen zu können, soll das Geburts- oder Körpergewicht mindestens unterhalb der zehnten Perzentile liegen, ebenso wie die Geburts- oder Körperlänge und der Body-Mass-Index.

Zu den typischen Kennzeichen der fazialen Auffälligkeiten zählen kurze Lidspalten (unterhalb der dritten Perzentile), ein verstrichenes Philtrum¹ sowie eine schmale Oberlippe. Abb. 1 zeigt verschiedene Abstufungen, wie die Oberlippe und das Philtrum bei Betroffenen ausgeprägt sein können. Messwerte von vier bis fünf Punkten auf einer Skala bis zu maximal fünf Punkten deuten auf pathologische Auffälligkeiten hin.

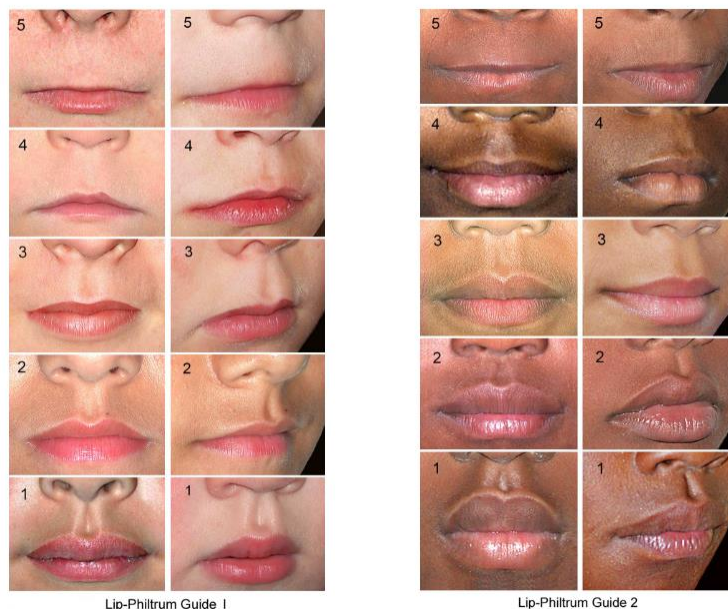


Abb. 1: Skala zur Kategorisierung von Philtrumsausprägungen

Quelle: Landgraf/Heinen (2016, S.50), Abb. übernommen von: Susan Astley PhD, University of Washington (2016)

In der Kategorie des ZNS wird unterteilt in funktionelle sowie strukturelle Auffälligkeiten. Den strukturellen Störungen wird als Kriterium die Mikrozephalie² zugeordnet. Bei den funktionellen Auffälligkeiten des ZNS sind eine Intelligenzminderung³ oder bei jüngeren Kindern eine von der Norm abweichende, verzögerte Entwicklung

¹ gemeint sind die Falten zwischen der Nase und Oberlippe

² zu kleiner Kopf; der Kopfumfang beträgt unter 10 Perzentile

³ IQ unter 70

mitinbegriffen. Es kann auch eine Leistungsverminderung in einem der folgenden Bereiche auftreten, wie beispielsweise der Sprache, der Feinmotorik, der Aufmerksamkeit, der Rechenfertigkeiten und im sozialen Verhalten. Außerdem können Einschränkungen in der Wahrnehmung, im Prozess des Lernens oder Merkens oder der exekutiven Funktionen vorliegen. Oft tritt neben einer der genannten Störungen zusätzlich Epilepsie auf.

Die letzte Säule wird begründet aus der Bestätigung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft durch die leibliche Mutter. Während für die Diagnosestellung von pFAS und ARND die bestätigte PAE notwendig ist, kann die Diagnose FAS auch ohne diesen Nachweis erfolgen.

FAS als ausgeprägtestes Störungsbild muss dabei Auffälligkeiten in allen anderen Säulen aufweisen. In der Kategorie des Wachstums muss mindestens eine Abweichung der Unterpunkte vorhanden sein, während sich im Gesicht alle drei Anomalien erkennen lassen müssen. Des Weiteren soll entweder eine funktionelle oder strukturelle Auffälligkeit vorliegen. Die diagnostischen Gesamtkriterien für FAS sind in Abb. 2 skizziert. Die Kriterien sind dort anhand eines Schemas aufgelistet, um zu überprüfen, ob die entsprechende Diagnose gegeben werden kann.

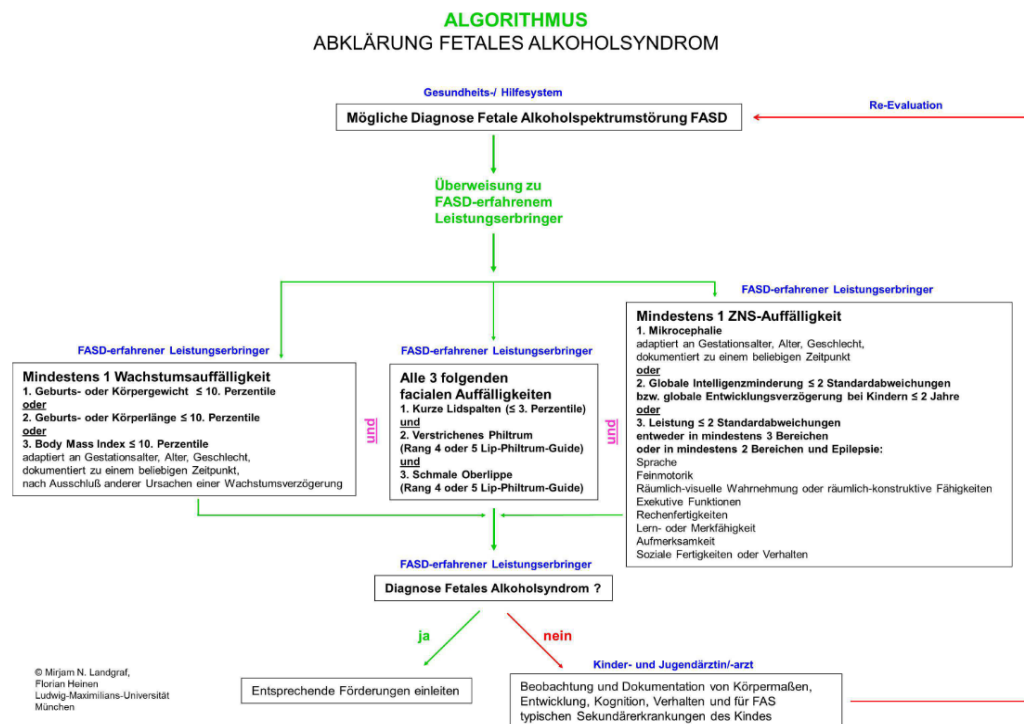


Abb. 2: Diagnostischer Algorithmus bei Verdacht auf FASD
Quelle: Landgraf/Heinen (2016, S.167)

Für pFAS sind neben dem Nachweis der PAE zwei faziale Auffälligkeiten sowie drei des ZNS erforderlich. Bei ARND müssen neben der Kenntnis des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft nur in der Säule des ZNS Störungen vorliegen. Treten lediglich in einer der anderen Säulen Auffälligkeiten auf, reicht dies nicht aus, um FASD diagnostizieren zu können (vgl. *Landgraf/Heinen* 2016, S. 15ff.).

Anschließend wird nun detaillierter auf potenzielle Symptome, die das Krankheitsbild FASD prägen können, eingegangen.

2.4 Krankheitsbild und Symptomatik

Die Auffälligkeiten, die Personen mit FASD aufweisen, sind im Einzelnen betrachtet nicht spezifisch für die Störung (vgl. *Landgraf* 2015, S. 24). Schon anhand der komplexen Diagnosekriterien der S3-Leitlinien lässt sich ableiten, dass es bei FASD kein einheitliches Krankheitsbild gibt. Die physischen Merkmale sind in ihrem Auftreten unterschiedlich stark ausgeprägt und variabel. Ebenso verhält es sich mit den Störungen der sozialen, emotionalen und der Verhaltensebene – zusammengefasst als psychische Auffälligkeiten. Eine Diagnose zu stellen ist demzufolge nicht leicht (vgl. *Spohr* 2014, S. 15ff.). Hinzukommt, dass sich die Symptomatik der Betroffenen mit der Zeit verändert und Jugendliche andere Symptome als Kleinkinder aufweisen (vgl. *Landgraf* 2019, S. 64).

Es werden in diesem Kapitel mögliche Leitsymptome unterteilt nach psychischem und physischem Erscheinungsbild und näher beschrieben. In Anbetracht der Komplexität dieses Krankheitsbildes kann nur eine grobe Übersicht dessen wiedergegeben werden.

Psychisches Krankheitsbild

Bisher gibt es noch kein Verfahren, mit dem Störungen des Gehirns eindeutig der FASD zugeordnet werden können. Die Symptome, die von FASD Betroffene aufweisen, lassen dennoch darauf schließen, dass sie durch die PAE Hirnschäden davongetragen haben (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 15). Sie weisen Dysfunktionen des ZNS sowie Störungen in ihrer Wahrnehmung auf (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 10). Betroffene sind dadurch nur bedingt fähig, verschiedene Reize und Information aus ihrer Umgebung aufzunehmen und zu filtern. Die beeinträchtigte Informationsverarbeitung kann in den verschiedenen Sinnessystemen auftreten. Es zeigt sich, dass die

Betroffenen zudem stark in ihren Exekutivfunktionen eingeschränkt sind. Diese Exekutivfunktionen implizieren Prozesse des Denkens, Handelns und Planens (vgl. *Thomsen u.a. 2014, S. 16ff.*). Auch die Fähigkeiten, Ursache-Wirkungszusammenhänge zu erkennen und zu verstehen sowie Lösungsstrategien für Probleme zu formulieren werden mit einbegriffen (vgl. *Landgraf 2019, S. 51*). Betroffenen fällt es aufgrund dieser vorhandenen Defizite oft schwer, sich zu konzentrieren und ihre Aufmerksamkeit für eine gewisse Zeitspanne aufrechtzuerhalten. Sie vermögen oft ebenso wenig darüber, Zeit und auch Raum angemessen einschätzen zu können und auf Erlerntes in ihrem Gedächtnis zurückzugreifen. Ferner kann ihre Selbstregulation betroffen sein (vgl. *Thomsen u.a. 2014, S. 17ff.*). Als Folge der gestörten Exekutivfunktionen treten Auffälligkeiten im Verhalten auf, welche für weitere Probleme im Alltag verantwortlich gemacht werden (vgl. *Falke/Stein 2018, S. 36*). Hinzukommen können weitere Funktionsstörungen des Gehirns, wie beispielsweise eine Entwicklungsverzögerung der Sprache sowie der Motorik und auch eine beeinträchtigte Leistungsfähigkeit, die sich durch eine Intelligenzminderung zeigen kann (vgl. *Spohr 2014, S. 52ff.*). Die beschriebenen unterschiedlichen Einschränkungen in der Entwicklung können überdies gravierende psychosoziale Auswirkungen auf das Kind haben (vgl. *Thomsen u.a. 2014, S. 19*). Die neuropsychologischen oder auch als kognitiv bezeichneten Schäden persistieren oftmals das ganze Leben lang (vgl. *Landgraf 2019, S. 56*). Dies führt dazu, dass die betroffenen Personen nur bedingt fähig sind, ein eigenständiges Leben zu führen. Meist erfahren sie große Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung und benötigen fortwährende Unterstützung (vgl. *Landgraf 2019, S. 27ff.*).

