

Hochschule Niederrhein  
University of Applied Science

Im Fachbereich Sozialwesen „Bachelor Soziale Arbeit“

## **Bachelorarbeit**

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor

# **Kinder von alkoholkranken Müttern - Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die physische und psychi- sche Entwicklung vom Neugeborenen bis ins Kleinkindalter und die Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit**

### **Betreuung**

Frau Prof. Dr. Anne-Friederike Hübener

### **Zweitgutachten**

Frau Aida Kopic

### **Autor**

Carolin Purrio

Voosener Straße 99

41179 Mönchengladbach

carolin.purrio@stud.hn.de

1169784

### **Ort, Abgabetermin**

Mönchengladbach, 24.06.2020

## Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit steht unter dem Titel „Kinder von alkoholerkrankten Müttern – Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die physische und psychische Entwicklung vom Neugeborenen bis ins Kleinkindalter und die Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit“. Um diese zwei in den Fokus genommenen Schwerpunkte mit Inhalt zu füllen, wurde neben der systematischen Literaturrecherche auch eine qualitative Forschung anhand eines Interviews durchgeführt.

Anhand dieser zwei Methoden konnte die Erkenntnis getroffen werden, dass lediglich die Fallzahlen der mit der Fetalen Alkoholspektrum-Störung (FASD) geborenen Kindern vorliegen. FASD entsteht schon beim ungeborenen Fötus aufgrund des mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft und schließt verschiedenste Folgeerkrankungen, wie das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) als Vollbild der FASD mit ein. Statistiken über den Alkoholkonsum von Frauen in der Schwangerschaft fehlen gänzlich. Zudem zeigt sich, dass die Diagnosestellung der FASD für die betroffenen Kinder eine notwendige frühe Förderung bedeutet, allerdings die Stellung der Diagnose für die FachärztInnen schwierig ist, da die Symptome bei den Kindern nach mütterlichem Alkoholkonsum auch bei anderen Krankheitsbildern auftreten und demnach schwer zuzuordnen sind.

Die Aufklärungs- und Präventionsangebote für alkoholerkrankte Schwangere muss in der Kooperation verschiedener Fachstellen, vor allem der GynäkologInnen und der Schwangerschaftsberatungsstellen, weiter ausgebaut und die Zusammenarbeit gestärkt werden. Damit soll, langfristig gesehen, der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft reduziert bzw. vermieden werden, damit die Geburten von Kindern mit FASD verringert werden.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	II
Inhaltsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis .....	V
Tabellenverzeichnis .....	VI
1. Einleitung.....	1
2. Methoden.....	4
2.1 Literaturrecherche .....	4
2.2 Qualitative Forschung .....	8
3. Begriffsbestimmungen .....	11
3.1 Definitionen.....	11
3.2 Arten der Substanzgebrauchsstörung .....	13
3.3 Alkohol als Substanzgebrauchsstörung.....	14
4. Alkoholismus.....	18
4.1 Geschichte.....	18
4.2 Wirkweise .....	19
4.3 Risiken .....	20
5. Physiologische Entwicklung des Kindes.....	22
5.1 Physiologische pränatale Entwicklung.....	22
5.2 Physiologische Entwicklung in der Neugeborenenperiode .....	23
5.3 Physiologische Entwicklung im Säuglingsalter .....	24
5.4 Physiologische Entwicklung im Kleinkindalter .....	25
5.5 Weitere physiologische Entwicklungsstufen .....	27
6. Kognitive Entwicklung und Bindungsverhalten des Kindes.....	28
6.1 Theorie der kognitiven Entwicklung nach Piaget .....	28
6.2 Bindungsverhalten .....	29
7. Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft .....	32
7.1 Pränatale Auswirkungen .....	33
7.2 Auswirkungen auf die Geburt und das Neugeborene .....	35

---

7.3 Auswirkungen auf den Säugling und das Kleinkind .....	37
7.4 Weitere Auswirkungen in späteren Lebensphasen.....	39
8. Hilfsmöglichkeiten und Grenzen.....	41
8.1 Hilfen für die Mütter.....	41
8.1.1 Grenzen.....	45
8.1.2 Lösungsansätze.....	46
8.2 Hilfen für betroffene Kinder .....	47
8.2.1 Grenzen.....	49
8.2.2 Lösungsansätze.....	49
8.3 Forschung.....	50
8.3.1 Auswertung und Analyse.....	50
8.3.2 Ergebnisse.....	55
9. Diskussion .....	57
10. Fazit.....	59
A Literaturverzeichnis .....	61
B Anhang.....	65
C Selbständigkeitserklärung .....	82

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Schwangerschaftsverlauf .....	22
Abbildung 2: Transtheoretisches Modell .....	43
Abbildung 3: Selektiver Kodierprozess .....	51

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Literaturrecherche .....	7
Tabelle 2: Typologie nach Jellinek .....	17
Tabelle 3: Typologie nach Lesch.....	17
Tabelle 4: Entwicklung vom Kinder- bis zum Erwachsenenalter.....	27
Tabelle 5: Übersicht FASD.....	36
Tabelle 6: Motivierende Gesprächsführung.....	43

## 1. Einleitung

In Deutschland ist Alkohol als Genussmittel und Getränk in Gesellschaft allseits anerkannt. Er ist als legale Droge frei verkäuflich, was dazu führt, dass die Rate des Alkoholmissbrauchs unter anderem in Deutschland höher ist als in den Ländern, in denen Alkoholkonsum beispielsweise durch religiöse Vorschriften eingeschränkt ist. (vgl. Seitz 2013: 44) Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung im Jahr 2019 wird aufgezeigt, dass hierzulande ca. 18% der Männer und 14% der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Frauen befinden sich dabei zumeist in hohen Sozialstatusgruppen, während sich bei Männern dahingehend keine konkrete Tendenz zeigt. (vgl. Altenburg 2019: 51) „Der Pro-Kopf-Verbrauch an Reinalkohol ist in den letzten 40 Jahren zurückgegangen.“ (s. ebd.: 52) Allerdings zählt Deutschland weiterhin zu den Hochkonsumländern. (vgl. ebd.) 2012 lag der Konsum in Deutschland mit 12 Liter Reinalkohol pro Kopf der Bevölkerung ab 15 Jahren auf dem 28. Rang, direkt hinter Österreich mit knapp 12,5 Liter. Spitzenreiter waren Estland mit 17 Liter und Tschechien mit 16,5 Liter Reinalkohol. (vgl. Seitz 2013: 13f.)

Die Kinder alkoholkonsumierender Eltern stehen erst seit den 1980er Jahren mit im Fokus. (vgl. Arenz-Greiving 2007: 1) Schon der altgriechische Gelehrte Plutarch, der 45 bis 125 nach Christus lebte, soll gesagt haben „Trinker zeugen Trinker“ (vgl. Zobel 2017: 13), was zwar nur sehr einseitig auf mögliche Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufmerksam macht, jedoch gleichzeitig aufzeigt, dass dies kein neues Phänomen darstellt. Besonders die Fachöffentlichkeit interessiert sich seit der Fokussierung der betroffenen Kinder mehr und mehr für die Folgen des Alkoholkonsums der Eltern, besonders der Mütter, da viele Auswirkungen bislang unentdeckt oder fehldiagnostiziert werden. (vgl. Altenburg 2019: 67)

„In Deutschland leben schätzungsweise 2,65 Millionen Kinder von alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Eltern und ca. 30.000 – 40.000 Kinder drogenabhängiger Mütter, womit etwa jedes fünfte Kind in einer suchtblasteten Familie aufwächst.“ (s. Arenz-Greiving 2007: 1)

Daten, die sich ausschließlich auf den Alkoholkonsum der Mütter oder Schwangeren beziehen, liegen nicht vor. Deshalb wurde der Fokus dahingehend auf die geborenen Kinder und deren Entwicklung gelegt. 2014 wurde eine Studie durchgeführt, die das Auftreten von FAS und FASD<sup>1</sup> in Zahlen deutlicher und greifbarer machen sollte. Schät-

---

<sup>1</sup> Erklärung des Krankheitsbildes in Kapitel 7

zungsweise werden nach Aussagen dieser Studie jährlich 41 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten mit FAS und 177 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten mit FASD geboren. (vgl. Kraus 2019; Übersetzung der Verfasserin) Für das Beispieljahr 2014 ergibt dies bei insgesamt 714.927 Lebendgeburten eine Geburtenrate von 2.930 Kindern mit FAS und 12.650 Kindern mit FASD. (vgl. Hoppe 2019)

Interessant ist das bis dahin nicht gekannte Ausmaß nicht nur für die Kliniken und das medizinische Personal, sondern auch für Fachkräfte in anderen Bereichen, wie der Sozialen Arbeit. Sie betreuen und fangen Kinder auf, die in betroffenen Familien groß werden und sich der Belastung des Alkoholkonsums der Eltern aussetzen müssen. Vor allem aber die Prävention spielt neben der Zusammenarbeit mit bereits betroffenen Kindern eine große Rolle und ist bereits in und während der Schwangerschaft einzusetzen und anzuwenden. Ein präventives Ansetzen bei den alkoholerkrankten Müttern ist so wichtig, um Kindeswohlgefährdungen frühzeitig vermeiden oder durch die Sozialanamnese der Mutter erkennen zu können. Ebenso kann durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen den Folgen für die kindliche Entwicklung entgangen werden. Ein frühes Ansetzen und die Nutzung eines interdisziplinären Teams könnte dabei Abhilfe schaffen.

Bevor jedoch dieser Thematik nachgegangen wird, werden in Kapitel 2 die Methoden der Informationsbeschaffung erläutert. Es wurde zum einen eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Zum anderen wurden Methoden der qualitativen Forschung angewandt, um den Themenbereich aus Sicht einer Fachkraft mit Erfahrungswerten zu füllen.

In Kapitel 3 werden die Begriffe „Sucht“, „Abhängigkeit“ und „Missbrauch“ in Bezug auf Alkohol als Substanzgebrauchsstörung definiert. Ebenso wird auf die Entstehung dieser eingegangen.

Das 4. Kapitel beschäftigt sich auch mit dem Thema Alkoholismus, wobei hier auf die geschichtlichen Hintergründe und die chemische Wirkweise eingegangen wird. Die Auswirkungen des Alkohols auf den/die KonsumentIn werden dargestellt, ebenso die Risiken, die der Konsum mit sich bringen kann.

Die Kinder werden in Kapitel 5 hinsichtlich ihrer Entwicklung pränatal, als Neugeborenes, als Säugling und als Kleinkind in den Fokus genommen. Aufgegliedert in verschiedene Altersstufen wird hier die jeweilige physiologische Entwicklung aufgezeigt. In den Begriff „Entwicklung“ eingeschlossen sind zum einen physische, aber auch psychische, kognitive und sozio-emotionale Faktoren.

Auch das 6. Kapitel beschäftigt sich mit den Kindern, wobei hier das Bindungsverhalten und die wissenschaftliche Theorie nach Piaget im Mittelpunkt stehen.



In Kapitel 7, welches sich nun konkret mit dem ersten Teil der Forschungsfrage beschäftigt, werden die physiologischen Entwicklungen auf den Alkoholkonsum einer Mutter während der Schwangerschaft bezogen und die Auswirkungen aufgezeigt. Auch hier wird sowohl auf körperliche als auch auf psychische, sozio-emotionale Aspekte und das Bindungsverhalten eingegangen. Die Gliederung findet auch hier anhand der verschiedenen Lebensphasen statt, beginnend mit der pränatalen Phasen und abschließend mit dem Kleinkindalter. In einem Zusatzkapitel wird auf weitere Auswirkungen in späteren Altersstufen eingegangen.

Der zweite Teil der Forschungsfrage wird im 8. Kapitel behandelt. Es wird, neben der in der Literatur ersichtlichen Hilfsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Mütter, ein Interview analysiert, welches mit einer Sozialarbeiterin, die sich mit einem Verein für Kinder mit FASD einsetzt, geführt wurde. Die Ergebnisse werden in diesem Kapitel dargestellt und anhand der vorherigen Erkenntnisse der Literaturrecherche diskutiert.

Zum Schluss folgt zunächst eine kritische Diskussion der Gesamtheit der Ergebnisse, die in dieser Arbeit gesammelt wurden und welche abschließend in einem Fazit zusammengefasst werden.

## 2. Methoden

Zur Erforschung der aufgestellten Fragen nach den Auswirkungen und den Hilfsmöglichkeiten wurden unterschiedliche Methoden angewandt. Zum einen wurde für den Großteil der vorliegenden Arbeit eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Diese wurde für den zweiten Teil der Forschungsfrage durch die Nutzung zweier Methoden der qualitativen Forschung intensiviert. Im Folgenden wird auf die genaue Vorgehensweise eingegangen.

### 2.1 Literaturrecherche

Zunächst wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese begann in der Bibliothek der Hochschule Mönchengladbach, um sich einen ersten Eindruck über das Themenfeld zu verschaffen und sich einzulesen. Auch im Internet wurde zuerst grob mit der Suchmaschine Google nach Schlagworten wie „Alkohol“, „Mutter“, „Kind“, „Alkoholerkrankungen der Mutter“ und „Alkohol in Schwangerschaft“ gesucht. Dabei wurden auch Seiten wie Wikipedia aufgesucht, um sich in dem Themenfeld etwas besser zurecht zu finden und die Suche danach spezifischer gestalten zu können.

Bei der im nächsten Schritt durchgeführten systematischen und intensiveren Literaturrecherche wurde unter anderem auch die Seite des statistischen Bundesamtes aufgesucht, die über diverse Daten und Statistiken zu verschiedensten Themenbereichen verfügt. Zum Thema Alkohol fanden sich keine relevanten Zahlen, weshalb ein E-Mail-Kontakt dorthin aufgebaut wurde. Dieser ergab, dass es zu dem Thema „Alkoholerkrankte Mütter“ bzw. „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ keinerlei Zahlen gibt, die anzeigen, wie viele Mütter innerhalb von Deutschland Alkohol generell oder in der Schwangerschaft konsumieren. Das statistische Bundesamt verwies dabei auf die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). Auch auf deren Homepage lagen lediglich Zahlen für z.B. den Verbrauch an Reinalkohol je Einwohner oder die generelle Prävalenz alkoholbezogener Störungen bei Erwachsenen vor. (vgl. DHS I) Daher wurden auch hier per E-Mail die gewünschten Zahlen angefragt, welche in dieser Genauigkeit auch nicht vorlagen.

Die intensiv durchgeführte Recherche beschränkte sich nicht nur auf den Bücherbestand der Hochschulbibliothek, sondern schloss auch verschiedene Online-Datenbanken mit ein. Die folgende Tabelle zeigt auf, welche Datenbanken besucht wurden, welchen Suchbegriffen dort nachgegangen wurde und aufgrund welcher Filterung es schlussendlich zu den verwendbaren Ergebnissen kam.