Physisches Krankheitsbild

Zu den physischen Symptomen zählen Wachstumsstörungen, welche sich durch Dystrophie⁴ und Minderwuchs erkennen lassen. Betroffene Kinder gelten oft als klein sowie zierlich. Eine weitere Auffälligkeit stellt die Mikrozephalie dar (vgl. *Falke/Stein 2018, S. 10ff.*). Neben diesen Symptomen kann auch eine kraniofaziale⁵ Dysmorphie⁶ auftreten, welche als spezifisches Erkennungsmerkmal für FASD gilt. Wenn die kraniofaziale Dysmorphie stark ausgeprägt ist, können diverse

⁴ Mangelnde Gewichtszunahme

⁵ medizinisch; das Gesicht und den Kopf betreffend

⁶ Normabweichende Fehlbildung

Gesichtsveränderungen bestehen, wie beispielsweise kleine Augen mit kurzen Lidspaltenlängen, eine schmale Oberlippe und eine Stupsnase mit einem kurzen Nasenrücken. Des Weiteren können zudem ein flaches, kaum erkennbares Philtrum und tief anliegende Ohren, die nach hinten geneigt sind, hinzukommen. Außerdem kann mit einem Blick auf das seitliche Gesicht eine Hypoplasie⁷ festgestellt werden. Über drei Viertel der Kinder mit FASD weisen jedoch keine dieser typischen kraniofazialen Dysmorphien auf (vgl. *Spohr* 2014, S. 34ff.). Ferner können weitere Dysmorphien und Anomalien des Körpers vorhanden sein, darunter diverse Organschäden wie zum Beispiel Herzfehler (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 10). Die Auffälligkeiten des Gesichtes und im Wachstum können sich darüber hinaus zum großen Teil im Laufe der Entwicklung verwachsen, sodass im Erwachsenenalter viele typische Äußerlichkeiten nicht mehr zu erkennen sind (vgl. *Landgraf* 2019, S. 49).

Die körperlichen und neurologischen Störungen beeinträchtigen die Kinder wesentlich in ihrem Alltag. Einfache Tätigkeiten stellen für sie große Herausforderungen dar, die sie oft nicht ohne Unterstützung allein bewältigen können (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 10f.) Eine über 20 Jahre lang andauernde Studie untersuchte die Schwierigkeiten in der eigenständigen Lebensbewältigung bei pFAS- und FAS-Patienten. Die Forscher konnten dahingehend keine markanten Unterschiede zwischen beiden Störungsbildern feststellen (vgl. *Spohr* 2016, S. 26f.). Im Zuge dieser Feststellung wird im Weiteren konkreter der Umgang mit einem PK mit FASD thematisiert. FASD dient als Oberbegriff, sodass das jeweilige Störungsbild nicht näher herausdifferenziert wird (vgl. *Heinen* 2013, S. 11).

Im weiteren Verlauf werden exemplarisch auszugsweise einige der Leitsymptome von FASD aufgegriffen. Anschließend werden ferner die daraus resultierenden Herausforderungen bei der Alltagsbewältigung herausgearbeitet.

2.5 Epidemiologie

Aufschluss über die Prävalenzrate von FASD gibt der Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler, von 2017. Aus Schätzungen geht dort hervor, dass jedes Jahr circa 10.000 Kinder mit FASD in Deutschland geboren werden (vgl. *Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/Bundesministerium für Gesundheit* 2017, S. 40). Ähnliche Zahlen präsentiert eine erst unlängst

⁷ Abgeflachtes Mittelgesicht

im März 2019 veröffentlichte Studie unter der Mitarbeit des Wissenschaftlers Ludwig Kraus vom Institut für Therapieforschung in München. Demnach ermittelten die Forscher anhand von Schätzungen, dass es im Jahr 2014 etwa 12.650 Neugeborene mit FASD gab, 2930 von ihnen mit dem ausgeprägten Störungsbild FAS (vgl. *Kraus* u.a. 2019, S. 2ff.). Die Prävalenzrate der Behinderung FASD liegt damit höher als die des Down-Syndroms (vgl. *Landgraf/Heinen* 2016, S. 30f.).

Studien mit konkreten Angaben zu der Prävalenz von FASD sind schwer durchzuführen. Im Zusammenhang damit steht zum einen das komplexe Krankheitsbild, weswegen die Behinderung oft nicht erkannt wird. Die für eine Diagnose Verantwortlichen zeigen sich oft unsicher oder verfügen über unzureichendes Fachwissen, um die Erkrankung erkennen zu können (vgl. *Hennicke* u.a. 2015, S. 3). Außerdem kann die Behinderung mit mehreren Komorbiditäten einhergehen (vgl. *Spohr* 2014, S. 15). Zum anderen führen auch Hemmungen häufig dazu, dass nicht alle Fälle von FASD diagnostiziert werden. Ein möglicher Grund dafür ist, dass Alkohol sowie Alkoholismus oft noch als Tabuthemen gelten (vgl. *Spohr* 2014, S. 16). Mit der Diagnosestellung wird letztendlich der leiblichen Mutter der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft vorgehalten (vgl. *Landgraf/Heinen* 2016, S. 30f.). Hinzukommt, dass ein Großteil der Kinder mit FASD bei Pflege- oder Adoptivfamilien aufwächst. Eine aktuelle Messung gibt es bislang nicht, konservative Schätzungen gehen jedoch von rund 80 Prozent von FAS Betroffenen aus, die nicht mehr in ihrer Ursprungsfamilie leben (vgl. *Nordhues* u.a. 2013, S. 27ff.). Wichtige Informationen und Hinweise zur Vorgeschichte der Betroffenen, die auf FASD hindeuten könnten, sind den Jugendämtern zwar bekannt, werden jedoch selten an die betreuenden Personen weitergegeben. Dadurch wird der Befund zusätzlich erschwert (vgl. *Spohr* 2014, S. 16). Aus diesen Aspekten lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die Dunkelziffer der Erkrankten deutlich höher liegen muss, als die Zahlen, die auf den Schätzungen beruhen (vgl. *Hennicke* u.a. 2015, S. 3). Obwohl die Diagnose daher in vielen Fällen noch immer nicht gestellt wird, gilt FASD dennoch als eine der häufigsten vermeidbaren, angeborenen neuropädiatrischen Erkrankungen in Deutschland (vgl. *Landgraf/Heinen* 2016, S. 30f.).

An das folgende theoretische Kapitel wird anschließend ein Einblick in das Leben eines PK mit FASD geschildert. Grundlegend für die Betrachtungsweise der LW eines Betroffenen ist das theoretische Verständnis, welches im nächsten Abschnitt folgt.

3 Lebensweltorientierung

Das folgende Kapitel befasst sich mit der LWO. Der Termini wird zunächst näher definiert, um einen groben Überblick zu ermöglichen. Dabei wird besonders auf die Begriffe der LWO eingegangen, die für den weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit von Relevanz sind, da die anknüpfenden Kapitel auf ihrem Verständnis aufbauen. Aus diesem Grund werden die Struktur- und Handlungsmaxime der LWO anschließend ebenfalls erläutert.

3.1 Definition

Die Bezeichnung LWO steht für ein Theoriekonzept der SA (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 28f.). Sie zählt zu den Grundlagentheorien der SA und ist bis heute praxisrelevant für Sozialarbeiter. Der Kern des Konzeptes lebensweltorientierter SA liegt in dem Interesse an dem Alltag und der LW des Adressaten. In der Absicht, die soziale Lebenswirklichkeit ihres Adressaten erfahren zu können, orientiert sich die LWO – wie ihr Name schon erahnen lässt - an dessen konkreter LW (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 148ff.). Die LWO zielt darauf ab, die Lebensverhältnisse der Klientel zu rekonstruieren, um ihr zu einem gelingenderen Alltag zu verhelfen. Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch dazu fähig ist, seinen Alltag und sein Handeln durch bewusstes Gestalten seiner Umgebung zu verändern. Basierend auf dem unmittelbaren Alltagsbezug der LWO, ergibt sich daraus nicht nur der Ansatzpunkt für den Auftrag der lebensweltorientierten SA, sondern auch ihr Unterscheidungsmerkmal von anderen Theoriekonzepten der SA (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.).

Begründet wurde die Theorie durch Hans Thiersch in dem Zeitraum zwischen den sechziger und siebziger Jahren. Ihren Ursprung hat die LWO in verschiedenen theoretischen Annahmen, die ihrer Zeit vorausgingen. Aufbauend auf den daraus hervorgehenden Grundgedanken und unter der Berücksichtigung der Kritikpunkte an ihnen, leitete Thiersch schließlich die LWO ab. Demnach baut das Verständnis der LWO auf dem Zusammenspiel dieser Traditionslinien auf.

Die LWO wird in der hermeneutisch-pragmatischen Tradition sowie den nachfolgenden realistischen und gesellschaftskritischen Wendungen der SA begründet. Hieraus ergeben sich sowohl der theoretische als auch der praktische Ausgangspunkt für die LWO. Im Mittelpunkt steht der Zugang zur Wirklichkeit des Adressaten. In der

Wahrung um Distanz, analysiert sie in der Theorie, die im Hintergrund liegenden Verhältnisse, um zum Lösen von Problemen beizutragen. In der Praxis ist sie orientiert an der konkreten Bewältigung der Probleme. Mittels dieser unterschiedlichen Ansatzpunkte versucht die LWO das Alltagswissen des Adressaten in seinem Eigensinn zu ergründen. In dieser Hinsicht ist die Theorie hermeneutisch und pragmatisch geprägt.