Name der Datenbank	Beschreibung der Datenbank	Verwendete Schlagworte	Suchstrategie	Genutzte Filter	Anzahl der enthaltenen Einträge	Ein- und Ausschlusskriterien
PubMed	PubMed ist eine englischsprachige Datenbank, in der über 30 Millionen Zitate für medizinische Literatur aufgerufen werden können. ( <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a> [11.03.2020])	Alcohol AND Mother AND child	Bei der Suche nach den Schlagworten „alcohol mother“ fanden sich sehr viele Ergebnisse. Deshalb fand eine konkretisiertere Schlagwortsuche nach den Wörtern „alcohol AND mother AND child“ statt.	Eingrenzung der Veröffentlichungsdaten von den Jahren 2016 bis 2020.	Bei der Suche nach „Alcohol mother“ wurden 6.346 Ergebnisse angezeigt. Bei der Konkretisierung „alcohol AND mother AND child“ wurden nur noch 2.664 Ergebnisse gefunden. (Datum der Suche: 01.03.2020)	Die 2.664 Ergebnisse wurden anhand ihrer Überschriften zunächst grob gefiltert, sodass noch 190 Texte übrigblieben. Diese wurden nun genauer betrachtet und jeweils die Zusammenfassung gelesen. Danach blieben 22 Ergebnisse zur Verwendung übrig.
Deutscher Bildungsserver	Der Deutsche Bildungsserver ist ein von Bund und Ländern getragenes Web-Portal, welches in seiner Funktion als Meta-Server primär auf Internetressourcen verweist. (vgl. <a href="https://www.bildungsserver.de/UEber-uns-480-de.html">https://www.bildungsserver.de/UEber-uns-480-de.html</a> [12.03.2020])	Alkohol	Nachdem bei der Schlagwortsuche nach „Alkohol Mutter“ keine Ergebnisse auftraten, fand eine Vereinfachung der Suche nur nach dem Wort „Alkohol“ statt.	Eingrenzung der Veröffentlichungsdaten von den Jahren 2016 bis 2020.	Bei der Verwendung der Schlagwörter „Alkohol Mutter“ kamen null Ergebnisse auf. Die vereinfachte Suche ergab 74 Ergebnisse. (Datum der Suche: 12.03.2020)	Die 74 Ergebnisse wurde zunächst anhand ihrer Überschriften gefiltert, dabei waren drei Artikel interessant. Bei der näheren Analyse dieser stellte sich heraus, dass einer veraltet war und die beiden anderen genutzt werden konnten.
Hogrefe PsyJournals	Die PsyJournals wurden von der Hogrefe-Verlagsgruppe herausgegeben. Diese sind Zeitschriften, die die Themenbereiche Psychologie und Psychiatrie abdecken. (vgl. <a href="https://printkr.hs-">https://printkr.hs-</a>	Alkohol AND Mutter	Es wurde lediglich die Schlagwortsuche nach den Wörtern „Alkohol AND Mutter“ angewandt.	Es wurden keine Filter genutzt.	Bei der angewendeten Schlagwortsuche wurden 376 Ergebnisse angezeigt. (Datum der Suche 12.03.2020)	Die Zeitschriften wurden zunächst anhand ihrer Überschriften grob gefiltert und danach inhaltlich näher betrachtet. Von den 376 Ergebnissen

	niederrhein.de:2336/psychology [13.03.2020])					blieben nach dieser Analyse noch 8 übrig.
Springer Link	Der Springer Link ist ein Verlag, welcher Zugang zu wissenschaftlichen Dokumenten aus z.B. Zeitschriften oder Büchern schafft. (vgl. <a href="https://link.springer.com/">https://link.springer.com/</a> [13.03.2020])	Alkohol AND Mutter AND Kind	Nachdem die Suche nach den Schlagworten „Alkohol AND Mutter“ zu sehr vielen Ergebnissen führte, wurde die Suche durch das Wort „Kind“ erweitert.	Das Erscheinungsdatum wurde auf die Jahre 2019 und 2020 beschränkt.	Bei der Schlagwortsuche nach „Alkohol AND Mutter“ fanden sich 24.458 Ergebnisse. Um dies zu konkretisieren wurde „AND Kind“ angefügt, die Anzahl der Ergebnisse sank auf 12.521. Daraufhin wurde das Erscheinungsdatum auf die Jahre 2019 bis 2020 beschränkt, sodass noch 359 Ergebnisse angezeigt wurden. (Datum der Suche 12.03.2020)	Nach einer groben Filterung anhand der Überschriften der Texte und einer feineren Aussortierung bei der Analyse der Textinhalte blieben von den 359 Ergebnissen zwei relevante übrig.
Web of Science	Das Web of Science ist eine wissenschaftliche Datenbank, die Publikationen in Büchern und Zeitschriften verzeichnet. (vgl. <a href="https://printkr.hs-niederrhein.de:2164/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&amp;search_mode=GeneralSearch&amp;SID=D5J4rgMM-HJf66tr4Oh2&amp;preferencesSaved=">https://printkr.hs-niederrhein.de:2164/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&amp;search_mode=GeneralSearch&amp;SID=D5J4rgMM-HJf66tr4Oh2&amp;preferencesSaved=</a> [15.03.2020])	Alcohol AND Mother	Es wurde lediglich die Schlagwortsuche nach den Wörtern „Alcohol AND Mother“ angewandt.	Das Erscheinungsdatum wurde auf 2020 beschränkt.	Die genutzte Schlagwortsuche führte zunächst zu 3.873 Ergebnissen. Daraufhin wurden die Ergebnisse auf die letzten fünf Jahre beschränkt, was zu 1.073 Ergebnissen führte. Schlussendlich wurde die Suche auf Texte aus 2020 beschränkt, sodass nur 36 Befunde angezeigt wurden. (Datum der Suche 12.03.2020)	Die verbliebenen 36 Ergebnisse wurden anhand ihrer Inhalte untersucht und themenspezifisch eingeordnet. Nach dieser Analyse bleibt ein relevanter Text übrig.
wiso	wiso ist eine Online Datenbank, die von Hochschulen und deren MitarbeiterInnen und StudentInnen genutzt werden kann. Zu	Alkohol AND Mutter	Es wurde lediglich die Schlagwortsuche nach	Es wurden verschiedene Filter eingesetzt. Zunächst wurden	Die Suche nach den Schlagworten „Alkohol AND Mutter“ ergab 252.811 Ergebnisse. Die	Anhand der Überschriften konnten ein paare der Texte direkt ausgeschlossen

	<p>den jeweiligen Fachrichtungen Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Psychologie, Recht und Technik finden sich diverse Fachzeitschriften, Presseartikel und Statistiken. (<a href="https://www.wiso-net.de/popup/hilfe_wiso">https://www.wiso-net.de/popup/hilfe_wiso</a> [15.03.2020])</p>		<p>den Wörtern „Alkohol AND Mutter“ angewandt.</p>	<p>die Ergebnisse auf Fachzeitschriften beschränkt, die dann genauer auf das Themengebiet „Gesundheit“ verkleinert wurde. Das Erscheinungsdatum wurde auf die Jahre 2019 bis 2020 eingegrenzt.</p>	<p>Filterung nach Fachzeitschriften beschränkte die Anzahl auf 3.360. Der Fokus auf das Thema Gesundheit und die Beschränkung auf die Jahre 2019 bis 2020 führten zu einer Anzahl von 35 Ergebnissen. (Datum der Suche 12.03.2020)</p>	<p>werden. Bei genauerer Betrachtung der danach übriggebliebenen Texte konnten sechs Zeitschriftenartikel als nutzbar ausfindig gemacht werden.</p>
--	---	--	--	--	--	---

Tabelle 1: Literaturrecherche

## 2.2 Qualitative Forschung

Vor allem um den letzten Teil der Fragestellung „Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit“ im Hinblick auf das Thema der Bachelorarbeit zu konkretisieren und mit persönlichen Erfahrungen füllen zu können, sollten zwei Methoden der qualitativen Forschung angewandt werden. Eine quantitative Forschung hätte aufgrund ihres standardisierten Aufbaus nicht die gewünschten Ergebnisse gebracht, da der/die zu Interviewende nicht die Möglichkeit gehabt hätte, sich frei zu äußern und seine/ihre Erfahrungen und subjektiven, persönlichen Meinungen zu schildern. Aus diesen Gründen wurde sich für die qualitative Forschung entschieden.

Zunächst wurde ein qualitatives problemzentriertes Interview mit einer Sozialarbeiterin<sup>2</sup>, die schon lange mit der die Forschungsfrage betreffenden Zielgruppe zusammenarbeitet, durchgeführt. Da zum Zeitpunkt der Corona-Pandemie ein Interview in persona nicht durchzuführen war und wir im Zeitalter der Digitalisierung leben, fand das Interview über das Kommunikationstool Skype statt.

Das von Witzel entwickelte problemzentrierte Interview zielt darauf ab, dass die zu erforschende soziale Problemstellung aus der Sicht der/des Befragten dargestellt und erklärt wird. Durch die Nutzung eines Leitfadens zur Durchführung dieser Interviewform ist es dem/der InterviewerIn möglich eigenes theoretisches Vorwissen nutzbar zu machen und den/die BefragteN während des Interviews damit zu konfrontieren. (vgl. Kruse 2014: 155f.) Zur Generierung eines geeigneten Leitfadens für das Interview wurde das VIUL-Schema verwendet. „Die Bezeichnung VIUL steht für die Begriffe Vision, Ist-Stand, Ursache und Lösung.“ (s. Unger 2007: 223) Durch Anwendung dieses Schemas sollen neben den persönlichen Deutungsmustern des/der Interviewten vor allem die drei Komponenten eines Problemraums (vgl. ebd.), hier der Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit im Hinblick auf Schwangere, die Alkohol konsumieren, dargestellt werden. Diese drei Komponenten sind wie folgt aufgeteilt: „Erstens besteht ein Problem aus einem Ausgangszustand, einer als defizitär wahrgenommenen Situation. Zweitens aus einem zu definierenden Zielzustand. Drittens aus konkreten Operationen, die zur Zielerreichung führen sollen.“ (s. ebd.: 233f.)

Nach der Durchführung des Interviews wurde ein Transkript unter Beachtung der Transkriptionsregeln erstellt<sup>3</sup>. Um dieses erstellte Transkript nun auszuwerten, wurde das Kodierparadigma der Grounded Theory Methodology (GTM) nach Strauss und Glaser verwendet. Die GTM ist eine „Basisstrategie interpretativer Sozialforschung“ (s. Lueger

---

<sup>2</sup> Einwilligungserklärung siehe Anhang Nr. 1

<sup>3</sup> Siehe Anhang Nr. 2

2010: 220, zitiert nach Kruse 2014: 399), welches qualitativ erhobenes Material in einem zirkulären Prozess auswertet. (vgl. von Foerster 1993: 116ff., zitiert nach Kruse: 129) Hier wird zunächst keine Hypothese aufgestellt, sondern diese wird erst durch die erhobenen und ausgewerteten Daten erstellt. (vgl. Boehm 1994: 124) Auch in der vorliegenden Arbeit wurde zunächst keine Hypothese aufgestellt, sondern lediglich der Themenbereich eingegrenzt. Die Hypothesenaufstellung ergibt sich aus der Kodierung. Das Kodieren besteht aus drei Vorgängen: Dem offenen, axialen und selektiven Kodieren. Das offene Kodieren wird als Einstiegsphase zur ersten Textinterpretation verwendet. (vgl. Boehm 1994: 127) Das Textdokument, hier das Interview, wird genau analysiert „[...] und zwar Zeile für Zeile oder sogar Wort für Wort.“ (s. Strauss 1998: 58) Das Ziel dieses Vorgehens ist es, neue Einsichten in das Phänomen des Interesses zu erhalten. In einer Tabelle der entstandenen Codes<sup>4</sup> finden sich sowohl In-vivo-Kodes, die den O-Ton des/der Befragten wiedergeben und sogenannte geliehene Codes, bei denen der Wortlaut umformuliert wurde. (vgl. Boehm 1994: 128) Ist die Code-Liste erstellt, erfolgt die zweite Phase, das axiale Kodieren. Die zunächst offen kodierten Codes verdichten sich auf die von dem/der ForscherIn festgelegten Schlüsselkategorie. Um diese Verdichtung zu erreichen, wurden von Strauss vier Achsen aufgestellt: In dem Transkript und den Codes wird nach den ursächlichen Bedingungen, den Konsequenzen, den Kontextbedingungen und den Handlungsstrategien im Umgang mit dem Phänomen gesucht. Die ermittelten Codes werden jeweils den Achsen zugeordnet. (vgl. ebd.: 131) „Die Textinterpretation endet schließlich in der Formulierung einer gegenstandsverankerten Theorie bzw. eines Modells des untersuchten Phänomenbereichs.“ (s. ebd.: 134) Das Phänomen wird als Kernkategorie bezeichnet und bezieht sich in dieser Forschung auf die Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Arbeit mit alkoholkonsumierenden Schwangeren. Dieser Analyseteil wird als selektives Kodieren bezeichnet. Bei der Nutzung und Erhebung vieler Interviews würde nach jedem Kodierprozess das Theoretical Samplig folgen. Hierbei werden die neuen mit den bereits erhobenen Daten verglichen und auf diesem Hintergrund der/die nächste InterviewpartnerIn ausgewählt. (vgl. ebd.: 125) Auch dieser Prozess spiegelt den zirkulären Verlauf der GTM wider. Da in der vorliegenden Arbeit nur ein Interview stattgefunden hat, entfällt hier dieser Punkt. Die Hypothese wurde aufgrund des einzelnen Interviews generiert. Die Ergebnisse des Interviews werden in Kapitel 8 analysiert und diskutiert.