In Anlehnung daran, lassen sich Elemente der interaktionistisch-phänomenologischen Traditionslinie erkennen. Die lebensweltorientierte SA sucht ihren Adressaten zunächst in dessen alltäglicher LW auf, um seine allgegenwärtige Lebenslage zu analysieren. Mit dem Begriff LW wird metaphorisch eine Art Bühne beschrieben, auf der sich der Alltag des Einzelnen abspielt. Der Adressat ist folglich Akteur seines Alltages. Die Bezüge und Verhältnisse, in denen sich der Adressat in seiner LW wiederfindet und die ihn prägen, lassen sich hier herleiten, analysieren und daran anknüpfend rekonstruieren. In diesen Reproduktionen spiegelt sich schließlich die Alltäglichkeit wider, die jeden Adressaten umgibt. Im Hinblick auf die Alltäglichkeit lassen sich die Lebensverhältnisse erkennen, durch die der Adressat in seinem Alltag beeinflusst wird, die er aber gleichzeitig auch selbst lenken kann. Berücksichtigt werden bei der Analyse der alltäglichen LW außerdem die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen sich der Adressat befindet.

In seiner alltäglichen LW erfährt der Einzelne seine subjektive Wirklichkeit. Wegweisend dafür stehen die verschiedenen Dimensionen, auf denen die Alltäglichkeit beruht; die der sozialen Beziehungen, des Raumes und der Zeit. Durch das Zusammenwirken dieser Grunddimensionen der alltäglichen LW wird das Erleben von Wirklichkeit begründet. Wichtig ist an dieser Stelle zu betonen, dass der Einzelne dabei nicht auf abstrakte Weise als Individuum, sondern als soziales Wesen, welches im Dialog mit seiner jeweiligen Wirklichkeit stehend, betrachtet wird. Die Alltäglichkeit ist neben den Dimensionen zudem in subjektiven Mustern des Deutens und Handelns verortet. In der Alltäglichkeit liegen demnach ebenfalls die Anstrengungen, die der Adressat bei der Bewältigung von Hürden erfährt. Zudem werden dort Konflikte um Niederlage und Anerkennung ausgeführt. Infolgedessen lernt der Adressat, sich selbst behaupten zu müssen. Dadurch ist die alltägliche LW gleichzeitig auch Ausgangslage des Erlernens neuer Fähigkeiten (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.). Zusammenfassend wird die Alltäglichkeit als eine bestimmte Art des Handelns und Verstehens sowie des Erfahrens von Wirklichkeit bezeichnet (vgl.

Thiersch 2014, S. 47ff.).

Die Alltäglichkeit lässt sich ferner eingeordnet in der Struktur unterschiedlicher Lebensräume - oder auch Lebensfelder genannt - wie beispielsweise Beruf und Familie erkennen. Durch das Durchlaufen dieser Lebensräume, in die die LW unterteilt ist, erschafft der Adressat seine eigene Biografie. Gleichzeitig entwickelt er dadurch seine Identität. Der Prozess der Lebensgestaltung ist jedoch umsäumt von Spannungen und Konflikten, die durch die unterschiedlichen Erfahrungen aus den verschiedenen Lebensfeldern bedingt sind. Bei negativen Erfahrungen können daraus auch Traumatisierungen resultieren, die den Lebensentwurf prägen und den Einzelnen in seiner Lebensbewältigung blockieren. Gleichzeitig ist die LW ein Areal, welches durch Routinen im Denken und Handeln geprägt ist. Auf diese Weise wird dem Adressaten Sicherheit und Orientierung geboten (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.). Doch diese Routinen können auch in Verbindung mit Vorurteilen, Resignation und Ausgrenzung auftreten. Anhand dessen lässt sich eine gewisse Widersprüchlichkeit im Alltag des Adressaten feststellen (vgl. *Thiersch* 2014, S. 49). *Thiersch* geht an diesem Punkt davon aus, dass einige dieser Handlungs- und Deutungsmuster reflektiert und bewusst übernommen werden, andere währenddessen unreflektiert sowie unbewusst. Diesen Effekt bezeichnet er als Pseudokonkretheit (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 149). Durch das Aufbrechen des Unbewussten und Unreflektierten werden dem Adressaten neue Handlungsoptionen konstruiert und offeriert. Die Antwort auf die Frage nach einem gelingenderen Alltag liegt demnach in der Destruktion des Pseudokonkreten (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.).

Diese Ambivalenz des Alltages steht unmittelbar im Zusammenhang mit einer weiteren theoretischen Herleitung der LWO, nämlich den Erkenntnissen der kritischen Alltagstheorie. Die Hürden, denen der Adressat im Alltag ausgesetzt ist und unter dessen Bewältigungsdruck er steht, stehen im Widerspruch zu der Sehnsucht nach Anerkennung und gerechteren Lebensumständen, die sich in seiner Alltäglichkeit ausdrücken. Der in sich ambivalente Alltag wird auch in dieser Hinsicht nachdrücklich hervorgehoben (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 32ff.).

Darüber hinaus steht der Mensch als Subjekt im dialektischen Verhältnis zu der Gesellschaft. Er wird in Abhängigkeit mit den gesellschaftlichen Entwicklungen der Moderne betrachtet. Sein Alltag wird durch Werte und Normen geformt. Angesichts der Individualisierung, Pluralisierung sowie der knappen Ressourcen zum Leben ergeben sich weitere mögliche Komplikationen, sich Orientierung im Alltag zu

verschaffen. Die Alltäglichkeit ist demzufolge neben der Lebensgeschichte des Einzelnen auch durch die Bedingungen der Gesellschaft geprägt (vgl. *Thiersch* 2014, S. 44ff.). Diese Analyse gesellschaftlicher Bedingungen, denen der Adressat in der Moderne ausgesetzt ist, ist ebenfalls ein weiterer theoretischer Zugang der LWO (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 32ff.).

Die zu erkennende Ambivalenz im Erfahren der Dimensionen sowie der Handlungs- und Deutungsmuster ist eklatant. Sie besteht folglich darin, dass der Adressat durch Sicherheit gebende Strukturen gleichzeitig in Mechanismen eingebunden wird, die ihn in seinem Alltag einschränken (vgl. *Böhnisch* 2016, S. 532f.). In dem Hinblick auf strukturelle Muster, durch die der Adressat in seinem Alltag festgestrikt ist, kann es zu Problemen bei der Bewältigung von Aufgaben kommen. Die Gesellschaft trägt durch Anforderungen ihrerseits ebenfalls einen Teil zu diesen Schwierigkeiten bei. Die lebensweltorientierte SA will den Adressaten in der Hinsicht auf ihm unbekannte Hindernisse sowie gesellschaftliche Strukturen, die ihn in seiner alltäglichen LW einschränken, aufmerksam machen. Die LW ist geprägt von dem Spannungsverhältnis, in welchem sie sich befindet; zwischen dem bereits Bestehenden, Gegebenen und dem Potential des Möglichen und bisher Verborgenen. In Anbetracht dieses Wechselspiels, versucht das Konzept der LWO die pseudokonkreten Bedingungen aufzubrechen und offenzulegen. Schließlich wird daran angeknüpft, der Klientel die eigenen Ressourcen innerhalb deren LW aufzuzeigen, die ihr bis dahin verborgen geblieben sind (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.). Im Sinne sozialer Gerechtigkeit zielt die LWO darauf ab, dem Adressaten neue Perspektiven zu eröffnen. Indem der Adressat lernt, sich selbst als Subjekt zu erfahren, soll er gleichzeitig dazu befähigt werden, seine LW frei umzugestalten. Lebensweltorientierte SA möchte ihn zu zuverlässigeren und beständigeren Lebensverhältnissen verhelfen. Im Fokus steht das Erreichen eines gelingenderen Alltages des Adressaten. Darüber hinaus wird unter dem Aspekt eine soziale Gerechtigkeit zu realisieren, nicht nur beabsichtigt, jeden Menschen in seiner Gleichheit anzuerkennen, sondern auch, ihn in seinem Anderssein zu akzeptieren. In Anlehnung daran lässt sich in der politischen Einmischung der SA an dieser Stelle eine weitere wichtige Aufgabe feststellen. Die LWO agiert dementsprechend gesellschaftskritisch (vgl. *Thiersch* 2016, S. 17ff.).

Im Laufe der Zeit wurde das Konzept der LWO kontinuierlich weiter überarbeitet und um die Handlungs- und Strukturmaxime, die im achten Jugendbericht verankert sind, erweitert. Hier hat die lebensweltorientierte Jugendhilfe ihren Ausgangspunkt,

da sie sich neben den Grunddimensionen des Raumes, der sozialen Bezüge sowie der Zeit, auf die dort aufgeführten Maxime beruft (vgl. *Thiersch* 2014, S. 12ff.). Mittels dieser Maxime werden die erläuterten zentralen Begriffe der LWO konkretisiert (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 42f.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Thiersch mit seinen theoretischen Leitgedanken über die LWO Anknüpfungspunkte für die unterschiedlichen Handlungsfelder der Praxis der SA ermöglicht (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 28ff.).

Im Einzelnen werden anschließend die Maxime vorgestellt, um ferner darauf aufbauend den Umgang mit einem PK mit FASD aus der Perspektive der lebensweltorientierten SA zu betrachten. Das nächste Kapitel, welches sich mit den Maximen auseinandersetzt, ist demzufolge maßgebend und richtungsweisend für das weitere Verständnis der vorliegenden Arbeit.

3.2 Struktur- und Handlungsmaximen einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit

Die Maxime stehen kennzeichnend für die LWO. Durch sie werden die zentralen Begriffe der LWO aufgegriffen und verdeutlicht. Darüber hinaus spezifiziert sich die LWO in ihrer konzeptionellen Auslegung sowie in den unterschiedlichen Handlungsfeldern in ihren Handlungs- und Strukturmaximen (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 42ff.). Die Maxime sind demnach bei der Betrachtung der lebensweltorientierten SA in der Praxis von fundamentaler Bedeutung (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 183).

Da im weiteren Verlauf dieser Arbeit detaillierter auf die Maxime eingegangen wird, werden diese im Folgenden kurz erläutert. In den anschließenden Kapiteln wird das Verständnis über die gewählten Maxime fortwährend vertieft, weshalb an dieser Stelle lediglich ein kurzer Überblick verschafft werden soll.

Die Handlungs- und Strukturmaxime gehen aus dem achten Jugendbericht der Bundesregierung hervor und können als Bestreben oder auch als Ziele der LWO betrachtet werden. Die dort festgehaltenen Aspekte sind im unmittelbaren Bezug zum lebensweltorientierten Ansatz nach Hans Thiersch herausgearbeitet worden. Die Maxime stehen zudem richtungsweisend für einen lebensweltorientierten Umgang zwischen der SA und ihren Adressaten. Demnach bieten sie Orientierung, was die Umsetzung des Umgangs mit der Klientel betrifft sowie die Gestaltung und Kritik der institutionellen und professionellen Arbeitsprinzipien (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016,

S. 42ff.). Die Maxime umfassen die Aspekte der Alltagsnähe, Prävention, Dezentralisierung und Regionalisierung, Integration, Partizipation sowie die der Einmischung (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 183ff.).

In erster Linie agiert die lebensweltorientierte SA nach der Maxime der Einmischung. Darunter wird die Einordnung der SA im Gefüge der gesellschaftlichen und sozial- sowie bildungspolitischen Strukturen verstanden. Die lebensweltorientierte SA versucht aufzudecken, welche Alltagsverhältnisse, die durch die Gesellschaft bedingt sind, den Adressaten daran hindern, seine Alltäglichkeit frei gestalten zu können. Sie geht dieser Frage nach, indem sie den Blick auch auf soziale Gerechtigkeit, Ungleichheiten, Armut und Überforderung richtet. Zu ihrem Auftrag gehört es demnach, sich in der Hinsicht kontinuierlich im Sinne für ihre Klientel einzumischen und zu vermitteln. Dadurch trägt die SA ein Mandat, mit dem sie sich auf den unterschiedlichen Ebenen der Politik und Öffentlichkeit positionieren und dort Einfluss ausüben kann (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 42f.).

Das Prinzip der Alltagsnähe zielt darauf ab, den Adressaten ganzheitlich in seiner LW wahrzunehmen. Die Struktur des Hilfegefüges, welches sozialpädagogische Zugänge und Maßnahmen beinhaltet, wird ebenfalls mitbetrachtet. Vordergründig werden hier die Hilfen priorisiert, durch die die lebensweltlichen Ressourcen des Adressaten weiterentwickelt werden (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 44).

Die Regionalisierung - oder auch Dezentralisierung genannt - verweist auf Hilfen, die dem Adressaten, unter Berücksichtigung seiner LW, vor Ort angeboten werden (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 151). Indem sich die LWO an den Sozialräumen der Klientel orientiert, erschafft sie auf diese Weise niederschwellige Zugänge. Durch diese Maxime wird zudem die lebensweltorientierte Dimension des Raumes konkretisiert (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 44f.).

Das Prinzip der Prävention verfolgt zum einen die Absicht, gemäß der primären Prävention belastbarere Alltäglichkeiten und LWs bewusst zu gestalten. Zum anderen wird mittels der sekundären Prävention der Ansatz verfolgt, mögliche Warnhinweise zu erfassen und vorhandene Belastungen in den LW zu verringern (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 43f.).

Die Partizipation meint die Teilhabe der Adressaten an Entscheidungen und Gestaltungen von Hilfe. Durch ihre Beteiligung sichert die SA ihnen im Hinblick auf die soziale Gerechtigkeit ein Mitspracherecht zu. Dieses richtet sich an der jeweiligen Ausgangslage aus, in der sich der Adressat befindet. Demzufolge wird Partizipation

je nach Handlungsfeld der lebensweltorientierten SA unterschiedlich umgesetzt (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 46).

Der Aspekt der Integration hat zum Ziel, die unterschiedlichen Lebensentwürfe der Adressaten zu akzeptieren. Anknüpfend an die Menschenrechte, bezieht das Prinzip zudem den inklusiven Ansatz mit ein. In Anlehnung an die Inklusion untermauert die Maxime, die Gleichheit aller Menschen anzuerkennen. Besonders betont werden dadurch die Gleichheit in den alltäglichen Bewältigungsaufgaben in Anbetracht der sozialen Voraussetzungen. Der Differenzierung nach Fähigkeiten und Beeinträchtigung soll mit dieser Maxime entgegengewirkt werden. Stattdessen wird beabsichtigt, das Streben nach Gerechtigkeit zu fokussieren (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 45f.).

Zu beachten ist, dass sich die Maxime gegenseitig ergänzen und miteinander verknüpfen sind. In dieser Hinsicht lassen sie sich nicht eindeutig voneinander differenzieren sowie definieren (vgl. *Keppeler/Reuting* 2016, S. 153ff.). Basierend auf diesen Erläuterungen, werden nachfolgend Überlegungen zum Ansatz der LWO im Kontext der SA mit einem PK mit FASD angeführt.

4 Die Lebenswelt eines Pflegekindes mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung

„[...] Ein Mensch mit FASD muss täglich unzählige ‚Steigungen‘ bewältigen, um in seiner Umwelt zurechtzukommen. Die überwundenen Hindernisse sind jedoch oft unsichtbar, weil sie gesunde Menschen nicht als Hindernis empfinden“ (*Falke/Stein* 2018, S. 15). Jeden Tag auf ein Neues muss sich ein PK mit FASD Herausforderungen in seiner LW stellen, bei dessen Bewältigung es große Schwierigkeiten hat. Dazu zählen unter anderem regelmäßige Mahlzeitaufnahmen, ausreichend Schlaf, Stillsitzen oder Aufpassen in der Schule. Hintergrund dessen ist die PAE, wodurch verschiedene Bereiche seiner Wahrnehmung und auch die sensorische Integration stark gestört sind. Das hat unter anderem zur Folge, dass das PK mit FASD nur bedingt lernfähig ist. Dadurch scheitert der Betroffene oftmals an den alltäglichen Dingen des Lebens, die für andere als Routine gelten. Es eckt mit seinem Verhalten an und fällt nicht selten negativ auf (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 10ff.).

Welchen Herausforderungen muss sich ein PK mit FASD im Detail stellen? Wie

kann es diese bewältigen, um einen gelingenderen Alltag zu erreichen? Aus dem Blick der lebensweltorientierte SA wird diesen Fragen im Folgenden nachgegangen. Anknüpfend an das vorherige Kapitel zum theoretischen Verständnis der LWO, werden mögliche Hürden in der LW eines PK mit FASD in diesem Abschnitt beleuchtet. Dadurch wird geprüft, inwiefern sich durch die lebensweltorientierte Perspektive Chancen im Umgang mit dem PK mit FASD ergeben, aber auch wo das Theoriekonzept an mögliche Grenzen in ebendiesem Umgang stößt.

Wie zuvor bereits erwähnt, handelt es sich bei FASD um eine Behinderung (vgl. *Spoehr* 2014, S. 10). Daher erscheint der lebensweltorientierte Ansatz in der Behindertenhilfe zur weiteren Erläuterung zunächst als geeignet und sinnvoll. Der Fokus liegt in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht auf einem Menschen mit Behinderung, der sich in einem institutionellem Setting oder eingegliedert in einem professionellen Hilfesystem wiederfindet, sondern der in einer Pflegefamilie aufwächst. Dementsprechend wird das Handlungsfeld der lebensweltorientierten Behindertenhilfe nicht näher beleuchtet. Eine wesentliche Rolle spielen dagegen die Struktur- und Handlungsmaxime sowie die zentralen Begrifflichkeiten der LWO, die bereits im vorherigen Kapitel erläutert wurden. Auf der Grundlage ihres Verständnisses werden mögliche Herausforderungen innerhalb der LW des PK mit FASD aufgegriffen.

Zunächst wird der Lebensraum der Pflegefamilie näher vorgestellt. Daran anschließend werden die Grenzen der LWO erarbeitet, die sich durch die Übertragung der Theorie auf den Umgang mit einem PK mit FASD erkennen lassen. Abschließend werden die Chancen für das PK, sein Umfeld und auch die SA betrachtet, die sich durch den lebensweltorientierten Ansatz bieten.

Da die Symptome der FASD sehr vielfältig und individuell sind, ist das Krankheitsbild bei jedem Betroffenen anders ausgeprägt (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 36). Einige der Merkmale gelten trotzdem als besonders spezifisch bei FASD (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 30). Es versteht sich daher von selbst, dass nur ein beispielhaftes Bild dessen, wie sich ein PK mit FASD verhält, skizziert werden kann.

4.1 Lebensraum Pflegefamilie

Es ist wichtig, dass ein Kind mit FASD in einem stabilen, strukturierten Umfeld aufwächst, in welchem ihm Förderung und Fürsorge entgegengebracht werden. Oft sind diese Bedingungen durch seine biologische Familie jedoch nicht gegeben, sodass es

dort nicht aufwachsen kann (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 45ff.). Gemäß § 33 Abs. 1 im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) ist festgehalten, dass eine Pflegefamilie im Sinne einer

„Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege [...] entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes [...] und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in [seiner] Herkunftsfamilie [...] eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform [bietet]“ (§ 33 SGB VIII Abs. 1).

Eine Pflegefamilie bietet in der Hinsicht einen geeigneten Rahmen für den Aufenthalt des Kindes. Dies erklärt zudem, weshalb die Mehrheit der Kinder mit FASD in einer Pflegefamilie lebt (vgl. *Spoehr* 2014, S. 16). Aus diesem Grund wird exemplarisch der Alltag eines Kindes mit FASD vorgestellt, welches in einer Pflegefamilie heranwächst.

Grundsätzlich wird Familie als belastbar scheinende Lebensgemeinschaft beschrieben. Durch die Pluralisierung bedingen sich differenzierte Verständnisse zu den Lebensentwürfen und der Rollenverteilung der jeweiligen Familienmitglieder. Daraus ergeben sich unterschiedliche Erwartungen an das Familienleben, die das Miteinander strapazieren. Die Familie erfährt dadurch eine Belastung von innerhalb, hinzukommen die Ansprüche von außerhalb (vgl. *Thiersch* 2014, S. 86ff.). Ein harmonisches Zuhause wirkt sich positiv auf die Entwicklung eines Kindes mit FASD aus. Wichtig ist, dass das Selbstwertgefühl des betroffenen PK durch sein Umfeld gestärkt wird (vgl. *Pfinder* u.a. 2013, S. 145). Im weiteren Verlauf wird der Frage nachgegangen, welche Chancen und Grenzen sich aus dem lebensweltorientierten Ansatz im Lebensraum der Pflegefamilie ergeben. Anhand der Belastungen und Herausforderungen, denen die Familie sowie das betroffene Kind im Alltag ausgesetzt sind, werden die Aspekte herausgearbeitet.