---

<sup>4</sup> Siehe Anhang Nr. 3

Neben dem eingesetzten qualitativen Interview sollten auch Fragebögen<sup>5</sup> eingesetzt werden, die direkt an die Zielgruppe, Mütter, die während ihrer Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben, gerichtet waren. Hierfür fand eine Kooperation mit der Entzugsstation der LVR-Kliniken statt, die sich bereit erklärten, diese Forschung zu unterstützen. Auch diese Fragebögen waren darauf ausgelegt, herauszufinden, was Betroffene sich an Hilfsmöglichkeiten wünschen, was bisher gut funktioniert und wo es Verbesserungsbedarf gibt. Dafür wurde eine Kombination aus geschlossenen und offenen Fragen aufgeführt, die die Mütter ausfüllen sollten. Inhaltlich wurden die Fragebögen mit dem ärztlichen Direktor der Klinik über E-Mail-Kontakt besprochen und von diesem genehmigt. Auch wenn das schriftliche Interview in der qualitativen Sozialforschung „[...] bisher eine eher randständige Rolle“ spielt (s. Schiek 2014: 379), kann es ermöglichen, dass der/die zu Interviewende Äußerungen Raum geben kann, die im persönlichen Gespräch nicht offenbart werden würden. Bei der vorliegenden Zielgruppe könnte genau dies im persönlichen Gespräch der Fall sein, da diese die Interviewerin nicht kennt, keine Vertrauensbasis zu ihr aufgebaut hat und in dem Interview sehr persönliche Themen angesprochen werden, weshalb sie überhaupt in einer Entzugsklinik sind. Um diese Unsicherheiten, Angst und Scham des Gegenübers zu vermeiden, wurde sich für ein schriftliches Interview entschieden, in dem die Mütter frei und ohne Angst die Fragen in ihrem Tempo ausfüllen können. Aus den zwei Grundformen des schriftlichen Interviews, das erzählerische und das Leitfadenterview (vgl. ebd.: 380), wurde letzteres ausgewählt. Nach Absprache mit dem ärztlichen Direktor waren die so aufgestellten Fragen für die alkoholerkrankten Mütter gut nachvollziehbar und beantwortbar. Die Auswertung sollte ebenfalls anhand der Kodierung erfolgen.

Das geplante schriftliche qualitative Interview konnte aufgrund der aktuellen Coronapandemie nicht durchgeführt werden. Der leitende Oberarzt der Entzugsstation teilte mit, dass die geplanten Aufnahmen von alkoholerkrankten Müttern aufgrund der Pandemie zum größten Teil nicht stattfanden und die Fragebögen so nicht ausgefüllt werden konnten. Trotzdem wurde ein Versuch gestartet und Fragebögen bei dem leitenden Oberarzt hinterlegt, jedoch konnte keiner davon von der ausgewählten Zielgruppe ausgefüllt werden. Dementsprechend musste auf die Auswertung der Sichtweise der Betroffenen verzichtet werden und es erfolgte eine Fokussierung auf die Ergebnisse des qualitativen Interviews.

---

<sup>5</sup> Siehe Anhang Nr. 4



### 3. Begriffsbestimmungen

„Alkoholkonsum ist fest in das soziale Leben und in die traditionellen Strukturen der westlichen Gesellschaft integriert [...]“ (s. Moesgen 2014: 13) Doch ab welchem Zeitpunkt wird dieser Konsum krankhaft und wann spricht man von einer Abhängigkeit, einer Sucht oder von Missbrauch? Darüber soll dieses Kapitel Aufschluss geben, indem zum einen die Begriffe „Abhängigkeit“, „Sucht“ und „Missbrauch“ definiert werden. Ebenso werden die Diagnosekriterien des ICD-10 und des DSM-5 aufgeführt und erläutert. Die Substanzgebrauchs-/ Substanzkonsumstörung von Alkohol wird in den Vordergrund gestellt und ihre Definition und Entstehung dargestellt.

#### 3.1 Definitionen

Die beiden Wörter „Abhängigkeit“ und „Sucht“ werden synonym verwendet (vgl. Cierpka 2012: 326), jedoch finden sich im Duden kleine Bedeutungsunterschiede. Demnach bedeutet „Abhängigkeit“ bzw. „abhängig sein“ durch etwas beeinflusst zu sein, auf jemanden oder etwas angewiesen zu sein oder in krankhafter Weise körperlich stark an Genuss- oder Rauschmittel gebunden zu sein. (vgl. Duden I 2020) Der Begriff „Sucht“ kann als Steigerung der Abhängigkeit gedeutet werden und sagt aus, dass ein Mensch krankhaft abhängig von einem bestimmten Genuss- oder Rauschmittel ist oder ein übersteigertes Verlangen nach etwas oder einem bestimmten Tun besteht. (vgl. Duden II 2020) Auch das Wort „Missbrauch“ taucht im Zusammenhang mit Alkoholkonsum auf und wird in diesem Bezug wie folgt definiert: „übermäßiger Gebrauch, Abusus“. (s. Duden III 2020) Deutlich wird bei diesem Wortvergleich, dass sich der „Alkoholmissbrauch“ eher auf den riskanten und übermäßigen Konsum und die Wörter „Abhängigkeit“ und „Sucht“ auf das krankhafte Verlangen nach Alkohol beziehen.

In der von der WHO herausgegebenen Diagnoseklassifikation ICD-10 (International Classification of Diseases) liegt eine Abhängigkeit vor, „wenn mindestens drei der folgenden Kriterien gleichzeitig während des letzten Jahres vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch substanzspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder nahe verwandten Substanzen, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.

4. Nachweis einer Toleranz gegenüber der Substanz, im Sinne von erhöhten Dosen, die erforderlich sind, um die ursprüngliche durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie ein erhöhter Zeitaufwand, um die Substanzen zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.“ (s. WHO 2020, Übersetzung der Verfasserin)

Neben dem ICD-10 gibt es ein weiteres Klassifikationssystem, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), welches zur Klassifizierung von psychischen Störungen in der „klinische[n] Diagnostik und wissenschaftliche[n] Forschung“ (s. Rumpf et al 2011: 45) eingesetzt und von der American Psychiatric Association (APA) entwickelt und veröffentlicht wird. In der neuesten Fassung, dem DSM-5, welches 2013 das veraltete DSM-IV ablöste, werden fortan nicht mehr die Begriffe „Abhängigkeit“ und „Missbrauch“ unterschieden, sondern unter der Bezeichnung „Substanzgebrauchsstörung“ bzw. „Substanzkonsumstörung“ zusammengefasst. Anders als im Duden bedeutet das Wort „Missbrauch“ nicht „übermäßiger Gebrauch“, sondern bezieht sich auf „[...] die Folgen des Konsums [...]“. (vgl. ebd.) Auch grenzt sich dieses Klassifikationssystem von dem ICD-10 ab, da anstelle von sechs insgesamt elf Kriterien aufgestellt wurden, die eine Substanzgebrauchsstörung definieren und nur zwei davon innerhalb eines Jahres aufgetreten sein müssen:

1. „Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Konsum länger oder in größeren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums

10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
11. Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren.“ (s. ebd.)

Bei dem Vergleich der beiden Klassifikationssysteme wird sichtbar, dass das DSM spezifischer und noch konkreter das Krankheitsbild der Substanzgebrauchsstörung definiert. Die Ähnlichkeit der beiden Systeme wird durch die teilweise sehr gleichartige Ausdrucksweise der einzelnen Unterpunkte der Klassifizierung, z.B. bei Punkt Nummer 3 des ICD-10 und Punkt 5 des DSM-5, deutlich. Jedoch geht das DSM-5 zum Beispiel viel genauer auf den Kontrollverlust ein und handelt dies nicht mit einem Unterpunkt ab. Dementsprechend wird in dieser Bachelorarbeit das Klassifikationssystem des DSM-5 zur konkreten Definition einer Substanzgebrauchs- bzw. -konsumstörung verwendet.

Laut DSM-5 ist das wesentliche Anzeichen einer Substanzgebrauchsstörung, dass es kognitive, verhaltensbezogene und physiologische Symptome gibt, die darauf hindeuten, dass der/die Betroffene die Substanz trotz erheblicher substanzbedingter Störungen weiter konsumiert/verwendet. (vgl. American psychiatric association 2013: 483; Übersetzung der Verfasserin) Ebenso ist ein Merkmal dieser, dass es Veränderungen in der Schaltung des Gehirns hervorruft, die auch über die Entgiftung hinaus bestehen kann. Vor allem ist dies bei Menschen mit einem schweren Störungsbild und Verlauf der Fall. (vgl. ebd.; Übersetzung der Verfasserin) „Overall, the diagnosis of a substance use disorder is based on a pathological pattern of behaviors related to use of the substance.“ (s. ebd.)

### **3.2 Arten der Substanzgebrauchsstörung**

„The substance-related disorders encompass 10 separate classes of drugs: alcohol; caffeine; cannabis; hallucinogens [...]; inhalants; opioids; sedatives, hypnotics, and anxiolytics; stimulants [...]; tobacco; or other (or unknown) substances.“ (s. ebd.: 481) Neben den genannten Substanzgebrauchsstörungen wurden in das DSM-5 auch die Glücksspielstörung mit aufgenommen, da Forschungen ergaben, dass dieses Verhalten das Belohnungssystem des Menschen ähnlich aktiviert, wie der Gebrauch anderer Substanzen. Außerdem wurde herausgefunden, dass die Verhaltensweisen und Symptome der Glücksspielstörung vergleichbar mit diesen sind, die durch eine andere Substanzgebrauchsstörung hervorgerufen werden. (vgl. ebd.; Übersetzung der Verfasserin)

### 3.3 Alkohol als Substanzgebrauchsstörung

Die Substanzgebrauchsstörung von Alkohol ruft signifikante klinische Beeinträchtigungen und Belastungen hervor. Von dieser wird gesprochen, wenn sich mindestens zwei der folgenden Symptome innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten manifestieren (vgl. ebd.: 490; Übersetzung der Verfasserin):

1. Alkohol wird oft in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt eingenommen.
2. Es besteht ein anhaltender Wunsch oder erfolglose Bemühungen den Alkoholkonsum zu reduzieren oder zu kontrollieren.
3. Es wird viel Zeit für Aktivitäten aufgewendet, die notwendig sind, um Alkohol zu erhalten, Alkohol zu konsumieren oder sich von seinen Wirkungen zu erholen.
4. Das Empfinden von dem Verlangen oder dem starken Verlangen oder dem Drang Alkohol zu konsumieren.
5. Wiederkehrender Alkoholkonsum führt dazu, dass wichtige Rollenverpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause nicht erfüllt werden.
6. Fortsetzung des Alkoholkonsums trotz anhaltender und wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Wirkung von Alkohol verursacht oder verschärft werden.
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholkonsums aufgegeben oder reduziert.
8. Wiederkehrender Alkoholkonsum in Situationen, in denen er physisch gefährlich ist.
9. Der Alkoholkonsum wird fortgesetzt, obwohl bekannt ist, dass ein anhaltendes oder wiederkehrendes physisches oder psychisches Problem vorliegt, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht oder verschlimmert wurde.
10. Toleranz, definiert durch eins der folgenden Kriterien:
  - a: Notwendigkeit einer deutlich erhöhten Alkoholmenge, um eine Vergiftung oder den gewünschten Effekt zu erreichen
  - b: Eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Verwendung der gleichen Menge Alkohol.
11. Entzug, definiert durch eins der folgenden Kriterien:
  - a: Das charakteristische Entzugssyndrom für Alkohol.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Diagnosekriterien für den Alkoholentzug: u.a. autonome Hyperaktivität, Schlaflosigkeit, vorübergehende visuelle, taktile oder auditive Halluzinationen oder Illusionen, Angstzustände, (vgl. American psychiatric association 2013: 499)

b: Alkohol oder eine damit eng verwandte Substanz (z.B. Benzodiazepin) wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.  
(vgl. ebd.: 490 f.; Übersetzung der Verfasserin)

Die Entstehung der Alkoholkrankheit verläuft in drei verschiedenen Phasen, die von Jellinek aufgestellt wurden (vgl. Soyka 2008: 258), wobei vor diesem Verlauf „[...] von einer präalkoholischen Phase (Dauer einige Monate bis zu zwei Jahren) auszugehen [ist].“ (s. Hörauf 2016: 46) Die erste Phase wird als Prodromal-, also Vorphase, bezeichnet. Hier zeigen sich schon die ersten, zunächst noch unspezifischen Symptome. Aus dem zuvor „gelegentlichen Erleichterungstrinken“ (s. ebd.) wird ein tägliches Suchen dieser Erleichterung in Alkohol. Doch schon hier zeigen sich erste Symptome des Alkohols als Stressors: „Der wirkliche Alkoholkonsum wird verschleiert; das Denken kreist um Alkohol bzw. um den Stoffnachschub; Gedächtnislücken treten auf; Schuldgefühle entwickeln sich, da allmählich bewusst wird, dass der Alkoholkonsum vom üblichen Maß abweicht; alle Anspielungen auf die Sucht werden vermieden; zur Sicherung des Stoffnachschubs werden Depots angelegt; auch die Entsorgung der Flaschen geschieht heimlich.“ (s. ebd.: 46 f.) In der zweiten, der kritischen Phase behält der/die Betroffene vor dem Alkoholkonsum die Kontrolle und ist fähig darüber zu entscheiden, ob er/sie trinken möchte oder nicht. Nach dem Konsum von Alkohol tritt allerdings ein Kontrollverlust ein. Es folgen Erklärungsversuche, um sich selbst zu bestätigen und zu entlasten, weiter trinken zu dürfen. Ebenso treten Verhaltensänderung gegenüber dem sozialen Umfeld auf. „Der Trinkstil ändert sich.“ (s. ebd.: 47) Damit der Tag überhaupt begonnen werden kann, muss eine bestimmte Menge an Alkohol bereits morgens konsumiert werden. Versucht der/die Betroffene, den Konsum unter Kontrolle zu bringen, scheitert dies bei den Meisten. In der letzten Phase wird der Alkoholkonsum zum Zwang, weshalb diese Phase chronische Phase genannt wird. „Entzugserscheinungen werden mit erneutem Trinken bekämpft; schwere tagelange Rausche sind charakteristisch.“ (s. ebd.) Es kommt zu einem Verlust der Alkoholtoleranz. Ebenso können in dieser Phase Folgeschäden wie Psychosen oder Angstzustände auftreten. Darauf folgt zumeist ein kompletter Zusammenbruch des/der Betroffenen, bei dem viele einen Suizidversuch begehen. (vgl. ebd.) Der Verlauf und die Entstehung sind abhängig von verschiedenen und individuellen biopsychosozialen Faktoren und Dispositionen, was zu einer Heterogenität der Alkoholkrankung führt. (vgl. Seitz et al. 2013: 41 ff.) Unter die sozialen Faktoren fallen neben der kulturellen Zugehörigkeit, bei der der Konsum von Alkohol oftmals an religiöse Vorschriften gebunden ist, auch zum Beispiel Armut, soziale Unsicherheit und Gewalterfahrungen. Das Suchtmittel Alkohol wird „[...] dann oft gebraucht, um diese ungünsti-

gen sozialen Faktoren ertragen zu können.“ (s. ebd.: 45) Bei den psychischen Einflussfaktoren kann es schon im Kindesalter zu einer Belastung gekommen sein, die sich im Verlauf zu einer Alkoholkrankheit entwickelt, um mit den Erlebnissen besser umgehen zu können. Beispielhaft genannt werden frühe Verlusterlebnisse, sexueller Missbrauch, mangelhafte Mutterbindung oder ständig wechselnde Bezugspersonen. Aus diesem Hintergrund ergibt sich die Aussage, dass „[...] Alkoholabhängigkeit als eine Erkrankung des familiären Systems angesehen wird [...]“ und sich diese „[...] durch eine Störung des Gleichgewichtes in diesem familiären System [manifestiert].“ (s. ebd.: 46 f.)