Wenn nachfolgend das Wort Familie verwendet wird, ist damit die Pflegefamilie gemeint, bei dem Wort Kind handelt es sich dementsprechend um das PK, welches von FASD betroffen ist.

4.2 Übertragungsmöglichkeiten der Lebensweltorientierung auf den Umgang mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung

Nachfolgend werden im Bezug zum lebensweltorientierten Ansatz im Umgang mit einem PK mit FASD mögliche Übertragungsmöglichkeiten herausgearbeitet. Die

Schilderungen erfolgen unter Einbeziehen zentraler Elemente der LWO sowie deren Struktur- und Handlungsmaxime. Dabei werden Schwierigkeiten und Herausforderungen für das PK und seine Pflegefamilie in seinem Alltag deutlich gemacht.

Kennzeichnend für die LWO ist die unmittelbare Zuwendung zu der LW und somit zum Alltag ihres Adressaten. Durch die Rekonstruktion seiner LW im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Bedingungen, zielt sie darauf ab, den Alltag des PK verstehen zu können. Darauf aufbauend, versucht die LWO eine erste Ausgangslage zu verschaffen, ihrem Adressaten zu einem gelingenderen Alltag zu verhelfen (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 149f.).

Im Hinblick auf die LW, in der sich das PK mit FASD befindet, ist zu beachten, dass keine kausale Therapie möglich ist, wenn es um die Pflege von Menschen mit FASD geht. Die Pflege eines PK mit FASD ist sehr intensiv und zeitaufwendig. Tägliche Strukturen müssen regelmäßig neu bestimmt werden, was ein hohes Maß an Geduld und Rücksicht von den übrigen Familienmitgliedern fordert. Die Schäden der PAE sind nicht rückgängig zu machen, sodass das Kind sein Leben lang auf Hilfe bei seiner Alltagsbewältigung angewiesen ist. Es ist ihm kaum möglich, selbstbestimmt und selbstständig zu leben (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 8ff.). Demgegenüber steht eine der Kernaussagen der LWO, wonach davon ausgegangen wird, dass jeder Einzelne in der Lage ist, eigenständig für Veränderungen innerhalb seiner LW zu sorgen. Darüber hinaus soll er dahingehend fähig sein, seinen Alltag bewusster zu gestalten und Herausforderungen eigenständig zu bewältigen (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.). Doch die Verantwortung, einen gelingenderen Alltag zu erreichen, sieht die LWO jedoch nicht allein bei dem PK mit FASD. Seine gesamte LW, die sich in dem Alltag widerspiegelt, ist primär verantwortlich (vgl. *Klie* 2016, S. S. 550). Die LWO nimmt ihren Adressaten im Austausch mit seiner LW und den sozialen Verhältnissen der Gesellschaft, die ihn umgeben, wahr (vgl. *Thiersch/Böhnisch* 2014, S. 24). Der Adressat wird im dialektischen Verhältnis mit der Gesellschaft stehend gesehen (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 150). Gerade im Hinblick auf die gesellschaftlichen Bedingungen, sieht sich die LWO konfrontiert mit der komplexen Ambivalenz der Lebensverhältnisse, in denen sich der Adressat, das PK, befindet (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 11ff.). Diese Ambivalenz lässt sich einerseits zurückführen auf das ebenfalls komplexe Krankheitsbild der FASD, welches erschwert, das Handeln des Kindes zu verstehen (vgl. *Spohr* 2014, S. 15ff.). Hinzukommen andererseits häufige Vorwürfe, das Verhalten des PK beruhe auf Eigenverschulden oder sei Folge

der Erziehung durch die PE (vgl. *ter Horst* 2017, S. 37). Das Unverständnis der Gesellschaft über das auffällige Verhalten und den Umgang der PE mit ihm, belastet die gesamte Pflegefamilie sowie das PK zusätzlich (vgl. *Thomsen u.a.* 2014, S. 64). Infolgedessen trägt das gesamte Umfeld des PK eine wesentliche Rolle dazu bei, ob das PK einen gelingenderen Alltag erreicht (vgl. *Klie* 2016, S. 550ff.). Da es aufgrund seiner Behinderung auf Unterstützung angewiesen ist, liegt die Verantwortung auch bei seinen Helfern. Gerade die Haltung der PE hat einen großen Einfluss darauf, wie sich das Kind weiterentwickelt (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 8ff.).

Durch das Wissen über FASD fällt es Bezugspersonen leichter, sein Verhalten nicht als mutwillig auffallend und provozierend zu betrachten. Unter dieser Berücksichtigung ist es möglich, dass das Umfeld seine Reaktionen anders zu interpretieren versucht (vgl. *Ross* 2014, S. 199). Auch die Ressourcen des PK werden durch die LWO in den Vordergrund gerückt und es darin gestärkt (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.). Durch diese ressourcenorientierte Sichtweise wird hervorgehoben, dass das PK nicht durchgängig negativ auffällt. Dadurch werden gerade seine besonders positiven Charakterzüge wahrgenommen (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 126).

In den folgenden Abschnitten werden diese Übertragungsmöglichkeiten der LWO im Umgang mit einem PK mit FASD fortgeführt und näher ausgearbeitet. Aufgegliedert in Chancen, die sich durch die lebensweltorientierte Sichtweise ergeben und Grenzen, an denen das Theoriekonzept zu stoßen droht, werden diese Aspekte erläutert.

4.2.1 Grenzen des lebensweltorientierten Ansatzes im Umgang mit Pflegekindern mit der Fetalen Alkoholspektrumstörung

Ein Kind, das an FASD leidet, gilt als behindert (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 14f.). Daraus resultieren nicht selten Probleme bei der Bewältigung seiner alltäglichen Aufgaben (vgl. *Landgraf* 2019, S. 47ff.). Folglich kann es sein Leben nur unter Schwierigkeiten bewältigen und benötigt dabei nicht selten Hilfe und Unterstützung aus seinem Umfeld (vgl. *Thomsen u.a.* 2014, S. 16ff.). Die beschriebene Tatsache steht zunächst im Gegensatz zur Kernaussage der LWO, dass jeder Mensch fähig sei, sein Leben selbstständig erfolgreich zu bewältigen (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.).

Diese Erkenntnis lässt die lebensweltorientierte SA mit einem Kind mit FASD auf den ersten Blick als ambivalent erscheinen. Es stellt sich die Frage, ob das lebensweltorientierte Verständnis für das abweichende Verhalten des Kindes übertragbar ist oder an diesem Punkt schon endet? Im Folgenden werden mögliche Grenzen in der

Übertragung der LWO auf den Umgang mit einem PK mit FASD herauskristallisiert. Zunächst zielt die lebensweltorientierte SA darauf ab, den Eigensinn in der LW des Kindes zu sehen und zu verstehen. Dadurch signalisiert die LWO ihren Respekt gegenüber dem Alltag des Kindes (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 11ff.). Es geht darum, das Handeln und Entscheiden des Kindes wertzuschätzen, obwohl diese Reaktion nicht den Erwartungen des Umfeldes entspricht (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 182). Die geschilderte Herangehensweise steht im unmittelbaren Widerspruch dazu, was den PE eines Kindes mit FASD geraten wird, nämlich ihm stets die Folgen seines auffälligen Handelns aufzuzeigen und diese zu verurteilen. Wichtig hierbei ist jedoch, nicht das Kind selbst zu verurteilen (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 35). Hinsichtlich der eingeschränkten Exekutivfunktionen ist das PK nicht fähig, die Konsequenzen seines Handelns zu erfassen. Das hat zur Folge, dass es aus einer Bestrafung, die aus seinem Verhalten hervorgeht, nicht lernen kann (vgl. *Ross* 2014, S. 197ff.). Der Lernprozess misslingt ihm trotz erneuter Wiederholungen oft und bereits Erlerntes entfällt schnell wieder. Regelverstöße und unangemessenes, zum Teil auch sexualisiert erscheinendes Verhalten, da das PK im Umgang mit anderen oft naiv und zugleich distanzlos ist, treten immer wieder auf. Dies sorgt verstärkt für Konflikte (vgl. *Härter* 2014, S. 22). Darüber hinaus lügt das PK häufig, da es nicht fähig ist, Erlebnisse richtig wiederzugeben und Schwierigkeiten hat, sich an die konkrete Reihenfolge des Geschehens zu erinnern. Es stiehlt, weil es nicht begreifen kann, dass es sich um den Besitz anderer handelt. Außerdem befolgt es oft keine Anweisungen - jedoch nicht in der Absicht, andere zu verärgern und Aufmerksamkeit zu erhalten, sondern da es Probleme hat, die verbal geäußerten Anweisungen auszuführen. Gleichzeitig ist sein Bestreben von Gerechtigkeit sehr ausgeprägt und beweist dies gerne, indem es Schwächere in Schutz nimmt. Das PK zeigt sich zudem oft kooperativ und hilfsbereit, in der Hoffnung, Anschluss zu finden. (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 31ff.). Sein wechselhaftes Verhalten macht den Umgang mit dem PK nicht leicht und ist geprägt von Fehlinterpretationen (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 149). Eine Parallele zu den Widersprüchen im Alltag des PK stellt der Ausgangspunkt des lebensweltorientierten Ansatzes bezüglich des Alltages dar. Der lebensweltliche Alltag des PK ist in sich ambivalent. Sein Alltag mit dem zugleich seine LW impliziert wird, symbolisiert die Bühne des PK, auf der es sich darstellen und selbst behaupten muss sowie nach Anerkennung zu streben versucht (vgl. *Thiersch/Böhnisch* 2014, S. 24ff.). Indem die LWO die LW des PK rekonstruiert, zeichnet sich seine

Alltäglichkeit ab, in der sich die Ambivalenzen ebenfalls erkennen lassen. Die Alltäglichkeit des Adressaten ist selbstverständlich und unzugänglich zugleich, wodurch sie im Gegensatz zu der lebensweltorientierten SA mit ihrem wissenschaftlich fundierten Wissen und professionellem Handeln steht. Die LWO findet sich in dem Spannungsfeld zwischen der Aufrechterhaltung der Eigenständigkeit des Betroffenen und dessen Bevormundung wieder. In der Hinsicht auf einen adäquaten Umgang mit dem Betroffenen gilt es für die SA, diese auszuhandeln. Um die Bedürfnisse des Betroffenen zu wahren ist es wichtig, dass dieser seine Ansprüche und eigenen Vorstellungen seinem Umfeld gegenüber deutlich artikuliert (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 38ff.). Schwierigkeiten ergeben sich an dieser Stelle jedoch in der Übertragung auf den Umgang mit dem Kind. Grund dafür ist, dass das PK dazu neigt, sich leicht verleiten und überreden zu lassen. Diese Eigenschaft ist typisch für die Erkrankung von FASD sowie die Tatsache, dass das PK über kein Zeitgefühl verfügt und sich der Ernsthaftigkeit gewisser Situationen nicht bewusst ist (vgl. *Beddig/Feldmann* 2014, S. 120). Dementsprechend sieht sich die LWO herausgefordert, dem Betroffenen ausreichend Unterstützung zukommen zu lassen, sich selbst auszudrücken und seine eigene Position deutlich zu machen, ohne ihn dabei zu bevormunden. Die lebensweltorientierte SA muss dafür sorgen, dass seine Stärken und Schwächen nicht in den Hintergrund gerückt werden. Stattdessen soll der Respekt gegenüber der LW des PK bewahrt werden. Dies beabsichtigt die LWO, indem sie die Verhältnisse, die das PK umgeben, rekonstruiert, um mögliche Aspekte, die es auf dem Weg zu einem gelingenderen Alltag hindern, aufzudecken (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 38ff.). Die Ambivalenzen, die das Krankheitsbild FASD mit sich bringt, erschweren dennoch, das Verhalten des Kindes exakt zu interpretieren und seinen alltäglichen Kampf nachzuvollziehen (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 13ff.). Es ist eine große Herausforderung für das Umfeld des PK, den Grund für sein auffälliges Verhalten in einer bestimmten Situation herauszufinden. Oftmals verbirgt sich hinter scheinbar absichtlichem Fehlverhalten als Ursache die neurologischen Störungen als Resultat der PAE (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 20ff.). Aus den neurologischen Beeinträchtigungen ergeben sich weitere Spannungen im Alltag des PK. Aufgrund seiner Behinderung kann das PK nur bedingt aus Erfahrungen lernen (vgl. *Härter* 2014, S. 22). Insofern zeigt sich der theoretische Ansatz auch in diesem Punkt als ausbaufähig. Die LWO betont durch ihren Begründer Hans Thiersch ferner, dass der in sich widersprüchliche Alltag mitsamt seiner Pseudokonkretheit nur aufgebrochen werden kann, indem

sich der Betroffene mit diesen Widersprüchen auseinandersetzt (vgl. *Thiersch/Böhnisch* 2014, S. 24). Der lebensweltorientierte Ansatz geht davon aus, dass das Kind sich selbst und seine Umwelt durch ebendiese Auseinandersetzung zu verändern vermag. Durch diesen Prozess wird er folglich als fähig gesehen, die Lebensverhältnisse, die ihn in seinem Handeln und Denken einschränken, selbst zu identifizieren. Schließlich soll er sein Bewusstsein und Handeln daraufhin frei gestalten, um einem gelingenderen Alltag zu erreichen (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 150f.). Im direkten Bezug zu dem PK mit FASD ergeben sich jedoch große Herausforderungen für dieses. Diese resultieren zum einen erneut aus der Schwierigkeit des PK, eigenständig zu handeln sowie zu planen. Auch ist das Kind nicht fähig, sein Handeln zu reflektieren (vgl. *Landgraf* 2019, S. 49ff.). Zum anderen sieht sich das PK durch die Auseinandersetzung mit seinen Eindrücken aus der Umwelt einer möglichen Reizüberflutung konfrontiert (vgl. *Thomsen u.a.* 2014, S. 54f.). Das PK benötigt vielmehr einen reizreduzierten Alltag, damit Wutanfälle oder ähnliche, impulsive emotionale Ausbrüche vermieden werden können (vgl. *Veer* 2014, S. 90). Dies wirft die Frage auf, inwiefern das betroffene Kind fähig ist, die Pseudokonkretheit selbstständig aufzubrechen, um die eigenen Potentiale zum Vorschein kommen zu lassen (vgl. *Thiersch/Böhnisch* 2014, S. 24). Darüber hinaus ist die LWO der Ansicht, dass diese Routinen aufgebrochen werden müssen, da der Adressat ansonsten daran gehindert wird, einen gelingenderen Alltag zu erreichen (vgl. *Mennemann/Dummann* 2016, S. 149). Doch gerade die Routinen sind es, die dem PK im Alltag helfen. Es benötigt klare Strukturen und Regeln in seinem Alltag (vgl. *Thomsen u.a.* 2014, S. 25ff.). Die LWO schreibt Menschen, die in der Umsetzung ihrer Bewältigungsaufgabe scheitern, als mögliche Folge die Entwicklung eines nonkonformen Verhaltens zu. Die Gesellschaft betrachtet das Verhalten als abweichend von der Norm, während dies dem Betroffenen selbst in seiner alltäglichen LW zur Last fällt (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 35). Jedoch muss der Aussage entgegengehalten werden, dass das abweichende Verhalten des Kindes nicht aus seinem Scheitern in der Alltagsbewältigung resultiert. Schon bevor es zu den Niederlagen bei den alltäglichen Herausforderungen kommt, zeigt es auffälliges Verhalten. Verantwortlich dafür sind die durch eine PAE hervorgerufenen irreparablen Schäden am Frontalhirn. Die neuropsychologischen Beeinträchtigungen haben zur Folge, dass das Kind lebenslang in seiner Persönlichkeitsentwicklung eingeschränkt ist. Damit einher kommt die mangelnde Fähigkeit zum Lernen sowie eigenständig sein Leben führen zu können.

Aufgrund seiner Behinderung ist es ihm nicht möglich, eigenständig seinen Alltag zu bewältigen (vgl. *Landgraf* 2019, S. 47ff.). Aus dieser Erkenntnis heraus werden die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes als Symptome für FASD gesehen (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 10). Dennoch besteht die Gefahr, dass die Gesellschaft, ähnlich wie es die Theorie besagt, das Verhalten des Betroffenen ohne Transparenz über die Behinderung FASD als individuelles Eigenverschulden betrachtet (vgl. *ter Horst* 2017, S. 37). Dies kann zur Folge haben, dass die Partizipation an dem gesellschaftlichen Leben nicht gewährleistet werden kann (vgl. *Ross* 2014, S. 199).

Das PK ist einmal mehr auf Hilfe bei der Alltagsbewältigung angewiesen, welche sich an seiner Belastbarkeit individuell ausrichtet und anpasst (vgl. *Härter* 2014, S. 26).

4.2.2 Chancen des lebensweltorientierten Ansatzes

Damit sowohl das betroffene Kind als auch die Familie möglichst ausgeglichen leben können, ist es notwendig, den Alltag klar zu strukturieren. Bei dieser Planung ist es wichtig, die Bedürfnisse aller in den Blick zu nehmen (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 12ff.). Auch der LWO bedarf es an der ganzheitlichen Perspektive, um einen gelingenderen Alltag für den Adressaten zu erreichen. Die LWO wendet sich dem Alltag des Kindes zu und versucht als stabilisierender Faktor zur gelingenderen Lebensbewältigung beizutragen. Gerade in der Arbeit mit dem behinderten Kind spielt das begleitende Unterstützen der lebensweltorientierten SA bei diesem Bewältigungsprozess eine tragende Rolle. Die SA will die Pseudokonkretheit aufbrechen und dem Kind seine Stärken aufzeigen. In dieser Hinsicht agiert die LWO ressourcenorientiert und in Anlehnung an die Maxime der Alltagsnähe. Im Fokus steht, die Gesamtheit der LW des PK zu erfassen, um den Unterstützungsbedarf danach auszurichten (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 182ff.). Diese Vorgehensweise lässt sich darauf übertragen, stets die individuelle Situation des betroffenen PK in den Blick zu nehmen, um die benötigte Unterstützung im Alltag zu planen, indem sich an seinen Ressourcen orientiert wird (vgl. *Landgraf* 2019, S. 71). Hieraus eröffnet sich die Chance, die Stärken des PK mit FASD in den Vordergrund zu rücken. Das PK verfügt über mehrere Stärken, die es auszeichnet. Dazu gehören etwa seine Spontanität, Sportlichkeit sowie das aufgeschlossene und fröhliche Wesen, mit dem es offen, interessiert und unvoreingenommen anderen Personen gegenübertritt. Darüber hinaus hält es durch sein Verhalten der Gesellschaft vor Augen, auf welchen normativen Grundlagen

diese basiert. Dadurch regt es diese zum Nachdenken über diverse Selbstverständlichkeiten an (vgl. *Wirth* 2017, S. 177). Ein PK mit FASD verfügt über viel Kreativität, ist neugierig und interessiert an seiner Umwelt und seinen Mitmenschen. Häufig versprüht es eine große Lebenslust sowie einen gewissen Charme. Offen und mit einer freundlichen, liebenswerten Art geht es auf sein Gegenüber zu. Was das betroffene Kind außerdem auszeichnet, ist, dass es stets das Gute in den Menschen sieht und nicht nachtragend reagiert (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 126). Letzteres stellt eine wichtige Haltung im Umgang mit dem PK dar, nämlich positiv dem PK gegenüber eingestellt zu sein. Wichtig ist in dieser Hinsicht weiter, dem PK mit einer positiven Einstellung und einer einführenden Art zu begegnen. Durch eine angemessene und authentische Haltung wird dem PK erleichtert, mit den Folgen der PAE umzugehen (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 17ff.). Das Konzept der LWO bringt nicht allein durch die Ressourcenorientierung ihrem Adressaten Wertschätzung und Respekt entgegen (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 38ff.). Die LWO begegnet dem PK mit dem akzeptierenden Ansatz (vgl. *Keppeler/Reuting* 2016, S.155). Die Verantwortung für das Bewältigen der Alltagsprobleme wird dadurch nicht primär bei dem PK, sondern in seiner gesamten LW, die den Alltag des PK darstellt, gesehen. Folglich wird durch den Perspektivwechsel weg von dem Betroffenen und hin zu den gesellschaftlichen Umständen, das PK – wenn auch nur geringfügig – in gewisser Weise entlastet (vgl. *Klie* 2016, S. 550ff.).