Zu den biologischen Faktoren zählt zunächst die genetische Komponente. „Auf die Wirkung genetischer Faktoren weisen Familienuntersuchungen hin, nach denen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Familienangehöriger einer alkoholabhängigen Person selbst Alkoholprobleme entwickelt, drei- bis viermal höher als bei einer unbelasteten Person (in deren Familie keine Alkoholkrankungen vorkommen).“ (s. ebd.: 47) Neben diesen genetischen Faktoren kann es auch zu einer vermehrten Alkoholabhängigkeit innerhalb einer Familie kommen, wenn es „[...] frühere Intoxikationen während der Schwangerschaft (trinkende [...] Mutter) [...]“ gegeben hat. (s. ebd.: 48) Abhängig ist dies allerdings von dem Alkoholmetabolismus<sup>7</sup> der entsprechenden Person.

Zur besseren Einordnung des/der Betroffenen haben sowohl Jellinek als auch Lesch eine Typologie aufgestellt. Die folgende Tabelle zeigt zunächst Jellineks Ansatz von 1960. „Sie geht von fünf Typen aus, von denen vier zusammenhängen, weil jeweils zwei der Phasen aufeinander folgen können. Zwischen Alpha- und Gamma- und zwischen Beta- und Delta-Alkoholabhängigen kann es Übergänge geben.“ (s. ebd.: 45)

Typ	Psycho-soziale Probleme	Körperliche Probleme	Trinkfrequenz	Fähigkeit zu kontrolliertem Trinken
Alpha (Konflikttrinker)	+	(+)	Diskontinuierlich	(+)
Beta (Gelegenheits-trinker)	(+)	(+)	Diskontinuierlich	(+)
Gamma (süchtige Trinker)	++	++	Kontinuierlich, manchmal diskontinuierlich	0

<sup>7</sup> Metabolismus bedeutet Stoffwechsel. (vgl. Reuter 2001: 565)

Delta (Gewohnheits-trinker)	(+)	++	Immer kontinuierlich	0
Epsilon (episodische Trinker)	++	(+)	episodisch	0

Tabelle 2: Typologie nach Jellinek (s. Soyka 2008: 252, Tabelle 6.1)

Lesch stellte nach einer Langzeitstudie zwischen 1976 und 1995 eine andere Typologie auf, die „[...] es erleichtern soll, Ziele oder Ansätze für Therapiestrategien und -methoden zu finden.“ (s. Hörauf 2016: 45) Die folgende Tabelle fasst Leschs Typologie stichpunktartig zusammen:

Typ	Merkmale	Verlauf
Typ 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biologisches Verlangen</li> <li>- Schwere Entzugssymptome ohne Auffälligkeiten der Persönlichkeit/Entwicklung</li> </ul>	Optimaler Verlauf
Typ 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychologisches Verlangen</li> <li>- Alkohol als Bewältigungsstrategie/Selbsttherapie bei Angst/Unruhe</li> </ul>	Guter Verlauf
Typ 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbstmedikation bei psychiatrischen Zustandsbildern, z.B. bei Depressionen, Schlafproblemen</li> </ul>	Wechselnder Verlauf
Typ 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühkindliche Vorschädigung und Entwicklungsstörungen</li> <li>- Alkohol zur Selbstmedikation</li> </ul>	Ungünstiger Verlauf

Tabelle 3: Typologie nach Lesch (s. Soyka 2008: 253)

Die aufgezeigten Typologien zeigen, dass es vor dem Hintergrund der Individualität und Heterogenität nur bedingt möglich ist, Aspekte der Alkoholabhängigkeit zu erfassen und die Schwere der Erkrankung konkret einzuschätzen. (vgl. Hörauf 2016: 46)

## 4. Alkoholismus

Generell bedeutet Alkohol „im allgemeinen Sprachgebrauch den zur Gruppe der Alkohole gehörenden Äthylalkohol, der durch Vergärung von Zucker aus unterschiedlichen Grundstoffen gewonnen wird und berauschende Wirkung hat.“ (s. DHS II) Obwohl es ein Suchtmittel ist, ist es legal zu erwerben und zu besitzen. (vgl. ebd.)

Im folgenden Kapitel wird die Geschichte und die Wirkweise von Alkohol näher erläutert. Zudem wird auf bestehende Risiken eingegangen, die sich aus dem Alkoholkonsum ergeben.

### 4.1 Geschichte

Der Begriff Alkohol kommt ursprünglich aus dem arabischen von dem Wort al-kuhl, was so viel bedeutet wie „das Feinste, feines Pulver“ und diente der „[...] Bezeichnung der feinen, flüchtigen Bestandteile des Weines [...].“ (s. DHS II)

„Seit prähistorischen Zeiten haben die Menschen der verschiedenen Kulturkreise [...] alkoholische Getränke hergestellt, meist aus Fruchtsäften, Getreideprodukten oder, seltener, aus Honig oder Milchzubereitungen.“ (s. Soyka et al. 2008: 2) Dabei nutzten sie die zufällig entdeckten natürlich bestehenden Gärungsprozesse. Die daraus entstandenen Getränke enthielten zwischen 15-18% Alkohol. „Erst um die Wende des ersten nachchristlichen Jahrtausends gelang es [...], aus diesen Getränken durch Destillation solche mit höherem Alkoholgehalt zu erzeugen.“ (s ebd.) In Verzeichnissen des Alten Ägypten kann nachgelesen werden, dass die damalige Bezahlung in Brot- und Biereinheiten ausgegeben wurde. „Da Alkohol jedoch nicht zuverlässig verfügbar und haltbar war, kam es im Altertum trotz seiner weiten Verbreitung nicht zu einer nennenswerten Entwicklung von Abhängigkeiten.“ (s. DHS II) Im Mittelalter waren vor allem Bier und Wein herkömmliche Getränke, um seinen Durst oder Hunger zu stillen. Das in den damaligen Städten oft verunreinigte Wasser wurde nur von der armen Bevölkerung getrunken. (vgl. Soyka et al. 2008: 2) Neben der Nutzung als „einfaches“ Getränk wurde Alkohol im Mittelalter und der beginnenden Neuzeit als Entlohnung der Arbeitskräfte verwendet, was Alkohol zu einem Massenphänomen in der unteren Bevölkerungsschicht machte.

„Heute sind alkoholische Getränke in Deutschland wie auch in anderen nicht-islamischen Ländern praktisch unbegrenzt verfügbar.“ (s. DHS II) Die einzigen Einschränkungen bietet das Jugendschutzgesetz, welches besagt, dass keine alkoholischen Getränke an Kinder und Jugendliche unter 16 und keine Spirituosen an Jugendliche unter



18 Jahren in Gaststätten etc. verkauft werden dürfen. Generell ist das Trinken von Alkohol gesellschaftlich anerkannt und dient als Genussmittel oder der Geselligkeit. (vgl. ebd.)

Geschichtlich gibt es keine Überlieferungen, die sich mit dem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft befassen.

## 4.2 Wirkweise

„Alkohol - oder genauer gesagt Äthanol oder Äthylalkohol ( $C_2H_5OH$ ) – ist eine klare, farblose Flüssigkeit, die durch die Vergärung von Zucker entsteht.“ (s. ebd.) Es ist sowohl fett- (vgl. Soyka 2008: 31) als auch wasserlöslich. (vgl. Seitz et al. 2013: 27) Der Alkohol kann durch das Fermentieren von Kohlenhydraten auch physiologisch endogen entstehen (vgl. ebd.), wobei die Konzentrationsmenge unter 0,75 mg/l liegt. (vgl. Soyka 2008: 31)

„Alkohol wirkt im Körper wie ein Betäubungsmittel.“ (s. Haberer: 108) Nach dem Konsum von alkoholischen Getränken diffundiert er entlang eines Konzentrationsgefälles ins Gewebe. Da Alkohol gut wasserlöslich ist, wird er fast ausschließlich in wasserhaltigem Gewebe und Flüssigkeiten resorbiert. „Am schnellsten wird Alkohol aus der Schleimhaut des Dünndarms, langsamer dagegen aus der Magenschleimhaut resorbiert.“ (s. Soyka 2008: 32) Dies liegt daran, dass im Magen die vorherige Aufnahme von Nahrungsmitteln die Resorption verlangsamt. (vgl. DHS II)

Nach der Aufnahme des Alkohols im Gewebe wird dieser über das Blut im gesamten Körper verteilt. „Alkohol passiert auch die Plazenta und geht in die Milch stillender Frauen.“ (s. Soyka 2008: 33) Durch den Stoffwechsel wandelt der Körper den Alkohol in ein Zellgift um, welches jedem Organ auf unterschiedliche Weise bei übermäßigem Konsum schaden kann. Zudem wird dem Körper bei diesem Prozess Wasser entzogen, um den Alkohol zu verdünnen. (vgl. Haberer: 108)

Eine halbe Stunde bis Stunde nach dem Konsum wird die höchste Alkoholkonzentration im Blut gemessen. Ein sehr geringer Anteil des aufgenommenen Alkohols wird über die Atmung, Schweiß und Urin ausgeschieden, während der hauptsächliche Abbau in der Leber geschieht. Generell liegt die Abbauzeit bei ca. 0,1-0,2 Promille stündlich, was jedoch von verschiedenen individuellen Faktoren abhängig ist. (vgl. DHS II)

Über das Blut passiert der Alkohol die Blut-Hirn-Schranke. (vgl. Soyka 2008: 32) Im Gehirn beeinflusst „er die Informationsübertragung der Nervenzellen [...], indem er bei einer geringen Dosis stimulierend, bei mittleren und höheren Dosierungen jedoch hemmend wirkt.“ (s. DHS II) Je nach Dosis wird Dopamin freigesetzt, ein Neurotransmitter, der

Alkohol belohnend wirken lässt. „Bei langfristig erhöhtem Alkoholkonsum verändern sich bestimmte Rezeptoren hinsichtlich ihrer Anzahl und ihrer Wirkungsweise.“ (s. ebd.) Setzt man nun den Alkohol nach regelmäßigem Konsum ab, so kommt es zu den typischen Entzugserscheinungen. (vgl. ebd.)

„Frauen reagieren empfindlicher auf Alkohol als Männer.“ (s. Haberer: 113) Zum einen ist ihre Leber kleiner, was dazu führt, dass der Alkohol langsamer abgebaut werden kann. Zum anderen enthält ihr Körper weniger Wasser, welches den Alkohol verdünnen könnte. (vgl. ebd.)

### 4.3 Risiken

Als risikoreich wird ein täglicher Konsum von Alkohol bei Männern über 24g und bei Frauen über 12g reinen Alkohols angesehen. Bildlich gesehen wären dies bei Männern zwei Gläser Bier à 300ml oder Sekt bzw. Wein à 150ml. Für Frauen gilt dementsprechend die Hälfte. Hält man sich an diese Grenze, werden die im Folgenden aufgeführten Risiken minimiert. (vgl. Haberer: 108)

Der Alkohol passiert die Blut-Hirn-Schranke und sorgt dafür, dass verschiedenste Gehirnareale beeinflusst werden. Dabei sind innere Vorgänge, wie beispielsweise die Atmung, das Herz-Kreislaufsystem oder Stoffwechselprozesse davon betroffen. Durch geringe Mengen Alkohol kann die Atmung angeregt, bei einem höheren Blutalkoholspiegel allerdings abgeflacht (depressiv) werden. Wird ein Promille-Wert von vier im Blut überschritten, dies ist abhängig von Alter, Größe und Gewicht der konsumierenden Person, so kommt es zu einer vollständigen Atemlähmung. Auch im Herz-Kreislaufsystem kann es zu einer Kardiodepression<sup>8</sup> kommen. (vgl. Soyka 2008: 52) Die Leber kann jedoch den größten Schaden nehmen, da sie hauptsächlich für den Abbau des Alkohols im Körper verantwortlich ist. „Das Zellgift tötet Leberzellen. Auf lange Sicht kann dies zu Leberzirrhose führen.“ (s. Haberer: 110). Grundsätzlich kann ein Mensch, der zu viel Alkohol in kurzer Zeit konsumiert eine Alkoholvergiftung erleiden, die ins Koma oder bis hin zum Tod führen kann. Grund dafür sind Atem- und Herzstillstand. (vgl. ebd.)

Neben diesen beispielhaft aufgeführten Auswirkungen auf die inneren Organe, kommt es auch zu veränderten Reaktionen und Verhaltensweisen auf äußere Reize. Die Sinnesorgane werden beeinflusst, was zum Beispiel zu einem verminderten Seh- und Hörvermögen führen kann. Die Reaktionsgeschwindigkeit nimmt ab und es kommt zu Konzentrationsschwierigkeiten und Ermüdungserscheinungen. Auch die emotionale

---

<sup>8</sup> „Kardio“ bedeutet das Herz betreffend, Depression heißt Schwächung bzw. Funktionsherabsetzung (vgl. Reuter 2001: 451, 196)

Ausdrucksweise ändert sich: Die Menschen werden teilweise impulsiver, aggressiver und gereizter. Durch die sedative Wirkung des Alkohols wird die Schmerzschwelle erhöht, wodurch sie furchtloser und leichtsinniger werden. (vgl. Soyka 2008: 48 ff.) Auch die Stimmung und die Verhaltensweisen der AlkoholkonsumentInnen ändern sich. Individuell kann Alkohol zu einer Beruhigung der Person oder zu aggressiven Impulsausbrüchen führen. (vgl. Zobel 2017: 197)

Zwischen Frauen und Männern gibt es bei den entstehenden Risiken durch Alkoholkonsum sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten. Alkohol kann sich bei beiden Geschlechtern auf die Zeugungsfähigkeit auswirken. Bei Männern sinkt durch den Konsum von Alkohol der Testosteronspiegel, wodurch es zu Erektionsstörungen kommt. Ebenso wird die Samenqualität geschädigt, was zu einer Unfruchtbarkeit führen kann. (vgl. Haberer: 111) Bei Frauen kann ein riskanter Alkoholkonsum zu einer Störung des Reifungsprozesses der Eizelle kommen, wodurch auch die Fruchtbarkeit gefährdet wird. „Bei Frauen erhöht sich besonders das Risiko für Speiseröhren-, Magen-, Darm-, Brust- und Gebärmutterhalskrebs.“ (s. ebd.: 113) Außerdem bekommen sie schneller als Männer Gefäß- und Organschädigungen, besonders des Gehirns und der Leber. (vgl. ebd.) Männer zeigen auch ein erhöhtes Risiko an Krebs zu erkranken. Hier stehen Rachen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- und Leberkrebs im Fokus. Bei Männern, die täglich 40g Alkohol konsumieren sind es ca. 50 von 100.000, während es bei abstinent lebenden Männern nur 14 von 100.000 sind. Der Alkoholkonsum verdreifacht etwa das Risiko an Krebs zu erkranken. Zudem stehen bei Männern „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ eher im Vordergrund als bei Frauen. Auch werden Männer „[...] zwei- bis dreimal häufiger mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert als Frauen.“ (s. ebd.: 111)

Auch die Lebenserwartung wird bei beiden Geschlechtern unterschiedlich beeinflusst. Gesunde Frauen haben eine Lebenserwartung von 85, Männer von 77 Lebensjahren. Durch eine Alkoholabhängigkeit werden diese Jahre bei Frauen um 25 und bei Männern um 19 Jahre verkürzt. Es bleibt damit bei alkoholabhängigen Frauen eine Lebenserwartung von durchschnittlich 60 und bei Männern von 58 Jahren. (vgl. ebd.: 111 ff.)

## 5. Physiologische Entwicklung des Kindes

„Wachstum und Entwicklung von Kindern zeigen eine außerordentliche Vielfalt.“ (s. Lauster 2014: 127) Neben der körperlichen und der Organentwicklung werden auch die motorische, sensorische, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung beobachtet. Durch die individuelle Entwicklung eines jeden Einzelnen wird die Beurteilung von „[...] (noch) altersgerechter und verzögerter Entwicklung [...]“ (s. ebd.: 128) umso schwieriger.

In diesem Kapitel wird die physiologische Entwicklung pränatal, eines Neugeborenen, eines Säuglings und eines Kleinkindes dargestellt und erläutert. Unter den Begriff „Entwicklung“ fallen hier neben den körperlichen Entwicklungen auch das Bindungsverhalten und die sozi-emotionale Weiterentwicklung.

### 5.1 Physiologische pränatale Entwicklung

Schon bevor das Kind geboren wird, durchläuft es pränatal in den 40 Schwangerschaftswochen viele wichtige Entwicklungsschritte. (vgl. Kasten 2013: 65) Viele davon sind genetisch bedingt. Allerdings können diese durch schädliche Umwelteinflüsse, wie zum Beispiel Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft, beeinträchtigt werden. (vgl. Lauster 2014: 129f.) Die folgende Abbildung (1) zeigt die physiologische pränatale Entwicklung des Kindes in den drei Trimestern der Schwangerschaft:

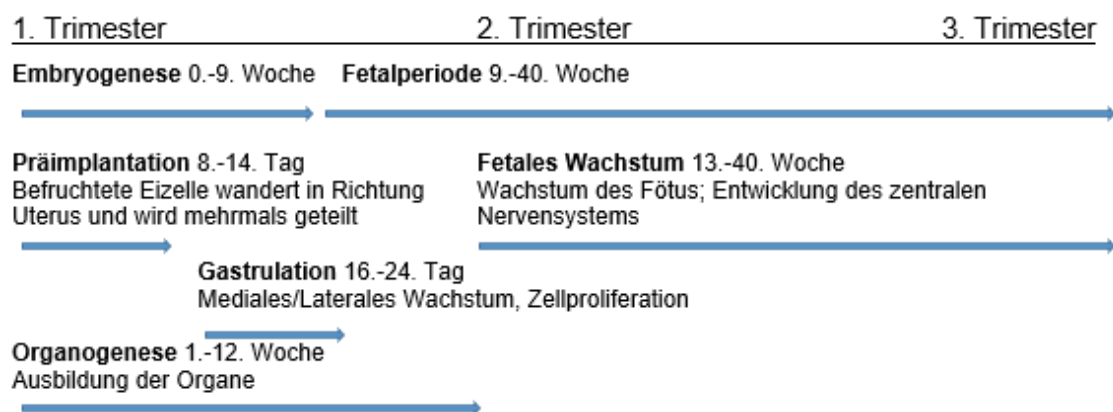


Abbildung 1: Schwangerschaftsverlauf (vgl. Römer et al. 2019: 10)<sup>9</sup>

„Die pränatale körperliche Entwicklung verläuft so rasant, wie wir es später nicht mehr erleben.“ (s. Lauster 2014: 130) Der Embryo verdoppelt im vierten Schwangerschaftsmonat innerhalb von einem Monat seine Körperlänge und nimmt an Gewicht das Drei-

<sup>9</sup> Proliferation bedeutet Gewebevermehrung (vgl. Reuter 2001: 732)

bis Vierfache zu. Die Körperorgane entwickeln sich in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft. Auch zeigen sich erste motorische, sensorische, geistige und soziale Entwicklungen bereits intrauterin (d.h. innerhalb der Gebärmutter). „Etwa im 4.-5. Schwangerschaftsmonat sind Mimik, Saugen, Zehenbewegungen möglich“. (s. ebd.) Zur sensorischen Entwicklung im Mutterleib ist noch nicht so viel bekannt, jedoch ist für den Embryo das Hören ca. ab der 16. Schwangerschaftswoche möglich. Zwei Monate später kann eine Reaktion auf akustische Reize beobachtet werden. „Auch die geistige Entwicklung setzt vor der Geburt ein.“ (s. ebd.) Es wurden Forschungen durchgeführt, die belegen, dass das Kind intrauterin wahrnehmungsfähig ist. Zur Entwicklung der Bindung, also der emotionalen und sozialen Entwicklung, ist bekannt, dass „das heranwachsende Kind etwa acht Wochen vor der Geburt die mütterlichen Herztöne und Umweltgeräusche hören [kann]; es beruhigt sich, wenn die Mutter z.B. den Bauch streichelt.“ (s. ebd.)

## 5.2 Physiologische Entwicklung in der Neugeborenenperiode

Die Neugeborenenperiode umfasst die Zeit bis 28 Tage nach der Geburt. „Bei der Geburt wiegen die meisten Kinder zwischen 2,5 und 4,2 kg.“ (s. ebd.) In den ersten Lebenstagen kann es zu einer physiologischen Gewichtsabnahme kommen, die die Kinder nach acht bis vierzehn Tagen wieder ausgeglichen haben. Die Körperhaltung des Neugeborenen ist noch sehr von der Enge im Mutterleib geprägt: „Arme und Beine sind sowohl in Bauch- als auch in Rückenlage gebeugt, die Hände sind gefaustet.“ (s. ebd.: 131) Arme und Beine kann das Neugeborene frei bewegen, wohingegen der Körperstamm kaum und der Kopf aufgrund der fehlenden Kopfkontrolle nur nach rechts und links gedreht werden kann. „Die Bewegungen werden stark von den Primitivreflexen beeinflusst.“ (s. ebd.) Der Primitivreflex bezeichnet die Reflexe, die bei der Geburt schon vorhanden sind und die in reproduzierbaren Reaktionsmustern auf äußere Reize reagieren. Beispielhaft sind der Saugreflex, das Schreitphänomen und der Fußgreifreflex zu nennen. (vgl. ebd.: 132) „Auch das Verhalten des Neugeborenen wird stark durch reflektorische Abläufe bestimmt.“ (s. ebd.) Es schläft bis zu zwanzig Stunden am Tag, ist es wach, so steht das Saugen als Tätigkeit im Vordergrund. (vgl. ebd.: 131)

„Das Verhaltensrepertoire des Kindes unmittelbar nach der Geburt besteht auf den ersten Blick im Wesentlichen aus den der „S“ – Schlafen, Schreien und Saugen.“ (s. Kasten 2013: 77) Bei genauerer Beobachtung wird jedoch deutlich, dass die hilflos und reflexgesteuert wirkenden Neugeborenen sich mithilfe ihrer pränatal ausgebildeten Sinne bereits orientieren können. (vgl. ebd.) Die Entwicklung der Sinnesorgane ist bei einem Neugeborenen zwar noch lange nicht abgeschlossen, aber dennoch können sie diese

schon einsetzen. Das Hörvermögen ist schon gut ausgeprägt, sodass es auf bestimmte Geräusche reagieren kann und die Stimme seiner Mutter schon wenige Stunden nach Geburt erkennt. Das Sehen ist zwar schon möglich, jedoch muss sich die Sehschärfe noch erheblich weiterentwickeln. „In der Neugeborenenperiode nimmt das Kind seine Mutter v.a. über den Geruchssinn wahr [...]“, was zeigt, dass auch dieser Sinn bereits postnatal gut ausgeprägt ist. Geschmeckt hat das Neugeborene bisher nur das Fruchtwasser im Mutterleib, weshalb es nach der Geburt beim Stillen mit Muttermilch seine zweite Geschmackserfahrung machen kann. Der wichtigste Sinn für das Neugeborene ist jedoch der Tastsinn, durch den er z.B. beim Hochnehmen durch die Eltern „[...] die lebensnotwendige körperliche Nähe [...]“ erfährt. (s. Lauster 2014: 131) Diese Nähe sorgt auch für eine gute emotionale und soziale Bindung. Nach der Geburt ist das Neugeborene noch für einen längeren Zeitraum besonders wach und aufmerksam. Das nackte Neugeborene wird in diesem Zeitraum auf die Brust der Mutter gelegt, was zu einem ersten Mutter-Kind-Kontakt führen soll und als Fundament für eine wechselseitige positive und tiefe Bindung dient. (vgl. Kasten 2013: 93)

### **5.3 Physiologische Entwicklung im Säuglingsalter**

„Das erste Lebensjahr heißt Säuglingsalter, weil die Nahrungsaufnahme fast ausschließlich über das Saugen geschieht.“ (s. Lauster 2014: 133) Es dient der Reifung, die intrauterin nicht abgeschlossen wurde.

Die Entwicklung im ersten Lebensjahr verläuft rasant. Der „hilflose“ Säugling entwickelt sich in diesem Jahr zum Kind, was schon krabbeln, robben und an der Hand eines Erwachsenen schon erste Gehversuche machen kann. Es wird selbstständiger, beginnt allein zu essen und ahmt andere in ihren Bewegungsabläufen nach, z.B. Winken.

Auch körperlich entwickelt sich der Säugling in seinem ersten Lebensjahr sehr schnell. „Im Alter von fünf Monaten hat sich das Geburtsgewicht verdoppelt und mit einem Jahr verdreifacht (später dann mit sechs Jahren versechsfacht und mit zehn Jahren verzehnfacht).“ (s. ebd.) Das Wachstum der Länge ist deutlich langsamer als die Gewichtszunahme und verdoppelt sich lediglich im ersten Lebensjahr.

Motorisch werden auch Fortschritte sichtbar: „Mit fortschreitender Entwicklung des Nervensystems verschwinden die Primitivreflexe und werden von Gleichgewichtsreaktionen und zunehmend bewusst gesteuerten Bewegungsmustern abgelöst.“ (s. ebd.) Ab einem Alter von drei Monaten kann der Säugling seinen Kopf selbstständig halten, beobachtet aufmerksam seine Umwelt, folgt Objekten mit seinen Augen und kann freudig reagieren. Mit sechs Monaten bereitet er sich schon langsam auf das Sitzen vor, greift gezielt nach Gegenständen und erforscht seine Umwelt vor allem mit dem Tastsinn. Es ist ihm nun

möglich sich mit den Unterarmen abzustützen und sich von der Bauch- in die Rückenlage zu drehen. Dies bildet die Basis für die Fähigkeit des gestützten Sitzens. (vgl. Kasten 2013: 98f.) Ab neun Monaten ist es dem Säugling möglich, sich noch freier und selbstständiger zu bewegen, er kann frei sitzen und beginnt zu krabbeln. „Feinmotorisch erlernt er nun den Pinzettengriff: Gegenstände werden zwischen Zeigefinger und Daumen gehalten.“ (s. Lauster 2014: 134) Mit einem Jahr ist es dem Kind dann möglich aufrecht mit Unterstützung zu gehen.

„Die sensorische Entwicklung verläuft parallel zur motorischen Entwicklung: beide beeinflussen sich gegenseitig.“ (s. ebd.) Das Kind kann sich freier und selbstständiger bewegen, was dazu führt, dass sein Wahrnehmungshorizont erweitert wird.

Bevor das Kind des Sprechens mächtig ist, kann es sich schon durch non-verbale Äußerungen mitteilen. Dazu nutzt es seine Mimik, Körperbewegungen und Lautäußerungen. „Das sprachliche Lernen vollzieht sich [...] im Rahmen der alltäglichen Beziehungen – das Kind erschließt sich die Wortbedeutungen aus dem Kontext der beobachteten Handlungen und Emotionen.“ (s. ebd.)

Die soziale und emotionale Entwicklung des Kindes ist schon sehr früh zu einem großen Teil von den Bezugspersonen abhängig. „Ein Säugling entwickelt sich im Rahmen seiner Beziehungen mit seinen Betreuungspersonen. Durch funktionierende – also verlässliche und feinfühlig – Beziehungen erfährt der Säugling emotionale Sicherheit, die auch als sichere Bindung bezeichnet wird.“ (s. ebd.: 135) Durch diese Sicherheit wird der Säugling ermutigt, seine Umwelt zu erforschen und zu entdecken, was bedeutet, dass diese Bindung „[...] die wichtigste Grundlage des frühkindlichen Lernens [...]“ darstellt. (s. ebd.) Fördernd für die frühe Mutter-Kind-Bindung wirken auch die Hormone mütterlicherseits. „Durch Körperkontakt und Stillen steigt bei der Mutter die Ausschüttung des Hormons Oxytocin.“ (s. ebd.) Das Hormon bewirkt, dass die Mutter entspannt ist und sich wohlfühlt und dadurch eine sichere Bindung fördert. Besonders wichtig sind diese Vertrautheit und das Sicherfühlen bei den Bezugspersonen des Säuglings in der Phase, in der er anfängt zu fremdeln. „Das Kind kann nun unterscheiden, welche Personen ihm vertraut sind und welche Personen ihm fremd sind.“ (s. ebd.: 136) Deutlich macht es dies durch das abweisende Reagieren auf Fremde und das Anlächeln vertrauter Personen. (vgl. ebd.)

## **5.4 Physiologische Entwicklung im Kleinkindalter**

Ab dem Beginn des Kleinkindalters, ab einem Jahr, wird die motorische und sprachliche Entwicklung intensiviert und weiterentwickelt. Auch in Bezug auf das Sozialverhalten

werden neue Erfahrungen gemacht und „[...] der Umgang mit anderen Menschen erlernt.“ (s. ebd.)