Ohne Transparenz über die Behinderung FASD wird das auffällige Verhalten des Betroffenen als individuelles Eigenverschulden betrachtet. Auch die Geschwister benötigen Aufklärung über die Erkrankung und das damit einhergehende Verhalten des Betroffenen (vgl. *ter Horst* 2017, S. 37). Damit die Pflegefamilie am gesellschaftlichen Leben partizipieren kann, gilt es, das Wissen um das Krankheitsbild an die Gesellschaft heranzutragen. Denn andernfalls besteht das Risiko, dass die Gesellschaft das abweichende Verhalten des Kindes als mutwillig störend sieht oder es auf das Scheitern der Erziehung zurückführt (vgl. *Ross* 2014, S. 199). Im Zusammenhang mit der Maxime der Einmischung gilt es, sich auf verschiedenen Ebenen in der Gesellschaft und Politik eindeutig zu positionieren. Die SA setzt sich dadurch dafür ein, die Interessen des PK zu vertreten. Gemäß der daraus resultierenden Parteilichkeit bedeutet dies zugleich, sich für die Interessen des Benachteiligten einzusetzen und diese zu vertreten (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 184). Die lebensweltorientierte SA „muss den gesellschaftlichen Bedingungen der Lebenswelt Rechnung tragen und darf

sich nicht mit den Benachteiligungen gegebener Lebenslagen abfinden“ (*Grunwald/Meyer* 2016, S. 186). Ähnlich stehen auch die PE dem Kind als Vermittler zur Seite. Auf familiärer Ebene zielen sie darauf ab, die unmittelbare Umwelt über FASD aufzuklären, um dort Verständnis für das PK zu erlangen (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 22).

Doch auch die Aufklärung und Begleitung der Eltern kommt in erster Linie dem Kind zugute, denn realistische Erwartungen schützen das Kind vor Überforderung, Schuldzuweisungen und Verachtung (vgl. *Härter* 2014, S. 24ff.).

Ferner bemüht sich das PK seinerseits um Integration, indem es sich selbst oft versucht, in sein Umfeld einzubinden (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 92). Es leidet deutlich unter der Bedrohung der sozialen Isolation, welche eine Folge seiner durch die PAE beeinträchtigten Exekutivfunktionen darstellt (vgl. *Landgraf* 2019, S. 51). Denn einerseits zeichnet es ein PK mit FASD aus, besonders aufgeschlossen und gesellig zu sein, doch andererseits erfährt es gerade von Gleichaltrigen oft Ablehnung, wenn es darum geht, Freundschaften zu knüpfen (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 20). Zurückzuführen ist dies auf seine gestörte soziale Interaktion, die es ihm nur bedingt ermöglicht, im Kontakt zu anderen nonverbale Botschaften zu verstehen sowie seine Impulse und Frustrationstoleranz angemessen kontrollieren zu können (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 27ff.). Die LWO versucht mittels der Maxime der Integration sowie des daraus hervorgehenden Inklusionsansatzes, eine Exklusion des Betroffenen zu verhindern. Auf diese Weise knüpft die Theorie an die geschilderten Herausforderungen des PK an. Sie setzt sich stattdessen dafür ein, jedem die gleichen Rechte zuzusagen und währenddessen die Diversität untereinander anzuerkennen und zu akzeptieren (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 184). Gerade im Sinne des PK soll eine gerechte Gesellschaft darauf abzielen, jedes Kind mit seinen individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten zu betrachten, anstatt alle gleich zu behandeln (vgl. *Pfinder* u.a. 2013, S. 146).

Die Maxime der Prävention zielt darauf ab, die Lebensverhältnisse des PK und seiner Pflegefamilie zu verbessern. In den Blick genommen werden hier sowohl die Gegebenheiten und Ressourcen, die sich in dem Sozialraum wiederfinden sowie die des betroffenen Kindes (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 183). Dieser Ansatz ist wichtig, denn schon allein aufgrund der von FASD hervorgehenden Symptomatik sind den PE Grenzen gesetzt, was den Umgang mit ihrem PK betrifft. Da der Lernprozess des Kindes eingeschränkt ist, wird von den PE erfordert, Sprache, Verhalten sowie die

räumliche Struktur an die Bedürfnisse ihres PK auszurichten. Sie versuchen somit, sich dem PK anzupassen (vgl. *Ross* 2014, S. 197). Im Umgang mit dem PK ist es demnach besonders wichtig, durch die Gestaltung der Umwelt eine Konstanz und Ruhe walten zu lassen. Dies impliziert, Gegenstände stets an den gleichen Standorten aufzubewahren, Abläufe möglichst einfach zu halten und routiniert durchzuführen (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 37). Das PK bemüht sich seinerseits darum, nicht aufzufallen, sondern sich an seine Umwelt anzupassen (vgl. *Thomsen* u.a. 2014, S. 70). Doch aufgrund seiner eingeschränkten Wahrnehmungsverarbeitung, fällt es ihm nicht leicht, aufmerksam zu sein und sich Sachen zu merken. Aus dieser Überforderung heraus reagiert das PK dennoch oft mit auffälligen Verhalten, wie Hyperaktivität, Impulsivität oder auch Aggressivität. Eine unangemessene Umgebung verstärkt die Symptome der FASD zusätzlich. Da das PK nicht in der Lage ist, eigenständig eine Struktur aufzubauen, muss diese Hilfe von außerhalb kommen (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 37). Die Maxime der Dezentralisierung verfolgt zwar die Absicht, dem Betroffenen niederschwellige Hilfe auf regionaler Ebene zugänglich zu machen und fördert soziale Netzwerke, um diese auszubauen. Dennoch intendiert der lebensweltorientierte Ansatz mit diesem Prinzip, dem Adressaten Hilfe zukommen zu lassen, indem seine Bedürfnisse berücksichtigt werden und der Hilfebedarf daran angepasst wird. Auch im Sinne der Partizipation versucht die LWO auf vielfältige Weise ihrem Adressaten Teilhabe und Mitspracherecht zu gewähren (vgl. *Grunwald/Meyer* 2016, S. 183). Die LW des Betroffenen erfordert regelmäßig von ihm, sich zu behaupten und zu entscheiden. Doch gerade dies fällt dem PK dadurch schwer, da es ihm daran mangelt, Handlungsabläufe konkret zu planen und umzusetzen (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 31). Die lebensweltorientierte SA knüpft an dieser Stelle an, um den Betroffenen in dieser Hinsicht zu entlassen. Indem sie versucht, seine Interessen wahrzunehmen und seine Potentiale dabei in den Blick nimmt, beabsichtigt sie, ihm unterstützende Hilfe zu leisten. Anschließend setzt sie sich für den Adressaten ein und versucht seine Defizite auszugleichen (vgl. *Thiersch* 2014, S. 28f.). Das PK profitiert davon, ernst genommen zu werden und erhält dadurch die Chance, sein Verhalten einsortieren und mögliche Lösungsstrategien ansatzweise analysieren zu können (vgl. *Schlachtberger* 2017, S. 35). Darüber hinaus beinhaltet die Partizipation die Kooperation mit dem Betroffenen, seiner Pflegefamilie sowie dem übrigen Umfeld seiner LW (vgl. *Thiersch* 2014, S. 31.). Denn auch trotz Vorhandensein sozialer und persönlicher Ressourcen des PK, empfinden die PE den familiären Alltag durch

das auffällige Verhalten ihres PK als belastend (vgl. *Sarimski* 2014, S. 649). Mithilfe der Partizipation und der Vermittlung von Interessen sowie Bedürfnissen des PK wird für Entlastung gesorgt – dies gilt auch seitens der PE (vgl. *Falke/Stein* 2018, S. 22). In dieser Hinsicht ergibt sich vor allem durch die Struktur- und Handlungsmaxime, die Chance, Orientierung für die Gestaltung eines adäquaten Umganges mit dem Adressaten zu bieten. Die lebensweltorientierte SA positioniert sich seitens des Betroffenen und setzt sich für ihn ein. Dieses Mandat führt sie aus, indem sie mittels der Prinzipien der Einmischung und auch der Partizipation auf unterschiedlichen Ebenen agiert. Diese Ebenen umfassen sowohl das unmittelbare Umfeld des PK als auch die Öffentlichkeit. Die LWO ist in dieser Hinsicht vermittelnd tätig, um auftretende Spannungen auszuhandeln und dem Adressaten andere, neue Chancen zu eröffnen (vgl. *Grunwald/Thiersch* 2016, S. 24ff.).

5 Fazit

Die LWO zeigt sich im Hinblick auf ihre Grundannahme, jeder Mensch sei fähig, eigenständig sein Leben zu bewältigen wenig geeignet, ihren Ansatz auf den Umgang mit einem PK mit FASD zu übertragen. Auch was die Annahme des lebensweltorientierten Ansatzes anbelangt, dass das abweichende Verhalten ein Resultat des eigenen Scheiterns sei, lässt die LWO zunächst unvereinbar zu sein scheinen, um sie auf den Kontakt mit ebendiesem Kind zu projizieren. Grund dafür ist die Tatsache, dass bei FASD eine Schädigung des ZNS vorliegt. Dadurch ist es Betroffenen nur stark eingeschränkt möglich, ihren Alltag zu gestalten. Aufgrund der Behinderung sind sie ihr Leben lang auf Hilfe angewiesen. Die LWO stößt in dieser Hinsicht an deutliche Grenzen und ist nur bedingt übertragbar. Bei genauerer Betrachtung lassen sich dennoch adäquate Möglichkeiten aus der Übertragung der LWO im Umgang mit einem PK mit FASD feststellen. Besonders unter hinzuziehen der Struktur- und Handlungsmaxime lassen sich diese Chancen in seiner LW erkennen und eröffnen eine wertschätzende, ressourcenorientierte Perspektive für den Umgang mit dem betroffenen PK. Die positiven Eigenschaften des PK werden betont und es wird daran appelliert, für Partizipation zu sorgen. Denn es geht gleichzeitig hervor, welchen Anstrengungen das PK in seinem Alltag ausgesetzt ist und wie sehr es vor allem durch soziale Folgen aufgrund seiner Behinderung bedroht ist. Der Auftrag für die lebensweltorientierte SA wird dahingehend konkretisiert, für FASD zu sensibilisieren und

Betroffenen Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dadurch ergeben sich diverse Übertragungsmöglichkeiten der LWO für den Umgang mit einem PK mit FASD. Mit dieser Arbeit lässt sich jedoch nicht endgültig feststellen, wie sich diese Übertragung in der Praxis gestaltet, da es sich lediglich um eine theoretisch herausgearbeitete Untersuchung dessen handelt. Die Ergebnisse können dennoch dazu dienen, das Wissen und die Aufklärung über die Diagnose von FASD zu erweitern - gerade in Anbetracht dessen, dass FASD über eine hohe Prävalenzrate verfügt. Die Ergebnisse sind gleichermaßen für die SA sowie das soziale Umfeld des Betroffenen von großer Bedeutung. Es bedarf ihnen, vor allem der SA, an einem hohen Maß der Reflektion, wenn es darum geht, mit dem PK auf einen gelingenderen Alltag hinzuwirken. Im wechselseitigen Verhältnis zueinander soll eine angemessene Betreuung für das PK mit FASD und seine Pflegefamilie sichergestellt werden und das PK geeignete Unterstützung erhalten.