Die bisher gelernten motorischen Fähigkeiten, z.B. das Laufen ohne Hilfestellung und das Greifen mit dem Pinzettengriff werden ausgeweitet. Das Kind lernt Treppen zu steigen und kann allein mit dem Löffel essen und aus einem Becher trinken. (vgl. Kasten 2013: 132) Vor allen Dingen sollen die feinmotorischen Fähigkeiten im Kleinkindalter unter anderem im Kindergarten gefördert werden. Hierbei „[...] können sich erste Lernschwierigkeiten zeigen, die möglicherweise sekundär emotionale und soziale Probleme nach sich ziehen.“ (s. Lauster 2014: 136)

Geistig wie auch motorisch entwickeln sich und lernen die Kinder vor allem im Spiel. Das Anbieten von einzelnen wenigen Spielsachen wirkt hierbei förderlich, da ein zu großes Angebot zu einer Reizüberflutung seitens des Kindes kommen kann. (vgl. ebd.: 137)

Die Sprachentwicklung ist im Wesentlichen von der sprechenden Interaktion der Eltern mit ihrem Kind abhängig. Aus dem Plappern entwickeln sich durch die Unterstützung der Eltern einzelne Worte. Ab dem 18. Lebensmonat kommt es zu einer „Wortschatzexplosion“, in der die Kinder etliche neue Wörter dazu lernen. „Gegen Ende des zweiten Lebensjahres beginnen Kinder damit, Wörter zu Sätzen zusammenzufügen.“ (s. Kasten 2013: 141)

Auch emotional findet eine Weiterentwicklung statt. Durch die zunehmende Selbstständigkeit im motorischen Bereich erweitert sich der zu entdeckende Raum für das Kind enorm. „Sein Verhalten wird nun vom eigenen Willen angetrieben, und das Kind erfährt, dass es die Umwelt zu seinen Gunsten verändern und sich dem Gang der Dinge widersetzen kann.“ (s. Lauster 2014: 137) In dem Alter zwischen fünfzehn Monaten und drei Jahren liegt die Trotzphase, die Phase der Ablehnung und Verneinung. Das Kind möchte sich dadurch nicht nur seiner „Macht“ und „Selbstwirksamkeit“ versichern, sondern auch seine eigene Entwicklung vorantreiben. In dem geäußerten „Nein“ liegt „[...] die Forderung, „Dinge selbst zu machen.“ (s. ebd.) Am Anfang des dritten Lebensjahres fängt das Kind an, Allmachtsfantasien zu entwickeln. „Es weiß und kann alles am besten.“ (s. ebd.) Durch diesen „natürlichen Egoismus“ hat das Kind das nötige Selbstvertrauen, um die Sozialentwicklung weiter voranschreiten zu lassen und eine befriedigende Rolle in einer Gruppe einzunehmen. „In diesem neuen Umfeld entwickelt das Kind sein soziales Geschick und die Fähigkeit, mit anderen klarzukommen und zu kooperieren.“ (s. ebd.) Durch die in der sozialen Interaktion mit anderen gemachten Erfahrungen „[...] entwickelt sich aus dem „natürlichen Egoismus“ allmählich soziale Kompetenz und Selbstständigkeit.“ (s. ebd.)



## 5.5 Weitere physiologische Entwicklungsstufen

In der in diesem Kapitel aufgeführten Tabelle wird die weitere Entwicklung eines Kindes bis zum Erwachsenenalter stichpunktartig aufgeführt.

<b>Entwicklungsstufe</b>	<b>Merkmale</b>
Kindergartenalter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausbildung der Persönlichkeit schon weit fortgeschritten</li> <li>- Entwicklung der Fähigkeit sich selbst zu beobachten und zu beurteilen</li> <li>- Gruppenrolle in sozialen Interaktionen wird mehr bewusst (vgl. ebd.)</li> </ul>
Schulalter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kind möchte seine Umwelt nicht nur erfahren, sondern auch verstehen</li> <li>- Peer-Groups gewinnen an Bedeutung</li> <li>- Nach der Grundschule langsame Abkapselung von den Eltern (Zusammensetzung der Klasse und der Peer-Group haben entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes) (vgl. ebd.)</li> </ul>
Pubertät und Adoleszenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sexuelle Entwicklung</li> <li>- körperlicher Wachstumsschub</li> <li>- Zeit des Ausprobierens: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Suche nach der eigenen Identität („Sturm-und-Drang-Zeit“)</li> <li>→ Kritik und Rebellion gegenüber Eltern</li> <li>→ erhöhte Risikobereitschaft</li> <li>→ Innovationspotential</li> <li>→ Fähigkeit, unverbindliche Freundschaften aufzubauen und zu halten (vgl. ebd.: 144 f.)</li> </ul> </li> </ul>

Tabelle 4: Entwicklung vom Kinder- bis zum Erwachsenenalter

## 6. Kognitive Entwicklung und Bindungsverhalten des Kindes

Die Kinder entwickeln sich postnatal natürlich nicht nur physisch weiter, sondern auch kognitiv. Studien zeigen, dass schon Säuglinge aktiv mit ihrer Umwelt in Kontakt treten können und nicht hilflos und instinktgesteuert sind, wie lange Zeit angenommen. (vgl. Kasten 2013: 10) Wichtig ist bei diesem Kontakt auch die Mutter als primäre Bezugsperson, da durch diese Interaktion erst eine Bindung entstehen kann, die nicht schon von Geburt an gegeben ist. (vgl. Cierpka 2012: 60)

Jean Piaget ist einer der Vorreiter, der die Sichtweise vertritt, dass sich die Denkstrukturen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter grundlegend verändern.

Im folgenden Kapitel wird die Stufentheorie nach Piaget erläutert und die Wichtigkeit des Bindungsverhalten der Kinder aufgeführt.

### 6.1 Theorie der kognitiven Entwicklung nach Piaget

„Der Schweizer Jean Piaget (1896-1980), einer der bedeutendsten Entwicklungspsychologen des 20. Jahrhunderts, schuf mit seinem Denkmodell die erste und bis heute wahrscheinlich einflussreichste Theorie der Entwicklung des menschlichen Denkens und Handelns.“ (s. Kasten 2013: 44) Ihm zufolge entwickeln sich Kinder bis zum Erwachsenenalter in ihren Denkstrukturen stufenartig weiter. Dies geschieht „[...] durch die Interaktion zwischen Subjekt und Umwelt.“ (s. ebd.: 45) Dabei werden durch Assimilation und Akkomodation, die zu einem Gleichgewicht zwischen Subjekt und Umwelt führen, bestehende Denkweisen weiter ausdifferenziert und ausgebaut. Die Assimilation beschreibt „[...] die Integration von neuen Informationen in bestehende Wissens- und Handlungsstrukturen [...]“ (s. Braches-Chyrek 2014: 132), wohingegen die Akkomodation „[...] die Veränderung bestehender mentaler Schemata und Strukturen als Reaktion auf neue Informationen oder Anforderungen aus der Umwelt“ ausführt. (s. ebd.) Die Grundlage für die kognitive Weiterentwicklung des Kindes ist somit ein Erkenntnisprozess, der durch Piaget in einzelne Stadien eingeteilt wurde. (vgl. ebd.) Diese Stadien werden laut ihm immer in der gleichen Reihenfolge durchlaufen und es kann kein Stadium übersprungen werden. Individuell ist jedoch die Geschwindigkeit, mit der ein Kind die Stadien durchläuft. Insgesamt bestehen laut Piaget vier Stadien, die jeweils verschiedenen Altersklassen zugeordnet werden. Für das Kleinkindalter sind die ersten zwei Stadien von Bedeutung und werden daher hier aufgeführt (vgl. Kasten 2013: 44):

Das sensumotorische Stadium wird als erstes genannt und gilt für das erste und zweite Lebensjahr. Piaget betrachtet dieses Stadium „[...] als Vorstufe zum Denken.“ (s. ebd.: 46) Durch Kreisreaktionen, also der Wiederholung von Handlungen und Erfahrungen

(vgl. Braches-Chyrek 2014: 132), entwickelt sich das vorrangig reflexgesteuerte Neugeborene zu einem zielgerichtet handelnden Kleinkind. (vgl. Kasten 2013: 46) „Ausgehend von einfachen Reflexen erkennen Säuglinge und Kleinkinder nach und nach in ihren eigenen Handlungen und in denen ihrer Bezugspersonen „Wenn-dann-Beziehungen“ und legen so den Grundstein für kausales Denken.“ (s. Braches-Chyrek 2014: 132) Das zweite Stadium ist das prä- oder voroperatorische Stadium. Dieses erstreckt sich über die Altersspanne vom zweiten bis zum siebten Lebensjahr. Hier findet eine weitere Ausdifferenzierung der Denkstrukturen statt. (vgl. Kasten 2013: 50) Die Kinder sind in der Lage ein Objekt oder Ereignis in ihrer Umwelt symbolisch ausdrücken zu können. Beispielsweise beschreibt ein Kreis alle runden Objekte, wie Bälle oder Kugeln. In diesem Verlauf lernt das Kind auch, diese Symbole durch abstraktere Zeichen abzulösen, wie zum Beispiel durch Wörter. Über diese sprachliche Form kann das Wissen gespeichert und jederzeit abgerufen werden. (vgl. ebd.) Den Kindern passieren dabei „[...] jedoch charakteristische „Denkfehler“, wie z.B. die Zentrierung auf ein hervorstechendes Merkmal von Objekten oder Ereignissen, die Fokussierung auf die eigene Perspektive (Egozentrismus), die Übertragung von Bewusstsein auf Objekte oder Naturereignisse (Animismus) oder die Unfähigkeit, Handlungen mental rückgängig zu machen (fehlende Reversibilität).“ (s. Braches-Chyrek: 2014: 132)

Kritisch betrachtet zeigen aktuellere Entwicklungsforschungen, dass Piaget die Einzigartigkeit und Individualität jedes einzelnen Kindes außer Acht lässt und durch seine entwickelten Stadien ein scheinbar universell wirksames Modell aufstellte. Zudem gibt es neben den persönlichen auch sozio-ökonomische Einflussfaktoren, die die Entwicklung und den Prozess mitbestimmen. Auch „die fehlende Flexibilität des Stufenmodells, das laut Piaget jeder Entwicklung zugrunde liegt und zum Beispiel nicht zulässt, dass sich ein Kind – situations- und aufgabenabhängig – einmal auf der einen, einmal auf einer anderen Stufe befindet“ (s Kasten 2013: 52 f.), ist aufgrund der Einzigartigkeit jedes Individuums kritisch zu hinterfragen.

## 6.2 Bindungsverhalten

Bindung beschreibt „[...] das wechselseitige emotionale Band zwischen Kind und Mutter (bzw. seiner Hauptbezugsperson) [...]“ (s. ebd.: 44) Damit sich diese Bindung in positivem Maße schon frühzeitig entwickeln kann, verlangt dies von der Mutter (oder der primären Bezugsperson) eine gelingende alltägliche Interaktion mit ihrem Kind. „Das setzt voraus, dass die Mutter ein[e] gewisse Sensibilität oder Feingefühl für die Signale ihres Kindes entwickelt und angemessen darauf eingeht.“ (s. ebd.) Bowlby (1969) erweitert diese Aussage mit der Annahme, dass „[...] Bindung nicht von Geburt an vorhanden

[ist], sondern sie entsteht während des ersten Lebensjahres im emotionalen Austausch, in der Kommunikation und Interaktion mit primären Bezugspersonen.“ (s. Cierpka 2012: 60)

Um die Qualität einer frühen Mutter-Kind-Bindung beurteilen zu können, wird das kindliche Verhalten in dem „Fremde-Situation-Test“ nach Mary Ainsworth beobachtet und bewertet. (vgl. ebd.: 61) „Dieser basiert auf acht aufeinanderfolgenden dreiminütigen Episoden, die zwei kurze Trennungen von der Mutter oder einer anderen Bindungsperson enthalten. Durch den fremden Raum, die kurze Anwesenheit einer fremden Person und die zweimalige Trennung von der Bindungsperson wird das Bindungsverhaltenssystem des Kindes aktiviert.“ (s. ebd.) Beobachtet wird bei Rückkehr der Bezugsperson das Verhalten des Kindes hinsichtlich der „[...] Suche nach Nähe und Kontakt, den Wunsch, Nähe und Kontakt zu erhalten, die aktive Vermeidung der Bindungsperson sowie den Widerstand gegenüber Kontakt- und Spielangebote der Bindungsperson.“ (s. ebd.) Je nach aufkommenden Verhaltensweisen des Kindes werden diese in eine der vier folgenden Klassen eingeordnet:

1. Klasse A – vermeidend – unsicher gebundene Kinder

Kinder, die dieser Klasse zugeordnet werden, meiden die Nähe der Mutter (vgl. Kasten 2013: 147) und beschäftigen sich nach der Trennung allein weiter. (vgl. Cierpka 2012: 61) Das Zurückkehren der Mutter wird ignoriert oder nur sehr distanziert wahrgenommen. (vgl. Kasten 2013: 147) Das Vermeidungsverhalten kann als Schutzmaßnahme des Kindes gewertet werden, „[...] um einer eventuellen Zurückweisung seitens der Bindungsperson zu entgehen.“ (s. Cierpka 2012: 62)

2. Klasse B – sicher gebundene Kinder

Das Bindungsverhalten dieser Klasse zeigt sich durch das Suchen von Nähe und Kontakt seitens der Kinder zu ihrer Bezugsperson. (vgl. Kasten 2013: 147) Verlässt die Bezugsperson den Raum, zeigen die Kinder offen ihren Kummer, genauso wie sie ihre Erleichterung zeigen, wenn sie wieder da ist. (vgl. Cierpka 2012: 61) Das Kind lässt sich nur von der Mutter leicht trösten und beruhigen, nicht aber von der fremden Person. (vgl. Kasten 2013: 147) „Sicher gebundene Kinder haben die Erfahrung gemacht, sich auf die Unterstützung der Bindungsperson verlassen zu können.“ (s. Cierpka 2012: 61)

3. Klasse C – ambivalent-unsicher gebundene Kinder

Kinder, die dieser Klasse zugeordnet werden, verhalten sich gegenüber ihrer Bezugsperson widersprüchlich. „Einerseits suchen sie Nähe und Kontakt zu der

Bindungsperson, andererseits reagieren sie mit ärgerlicher Zurückweisung, wehren sich gegen den Kontakt oder weisen angebotene Spielzeuge zurück.“ (s. ebd.:62) Typisch für dieses Verhalten des Kindes ist ein ähnlich ambivalentes Auftreten ihrer Bezugsperson. Manchmal reagieren sie sensibel auf die Bedürfnisse und Signale ihres Kindes, manchmal jedoch ablehnend oder zurückweisend. (vgl. ebd.)

#### 4. Klasse D – desorganisierte/ desorientierte Kinder

Diese Kinder sind hoch unsicher gebunden und zeigen kein organisiertes Bindungsverhalten. (vgl. ebd.) Beobachtbar sind „[...] widersprüchliche Bindungsstrategien wie Abbruch, Wiederaufnahme und erneuter Abbruch des Nähe- und Kontaktsuchens zur Mutter [...].“ (s. Kasten 2013: 148) Gründe für diese unsichere Bindung können traumatische Erfahrungen sein, in denen die Kinder ihre Bezugsperson nicht als schützend und Sicherheit gebend empfunden haben, sondern als verunsichernd und Angst bereitend. Beispiele dafür sind Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen. (vgl. Cierpka 2012: 62)

Einfluss auf die Sicherheit und positive Entwicklung der Bindungsqualität haben vor allem die Eltern (bzw. die primären Bezugspersonen), die diese Entwicklung durch Sensibilität und Feinfühligkeit im Umgang mit ihrem Kind innerhalb des ersten Lebensjahres positiv steuern können. Die Bindungsqualität ist demnach „[...] keine Persönlichkeitseigenschaft des Kindes, sondern ein variables Beziehungsmerkmal, das sich im Laufe der individuellen Entwicklung wandeln kann.“ (s. Kasten 2013: 148) Zu berücksichtigen bleibt jedoch, dass jedes Kind einzigartig ist und es für Eltern von beispielsweise Schreikindern nicht so einfach gestaltet, immer sensibel und feinfühlig auf das Kind zu reagieren, wie die Eltern eines pflegeleichteren Kindes. (vgl. ebd.: 149f.)

Doch auch die Verhaltensweisen der Eltern unterscheiden sich. Bestmöglich sollen diese als Bezugsperson eine sichere Basis für das Kind darstellen und feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren. Feinfühlig bedeutet in diesem Zusammenhang: „(1) die Signale des Kindes wahrnehmen, (2) die Signale richtig interpretieren, (3) entwicklungs- und situationsangemessen und (4) prompt zu reagieren.“ (s. Ainsworth 1997, zitiert nach Cierpka 2012: 60) Fehlt diese Kontinuität und diese Verlässlichkeit, kann es zu einer der Bindungsmuster A, C oder D kommen.

## 7. Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft

1899 bezog Sullivan zum ersten Mal ein von Kindern gezeigtes Krankheitsbild auf den mütterlichen Alkoholkonsum, indem er beobachtete, dass bei chronisch alkoholkranken Frauen öfter eine Fehlgeburt auftrat oder die Neugeborenen erkrankt waren. Pearson und Elderton erkannten auch die Gefahr im Jahre 1910, jedoch gerieten die bis dahin gewonnen Erkenntnisse schnell wieder in Vergessenheit. „Erst etwa 60 Jahre später wurde die Alkoholembryopathie 1968 von dem französischen Arzt Lemoine und seinen Mitarbeitern wiederentdeckt, jedoch nicht einer internationalen Öffentlichkeit vorgestellt.“ (s. Zobel 2017: 62) Wenige Jahre später kamen die amerikanischen Forscher Smith und Jones auf die gleichen Ergebnisse und veröffentlichten diese im Gegensatz zu Lemoine. Sie prägten somit als Vorreiter den Begriff „Fetales Alkoholsyndrom“. (vgl. ebd.)

Doch trotz dieser schon langjährig existierenden Erkenntnisse besteht weiterhin der verbreitete Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft. Genaue Fallzahlen liegen nicht vor, weshalb der Konsum der Mütter nur anhand der Beeinträchtigungen der von ihnen geborenen Kinder bewertet werden kann. Es besteht jedoch Grund zur Annahme, dass es trotz der verpflichtenden Frage nach Alkoholkonsum im Mutterpass eine hohe Dunkelziffer an konsumierenden Schwangeren gibt, weshalb bei deren Kindern die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft dem Krankheitsbild der FASD nicht konkret zugeordnet werden können. (vgl. Schlußner et al. 2017, zitiert nach Neumann et al. 2019: 554)

Das nachfolgende Kapitel stellt die Folgen einer intrauterinen Alkoholexposition<sup>10</sup> in den verschiedenen Entwicklungsstadien eines Kindes dar. Den Beginn macht die pränatale Entwicklung, da diese für alle folgenden Stufen die Grundlage legt und durch den direkten in utero Kontakt zum Alkohol durch dessen Plazentagängigkeit die Basis aller Auswirkungen auf die späteren Entwicklungsstufen darstellt. Folgend werden die Auswirkungen von Alkohol auf die Geburt und das Krankheitsbild der durch den pränatalen Alkoholkonsum bedingten Spektrumsstörung und seinen Begleiterscheinungen aufgezeigt. Da die Folgen dieser Spektrumsstörung bei den Betroffenen ein Leben lang bestehen, werden diese Auswirkungen in den verschiedenen Lebensphasen dargestellt. Zudem wird neben den physischen und psychischen Auswirkungen auch auf die sozio-emotionale Entwicklung eingegangen und in welcher Hinsicht sich der Alkoholkonsum der Mutter darauf auswirkt.

---

<sup>10</sup> Exposition bedeutet „das Ausgesetztsein der Wirkung von Umwelteinflüssen [...]“, hier Alkohol (s. Reuter 2001: 281)

## 7.1 Pränatale Auswirkungen

„Schädigende Einflüsse verschiedenster Art können die pränatale Entwicklung stören.“ (s. Lauster 2014: 130) Neben anderen chemischen Substanzen und Drogen zählt auch Alkohol dazu. Durch seine teratogene<sup>11</sup> Wirkung kann es aufgrund des pränatalen Konsums sowohl beim Embryo als auch beim Fötus zu diversen Entwicklungsstörungen in verschiedensten Bereichen kommen. (vgl. del Campo & Jones 2017, zitiert nach Römer et al. 2019: 8f.)

Alkohol ist plazentagängig (vgl. Merzenich & Lang 2002, zitiert nach Daniel et al. 2010: 153) und kann durch die beim ungeborenen Kind noch nicht ausgebildete Bluthirnschranke ungehindert in den fetalen Blutkreislauf gelangen. (vgl. Spohr 2005, zitiert nach Römer et al. 2019: 9) Somit wirkt Alkohol in jeder Phase und in jedem Trimester der Schwangerschaft<sup>12</sup> in negativer Weise auf das ungeborene Kind ein. (vgl. Zobel 2017: 62)

„Während der Präimplantationszeit (acht bis 14 Tage nach der Konzeption) kann das Alles-oder-Nichts-Prinzip greifen“ (s. Adam 2012, zitiert nach Römer et al. 2019: 9) Der Konsum von Alkohol führt hierbei entweder zu einem embryonalen Tod oder einer gesund verlaufenden Schwangerschaft. (vgl. ebd.) In der darauffolgenden Phase, der Gastrulation, kann durch den Alkoholkonsum der Schwangeren die Zellproliferation gestört werden, was zu „[...] negativen Auswirkungen hinsichtlich der Entwicklung führen [kann].“ (s. Nulman et al. 2018, zitiert nach Römer et al. 2019: 9) Die Organogenese, die Phase der Ausbildung der Organe des ungeborenen Kindes, findet parallel zu den vorherig beschriebenen Vorgängen statt. Hier kann durch den Konsum alkoholischer Getränke eine wesentliche Beeinträchtigung der Ausbildung oder eine Fehlbildung der Organe stattfinden. (vgl. ebd.) Vor allem das Gehirn, als größtes und wichtigstes Organ des Menschen, reagiert besonders sensibel auf die Alkoholexposition. (vgl. Eustrace et al. 2003, zitiert nach Zobel 2017: 62) Ebenso kommt es schon hier zu fazialen Dysmorphien<sup>13</sup>, die charakteristisch beim Fetalen Alkoholsyndrom auftreten. (vgl. Nulman et al. 2018, zitiert nach Römer et al. 2019: 9) Das Krankheitsbild wird in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

Auch das fetale Wachstum im zweiten und dritten Trimester der Schwangerschaft wird erheblich durch den Alkohol beeinflusst, indem es zu Wachstumsverzögerungen kommt.

---

<sup>11</sup> Der Begriff „Teratologie“ bedeutet in der Medizin die Lehre von den Fehlbildungen von Lebewesen (vgl. Reuter 2001: 876)

<sup>12</sup> Der physiologische Verlauf der Schwangerschaftsphasen siehe Abbildung 1

<sup>13</sup> Faziale Dysmorphien bezeichnen Fehlbildungen und Anomalien (vgl. Reuter 2001: 233), die zum Gesicht gehören. (vgl. ebd.: 290)

(vgl. ebd.) Diese Verzögerung des Wachstums zeigt sich auch beim Neugeborenen nach der Geburt. Auf diese Lebensphase wird im nächsten Kapitel eingegangen.

Diagnostisch kann das fetale Alkoholsyndrom pränatal nicht festgestellt werden. Sonographisch können zwar Wachstumsverminderung, Organdefekte und andere Fehlbildungen schon erkannt werden, die allerdings nicht spezifisch auf die FASD hinweisen. Es gibt somit zum jetzigen Zeitpunkt keine standardisierte pränatale Diagnostik zur Erfassung der FASD. Die Diagnosestellung kann demnach nur nach der Geburt oder im Verlauf der Entwicklung des betroffenen Kindes erfolgen. (vgl. Cook 2003, zitiert nach Zobel 2017: 64)

Psychosomatisch wirkt sich der Alkoholkonsum der Schwangeren auch auf das ungeborene Kind aus. Oftmals kommt es bei suchtkranken Frauen zu einer ungeplanten Schwangerschaft, welche so zunächst unbeobachtet und ohne Vorsorgeuntersuchungen verläuft. Auch der weitere Konsum führt zu einem „[...] unruhigen und unsteten Lebensrhythmus [...]“ für das ungeborene Kind. (s. Hertkorn 2017: 81) Je nach Ausprägung des Trinkverhaltens der Schwangerschaft und der Feststellung der Schwangerschaft kann sich die werdende Mutter „[...] emotional nicht auf das Kind und dessen bevorstehende Geburt vorbereiten und macht sich häufig Sorgen bzw. Schuldvorwürfe wegen möglicher Missbildungen des Kindes.“ (s. ebd.) Dieser Stress der Mutter wirkt sich auf das ungeborene Kind aus und führt zu einer verstärkten motorischen Anspannung. (vgl. ebd.)

Auch die in den Kapiteln drei und vier aufgeführten symptomatischen Auswirkungen auf die Mutter selbst können sich negativ auf das ungeborene Kind auswirken. Die psychischen Probleme, die durch den Konsum von Alkohol entstehen können, verwehren es der Mutter sich intensiv auf die Geburt ihres Kindes vorzubereiten, da sie zu sehr mit sich selbst beschäftigt ist. Das Kreisen der Gedanken nur um Alkohol und die Beschaffung dessen zeigt dabei den gleichen Effekt. Die veränderten Verhaltensweisen und die körperlichen Ausfälle der Mutter während der Rauschzustände können für das ungeborene Kind sehr gefährlich werden. Durch eine impulsivere und gereiztere Stimmung kann die Schwangere ihr Kind gefährden, da es so leichter zu Auseinandersetzungen kommen kann, die in Gewalt enden. Auch körperliche Ausfälle wie Atemdepression oder im schlimmsten Fall ein Herzstillstand können das Ungeborene nicht nur gefährden, sondern auch zu dessen Tod führen. Es zeigt sich somit, dass nicht nur die Plazentagängigkeit des Alkohols eine große Gefahr für Leib und Leben des ungeborenen Kindes darstellt, sondern auch die allgemeinen Auswirkungen, die der Alkohol in Bezug auf die Verhaltensweisen der Mutter mit sich bringt.



## 7.2 Auswirkungen auf die Geburt und das Neugeborene

Neugeborene, deren Mütter in ihrer Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben, zeigen nach der Geburt keine Entzugserscheinungen. (vgl. ebd.: 78) Stattdessen kann dieser Konsum zu weitreichenden anderen und irreversiblen Schäden geführt haben.

Schon bei der Geburt zeigen Neugeborene, die einer intrauterinen Alkoholexposition ausgesetzt waren, eine geringere Körpergröße und ein geringeres Geburtsgewicht (vgl. Nulman et al. 2018, zitiert nach Römer et al. 2019: 9) als die physiologisch zu erwartenden 2,5 - 4,2kg (wie in Kapitel fünf beschrieben). Neben dem Kleinwuchs und dem Untergewicht kann es auch zu einer Mikrozephalie<sup>14</sup> kommen, die durch die besondere Empfindlichkeit des Gehirns gegenüber Alkohol zu begründen ist. (vgl. Zobel 2017: 62) Durch diese irreversiblen Schädigungen des Gehirns kommt es bei den betroffenen Kindern zu „[...] Funktions- und Alltagsbeeinträchtigungen sowie Folgeproblematiken [...]“ (s. Streissguth 2004, zitiert nach Landgraf et al. 2013: 703)

Bei der Geburt wird zudem sichtbar, welche teratogenen Folgen die toxische Wirkung des Alkohols auf das zunächst ungeborene und jetzt neugeborene Kind hat. (vgl. Zobel 2017: 62) Aufgrund des weiten Spektrums dieser Folgen werden diese unter dem Begriff „Fetale Alkoholspektrumsstörung“ (FASD, fetal alcohol spectrum disorder) oder Alkoholembryopathie zusammengefasst. (vgl. Nulman et al. 2018, zitiert nach Römer et al. 2019: 9) Im ICD 10 wird bislang nur die Bezeichnung und Diagnose der „Alkoholembryopathie“ aufgeführt, was die Komplexität dieses Krankheitsbildes nicht annähernd erfassen kann. (vgl. Mortler 2017: 4) Dies ist soweit konform mit den Ausführungen im DSM-5, wobei hier der Begriff „Neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure“ hinzukommt. (vgl. American psychiatric association: 798) Die verschiedenen Ausprägungen der FASD werden in folgende Unterbegriffe aufgeteilt:

Die alkoholbedingten Geburtsschäden (ARBD, alcohol-related birth defects), die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND, alcohol-related neurodevelopmental disorder), das partielle fetale Alkoholsyndrom (pFAS, partial fetal alcohol syndrome) und das fetale Alkoholsyndrom bzw. die Alkoholembryopathie (FAS, fetal alcohol syndrome). (vgl. Altenburg 2019: 66) Die folgende Tabelle zeigt die jeweiligen Auswirkungen der Unterbegriffe der FASD, wobei von unten nach oben eine zunehmende Schädigung mit jeweils unterschiedlichen Ausprägungen zu verzeichnen ist.