Die Erarbeitung der vorliegenden Arbeit lässt ferner den Denkanstoß zu, andere Lebensräume, die das PK in seiner LW durchläuft, auf ähnliche Chancen und Grenzen hin zu analysieren. Der Lebensraum Schule stellt ein mögliches Konfliktpotential für das PK mit FASD dar, was eine nähere Betrachtung der Bewältigung schulischer Herausforderungen aus Perspektive der LWO interessant sein lassen könnte. Denn bei abschließender Betrachtung stellt sich der lebensweltorientierte Ansatz in mehreren Punkten als geeignet für eine Übertragung im Umgang mit einem Menschen mit FASD dar.

Literaturverzeichnis

- Beddig, Theresa/Feldmann, Reinhold* (2014): Fetale Alkoholspektrumstörungen und die Strafjustiz. In: *Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V.* (Hg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht... 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 119-124
- Böhnisch, Lothar* (2016): Zum Verhältnis der Konzepte Lebensweltorientierung und Lebensbewältigung. In: *Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (Hg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 531-536
- Bühning, Petra* (2016): Fetales Alkoholsyndrom: Neue S3-Leitlinie für frühzeitige Diagnose. Online: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/180727/Fetales-Alkoholsyndrom-Neue-S3-Leitlinie-fuer-fruehzeitige-Diagnose> (Zugriff: 28.03.2019)
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung* (Hg.) (2017): Die Fetale Alkoholspektrumstörung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis. Berlin: Eigenverlag.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/Bundesministerium für Gesundheit* (Hg.) (2017): Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Eigenverlag.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung/Bundesministerium für Gesundheit* (Hg.) (2018): Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Eigenverlag.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information* (Hg.) (2018): ICD-10-GM Version 2019 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification: Kapitel XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99). Online: [file:///C:/Users/salop/AppData/Local/Temp/Temp1_icd10gm2019syst-pdf%20\(1\).zip/icd10gm2019syst_referenz_20180921.pdf](file:///C:/Users/salop/AppData/Local/Temp/Temp1_icd10gm2019syst-pdf%20(1).zip/icd10gm2019syst_referenz_20180921.pdf). (Zugriff: 25.03.2019)

- Falke, Susanne/Stein, Sabine* (2018): Ein (Pflege-Kind) mit FASD – und glücklich! Zusammenleben mit Kindern und Jugendlichen mit Fetalem Alkoholsyndrom. 2. überarbeitete Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Green, Patricia P./McKnight-Eily, Lela R./Tan, Cheryl H./Mejia, Roberto/Denny, Clark H.* (2016): Vital Signs: Alcohol-Exposed Pregnancies - United States, 2011-2013. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 65. Jg./H. 4. S. 91-97
- Grunwald, Klaus/Meyer, Thomas* (2016): Lebensweltorientierung in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung. In: *Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (Hg.): *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 175-188
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (2015): Lebensweltorientierung. In: *Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans* (Hg.): *Handbuch Soziale Arbeit*. 5. erweiterte Aufl. München: Reinhardt. S. 934-942
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (2016): Lebensweltorientierung. In: *Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (Hg.): *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 24-64
- Härter, Henrike* (2014): Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholspektrumstörung (FASD) – Diagnostik und Grundlagen. In: *Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V.* (Hg.): *FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht...* 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 17-28
- Hennicke, Klaus/Klein, Michael/Becker, Gela* (2015): Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). In: *Becker, Gela/Hennicke, Klaus/Klein, Michael* (Hg.): *Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S. 3-10

- Heinen, Florian* (2013): Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Höflich, Peter* (2017): Aus der Perspektive des Verfassungs- und Familienrechts, des Kinder- und Jugendhilferechts sowie des Schwerbehindertenrechts. In: *Jost, Annemarie/Wirth, Jan V.* (Hg.): Mehrperspektivisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe. „Steven M.“ – ein Junge mit FASD. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 140-146
- Keppeler, Siegfried/Reuting, Matthias* (2016): Lebensweltorientierung und Mobile Jugendarbeit. In: *Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (Hg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 153-163
- Klie, Thomas* (2016): Lebensweltorientierung und Pflege. In: *Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (Hg.): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 547-558
- Kraus, Ludwig/Seitz, Nicki-Nils/Shield, Kevin D./Gmel, Gerrit/Rehm, Jürgen* (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. Online: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1290-0> (Zugriff: 25.03.2019)
- Landgraf, Miriam* (2015): Diagnose der FASD. In: *Becker, Gela/Hennicke, Klaus/Klein, Michael* (Hg.): Suchtgefährdete Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening-Ansätze und Interventionsmöglichkeiten. Berlin/Boston: Walter de Gruyter. S. 19-27
- Landgraf, Mirjam* (2017): Fetale Alkoholspektrumstörungen FASD – S3-Leitlinie zur Diagnose. In: *FASD Deutschland e.V.* (Hg.): FASD - Resignation? Motivation! 18. FASD-Fachtagung in Würzburg. 23.-24.09.2016. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 11-20
- Landgraf, Mirjam* (2019): Prävalenz, Diagnostik und Therapie der Fetalen Alkoholspektrumstörungen. In: *Bilke-Hentsch, Oliver/ Gouzoulis-Mayfrank,*

Euphrosyne/ Klein, Michael (Hg.): Fetale Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Therapie, Prävention. Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 19-71

Landgraf, Mirjam/Heinen, Florian (2016): S3-Leitlinie. Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD. Online: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025k_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06.pdf (Zugriff: 25.03.2019)

Mennemann, Hugo/Dummann, Jörn (2016): Einführung in die Soziale Arbeit. Baden-Baden: Nomos.

Möller, Janet/Feldmann, Reinhold (2013): Fetales Alkoholsyndrom (FAS): Belastungen von Pflege- und Adoptiveltern mit einem an FAS erkrankten Kind. In: *Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V.* (Hg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke-Ausblicke. 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 149-174

Nordhues, Philipp/Weischenberg, Marlit/Feldmann, Reinhold (2013): Das fetale Alkoholsyndrom: Eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern. In: *Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V.* (Hg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke-Ausblicke. 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 18-34

Pfinder, Maunela/Liebig, Stefan/Feldmann, Reinhold (2013): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern mit pränataler Alkoholexposition. In: *Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V.* (Hg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke-Ausblicke. 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 141-148

Ross, Nora (2014): Fetale Alkoholspektrumstörungen FASD – S3-Leitlinie zur Diagnose. In: *Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V.* (Hg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht... 15.

FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 192-202

Sarimski, Klaus (2014): Familiäre Belastungen in Pflege- und Adoptionsfamilien mit Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 63. Jg./ 8. S. 649-665

Schlachtberger, Anne (2017): FASD und Schule. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Spohr, Hans-Ludwig (2014): Das Fetale Alkoholsyndrom. Im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin/Boston: Walter de Gruyter.

Spohr, Hans-Ludwig (2016): Das Fetale Alkoholsyndrom und seine lebenslangen Folgen in: *Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung* (Hg.) *Zum Wohl? - Von wegen! Neue Perspektiven auf die Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit*. 26. Niedersächsische Suchtkonferenz. Hannover: Eigenverlag. S. 23-28

Spohr, Hans-Ludwig (2017): Das Fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter. In: *Frühe Kindheit - die ersten sechs Jahre*. 20. Jg./H. 1. S. 6-11

ter Horst, Klaus (2017): Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) – eine Herausforderung für die stationäre Jugendhilfe. In: *FASD Deutschland e.V./Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin* (Hg.): *FASD - Resignation? Motivation!* 18. FASD-Fachtagung in Würzburg. 23.-24.09.2016. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 33-52

Thiersch, Hans/Böhnisch, Lothar (2014): Spiegelungen. Lebensweltorientierung und Lebensbewältigung. Gespräche zur Sozialpädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Thiersch, Hans (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Thiersch, Hans (2016): Zur Einleitung: Lebensweltorientierung in der sozialpädagogischen Familienhilfe. Eine exemplarische Fallgeschichte. In: *Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans* (Hg.): *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit*. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen

Arbeitsfeldern. 3. vollständig überarbeitete Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S.13-23

Thomsen, Annika/Lepke, Katrin/Landeck, Gerhild/Michalowski, Gisela (2014):

FASD - Fetale Alkoholspektrumstörungen. Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten? Ein Ratgeber. 2. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Veer, Dorothee (2014): In den ersten Jahren – frühe Hilfen für Kinder mit FASD und

deren Erziehende. In: *Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/FASD Deutschland e.V. (Hg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht... 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. 27.-28.09.2013. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 89-96*

Wirth, Jan V. (2017): Der Blick in den Spiegel – Soziologische Bemerkungen zum

„Fall Steven“. In: *Jost, Annemarie/Wirth, Jan V. (Hg.): Mehrperspektivisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe. „Steven M.“ – ein Junge mit FASD. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 162-178*

„Versicherung nach § 20 (3) der AT PO an der Fachhochschule Münster“:

„Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die Ausführungen anderer Autoren wörtlich oder sinngemäß entnommen sind, habe ich durch Angabe der Quellen als Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder in Teilen noch insgesamt einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Vor- und Zuname, Unterschrift