---

<sup>14</sup> Mikrozephalie bedeutet die „angeborene Kleinheit des Kopfes“ (s. Reuter 2001: 570)

FAS – Fetal alcohol syndrome	Das Vollbild der FASD. Es kommt zu Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems. (vgl. Römer et al. 2019: 10)
pFAS – Partial fetal alcohol syndrome	Es treten weniger Merkmale der FASD in nicht allen Bereichen auf. Zu erkennen sind weniger faziale Dysmorphien, welche zusammen mit Wachstumsstörungen und Störungen des Zentralnervensystems auftreten. (vgl. ebd.)
ARND – Alcohol-related neurodevelopment disorder	Hier zeigen sich keine körperlichen Fehlbildungen, sondern ausschließlich eine Störung des zentralen Nervensystems (vgl. Altenburg 2019: 66), welche sich „[...] in Verhaltens- und Lernschwierigkeiten äußern können.“ (s. Römer et al. 2019: 10)
ARBD – Alcohol-related birth defects	Es kommt zu anatomischen Fehlbildungen an Organen, dem Skelett. Das zentrale Nervensystem ist nicht betroffen. (vgl. Altenburg 2019: 66)

Tabelle 5: Übersicht FASD

2016 wurde die S3-Leitlinie entwickelt, um die Diagnosestellung von FASD zu vereinfachen. (vgl. Altenburg 2019: 67) Die im Folgenden aufgeführten Merkmale sind beispielhaft und charakteristisch für betroffenen Kinder mit FASD. Die mehrfach genannten Fehlbildungen treten meist im Gesicht der betroffenen Kinder auf (faziale Dysmorphien). Die Neugeborenen zeigen kurze Lidspalten, ein verstrichenes Philtrum<sup>15</sup> und eine schmale Oberlippe. (vgl. Landgraf et al. 2016: 105) Zudem haben die Kinder weit hinten anliegende und nach hinten rotierende Ohren, einen verkürzten Nasenrücken und eine etwas vorgewölbte Stirn. Neben diesen beispielhaft genannten Auffälligkeiten gibt es noch weitere, die individuell bei den betroffenen Kindern auftreten können. (vgl. Löser 1998: 92, zitiert nach Zobel 2017: 63)

Die Störungen des zentralen Nervensystems zeigen sich vor allem bei Neugeborenen durch eine Mikrozephalie. (vgl. Landgraf et al. 2016: 106) Sie neigen zu Schlafstörungen und zeigen eine verminderte Saugfähigkeit. (vgl. Kopera-Frye & Streissguth 1995, zitiert nach Merzenich & Lang 2002: 36) In welcher Hinsicht sie durch die intrauterine Alkoholexposition in ihrem späteren Leben beeinträchtigt sein werden, lässt sich erst im Laufe der Entwicklungsstufen beobachten, weshalb diese Auffälligkeiten im nächsten Kapitel aufgeführt werden.

---

<sup>15</sup> Philtrum wird die „Oberlippenrinne“ genannt. (Reuter 2001: 696)

Fehlen allerdings bei Geburt die äußerlichen Missbildungen, ist eine Diagnose nur sehr schwer zu stellen, da sich der Alkohol auch vor allem auf das zentrale Nervensystem auswirkt und die Folgen dafür bei der Geburt noch nicht absehbar sind. „Löser (1994) schätzt, dass in etwa 80 Prozent der Fälle die Störung übersehen wird, vor allem auch aufgrund mangelnder Sensibilität für das Alkoholproblem bei ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.“ (s. Zobel 2017:64) Dies zeigt auf, dass nicht nur die Diagnose pränatal, sondern genauso postnatal nicht so leicht zu stellen ist.

Um eine gesunde und enge Mutter-Kind-Bindung schon direkt nach Geburt zu ermöglichen, wird das Neugeborene der Mutter nicht nur auf die Brust gelegt, sondern es finden auch die ersten Stillversuche statt. Bei einer alkoholkonsumierenden Mutter ist dies jedoch nicht zulässig, da Alkohol auch in der Muttermilch zu finden ist und dort denselben Alkoholgehalt aufzeigt, wie die Blutalkoholkonzentration. (vgl. Zobel 2017: 62) Zudem ist bei diesem Erstkontakt darauf zu achten, in welchem Zustand sich die Mutter befindet, damit das Kind nicht gefährdet wird. „Aufgrund der oft unzureichenden Fähigkeit der alkoholkranken Mutter zur angemessenen Versorgung des Kindes wachsen viele Kinder mit Alkoholembryopathie nicht bei ihren leiblichen Eltern auf.“ (s. Löser 1994, zitiert nach Zobel 2017: 63) Demnach werden aufgrund der Minimierung einer Kindeswohlgefährdung gemäß des Schutzauftrages nach §8a SGB VIII die Kinder oft schon nach der Geburt in einer Pflege- oder Adoptivfamilie aufgenommen.

Wird die Alkoholerkrankung der Mutter nicht frühzeitig entdeckt und die Familie verlässt die Geburtsklinik, so kann es bei dem Kind durch die mangelhafte Versorgung der Mutter zusätzlich zu den Schädigungen durch die Alkoholexposition zu einer „[...] frühkindlichen psychosozialen Deprivation<sup>16</sup>, verbunden mit weiteren körperlichen und geistigen Entwicklungsverzögerungen [kommen].“ (s. Löser et al. 1994, zitiert nach Zobel 2017, 64) Die Diagnosestellung wird somit bei den betroffenen Kindern immer schwieriger, da diese Symptome das FASD überlagern können und es somit verbergen. (vgl. ebd.)

### **7.3 Auswirkungen auf den Säugling und das Kleinkind**

Im weiteren Verlauf der Phasen des Neugeborenen zum Säugling und vom Säugling zum Kleinkind finden bei einer physiologischen Entwicklung diverse Lernschritte statt. (s. dazu Kapitel 5.3 und 5.4) Abhängig sind die auftretenden Auswirkungen bei von der FASD betroffenen Kindern vom Alter der Mutter und somit der Länge der Zeitspanne des Bestehens der Substanzgebrauchsstörung Alkohol. Bei schon älteren Müttern, die

---

<sup>16</sup> Deprivation beschreibt einen Liebesentzug bzw. den Verlust/Mangel von etwas Erwünschtem (vgl. Reuter 2001: 197)

dementsprechend auch schon lange und regelmäßig Alkohol konsumiert haben, zeigen die Kinder schwerere Symptome. (vgl. Jacobsen et al. 2004, zitiert nach Zobel 2017: 64) Kinder, die eine Diagnose der FASD erhalten haben, zeigen individuelle funktionelle Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems, weshalb diese in ihrer Entwicklung oftmals eingeschränkt sind. Bei einem Vollbild, dem FAS, gelten die Kinder oftmals als geistig retardiert. Es treten kognitive und Verhaltensstörungen auf (vgl. Zobel 2017: 63), die sich in unterschiedlichen Bereichen widerspiegeln können. Neben der eingeschränkten Lern-, Konzentrations- und Merkfähigkeit finden sich auch Auswirkungen in den Bereichen Sozialverhalten, Sprache, Sinneswahrnehmung und Exekutivfunktionen. (vgl. Landgraf et al. 2016: 105) Allgemein können die wesentlichen Verhaltensauffälligkeiten wie folgt beschrieben werden: „Neben Anzeichen von Hyperaktivität haben diese Kinder kurze Aufmerksamkeitsspannen, Lernstörungen, sind sehr extravertiert, reagieren wenig auf soziale Reize und zeigen wenig Hemmungen. Dazu treten mangelhafte feinmotorische Fertigkeiten sowie eine schwach ausgeprägte Auge-Hand-Koordination.“ (s. Jones & Bass 2003, zitiert nach Zobel 2017: 63f.)

Studien belegen, dass ADHS die häufigste Begleitstörung bei von FASD betroffenen Kindern darstellt und, dass die Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung mit einem sechsfach erhöhten Risiko auftreten kann. (vgl. Brownell et al. 2013, zitiert nach Landgraf et al. 2016: 110) Die Kinder zeigen schon im Kleinkindalter eine hohe Ablenkbarkeit und eine Störung der Impulskontrolle, was oftmals die soziale Interaktion und das gemeinsame Spielen mit anderen Kindern erschwert. (Landgraf 2016: 110)

Auch bei den Exekutivfunktionen treten bei Kindern mit FASD Schwächen auf. „Bei den Exekutivfunktionen handelt es sich um höhere kognitive Funktionen wie z.B. Handlungsplanung, Erkennen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen, Kontrolle und Anpassung der Handlungsausführung oder Problemlösen.“ (s. ebd.) Schon beim Übergang vom Säuglings- zum Kleinkindalter können sich diese Verhaltensauffälligkeiten vor allem auf der motorischen Ebene zeigen. Bewegungsübergänge sind für sie schwer zu meistern, z.B. vom Liegen ins Sitzen oder ins Stehen und beim Anziehen. Neben den motorischen sind auch die feinmotorischen Fähigkeiten defizitär. (vgl. ebd.)

Die Einschränkungen im Bereich der Sprache zeigen sich in der frühkindlichen Entwicklung vor allem durch eine Sprachentwicklungsverzögerung. (vgl. ebd.)

Auch die Auffälligkeiten und Defizite in der sozial-emotionalen Entwicklung zeigen sich bereits in frühen Entwicklungsstufen. Schon Säuglinge haben eine eingeschränkte Regulationsfähigkeit, die sich darin zeigt, dass die Kinder aus unklaren Gründen schreien und sich auch durch die primäre Bezugsperson trotz Körperkontakt nicht oder nur schwer beruhigen können.

Neben den Beeinträchtigungen, die aufgrund der intrauterinen Alkoholexposition so-wieso bestehen können, führt die Suchterkrankung der Mutter zu keinem Ausgleich dieser, sondern in den meisten Fällen zu einer Verschlimmerung der Situation. „Eine Förderung der kindlichen Entwicklung wird in der Regel vernachlässigt.“ (s. Hertkorn 2017: 79) Zudem erfahren betroffene Kinder oftmals keine regelmäßige Alltagsroutine und haben somit keine festen Strukturen vorgegeben. Diese Form der Vernachlässigung kann dazu führen, dass weitere Defizite im Bereich der Gehirnentwicklung und des zentralen Nervensystems auftreten.

„Studien zeigen, dass bei suchtkranken Eltern meist selbst unsichere Bindungsmuster vorliegen, was ihre empathische Fähigkeit in Bezug auf ihre Kinder einschränkt.“ (s. Schindler 2013, zitiert nach Hertkorn 2017: 80) Durch diese den Kindern vorgelebte unsichere Bindung, die auch die Zurückweisung des Kindes und dessen Grundbedürfnisse bedeutet, entwickeln betroffene Kinder selbst eine große Verunsicherung im Bindungssystem. (vgl. Hertkorn 2017: 80) Bemerkbar machen können sich diese Verunsicherungen entweder anhand einer vermeidend-unsicheren oder ambivalent-unsicheren Bindung. Erstere lässt sich darauf zurückführen, dass die betroffenen Kinder Angst vor Zurückweisung ihrer Mutter haben und sich lieber mit sich selbst beschäftigen. Grund für diese Zurückweisung können z.B. Rauschzustände der Mutter sein. Letztere Bindungsunsicherheit zeigen Kinder, deren Mutter als Bezugsperson auf die kindlichen Signale selbst ambivalent reagiert, also mal freundlich und offen und mal abweisend. Diese Bindungsmuster sind somit als Schutzmechanismen der Kinder gegenüber der Mutter zu deuten.

Doch auch das Umfeld und andere familiäre Gegebenheiten wirken auf das Kind ein. Aufgrund der Alkoholerkrankung kann es unter anderem zu finanziellen Problemen, Arbeitslosigkeit und häufig wechselnden Partnern kommen. Diese Stressoren wirken sich auf die Intelligenzentwicklung des Kindes negativ aus. (vgl. ebd.)

#### **7.4 Weitere Auswirkungen in späteren Lebensphasen**

„Mit steigendem Lebensalter kann eine Reihe von Symptomen kompensiert werden, vor allem körperliche Auffälligkeiten stabilisieren sich im Laufe der Entwicklung.“ (s. Zobel 2017: 69) Von FASD betroffene Schulkinder erleben meist aufgrund ihrer Einschränkungen in den Exekutivfunktionen Lernprobleme. Ebenso können sie oftmals alltagspraktische Aufgaben, wie Körperhygiene, Anziehen oder Einkaufen nicht selbstständig ausführen. (vgl. Landgraf et al. 2016: 110) Auch die Einschränkungen in der räumlich visuellen Wahrnehmung machen sich erst in den späteren Lebensphasen bemerkbar. Betroffene Kinder haben Schwierigkeiten beim Lesen, Schreiben und Rechnen und können

sich trotz Wegbeschreibungen nicht zurechtfinden. Der Schulweg muss somit oftmals begleitet werden. (vgl. ebd.: 111)

Das Sozialverhalten der Kinder und Jugendlichen mit FASD kann sich in zwei unterschiedliche Richtungen entwickeln. Manche Kinder verhalten sich distanzgemindert und [...] altersunangepasst vertrauensselig.“ (s. ebd.: 112) Andere Kinder zeigen eher Impulsausbrüche durch, unter anderem grenzverletzendem Verhalten, Stehlen, Lügen und Verletzen der Bezugsperson durch körperliche und verbale Angriffe. Diese Impulsausbrüche werden wie das Umschalten eines Schalters beschrieben, der jedoch schnell wieder zu einer adäquaten Verhaltensweise zurückschlägt. Manche Kinder spüren diese Ausbrüche im Vorfeld und bedauern im Nachhinein ihr Verhalten. (vgl. ebd.: 112f.) Diese Verhaltensweisen stellen auch im Erwachsenenalter noch das Hauptproblem im Sozialverhalten dar.

Studien ergaben, dass die meisten vom FASD betroffenen Kinder eine Förderschule (49%) oder eine Regelgrundschule (38%) und nur die wenigsten eine weiterführende Schule (13%) besuchen. Auch der erste Arbeitsmarkt ist für viele Erwachsene mit FASD unerreichbar. Lediglich 13% der betroffenen Erwachsenen fanden dort einen Job.

Die schon im Kinder- und Jugendalter gezeigte Abhängigkeit und Unselbstständigkeit zieht sich auch bis ins Erwachsenenalter. „Nur ca. ein Drittel der erwachsenen Patienten mit FASD konnten ein selbstständiges Leben führen, zwei Drittel lebten betreut, in Institutionen oder auch im Erwachsenenalter noch mit den Eltern.“ (s. Landgraf et al. 2016: 113)

Zudem wurde durch Studien belegt, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko aufweisen, zukünftig selber eine Substanzgebrauchsstörung (vgl. Klein 2008, zitiert nach Moesgen et al. 2012: 277) oder eine psychische Störung, wie zum Beispiel Depressionen oder eine Angststörung, (vgl. Hill, Tressner & McDermott 2011, zitiert nach Moesgen 2012: 277) zu entwickeln.

Zwar ist es möglich, positive Fortschritte in einzelnen Bereichen zu erzielen, jedoch erfordern diese viel Förderung und Unterstützung der Bezugsperson des Kindes, was in einer Familie mit einer alkoholkranken Mutter oftmals nicht stattfinden kann, es sei denn, diese möchte auch an sich und ihrem Suchtverhalten mit professioneller Unterstützung arbeiten. (vgl. Zobel 2017: 69)

## 8. Hilfsmöglichkeiten und Grenzen

Bei der Betrachtung der bisherigen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass es verschiedene Ansätze der Hilfsmöglichkeiten gibt. Das erste Ansetzen kann schon präventiv durch frühzeitige Aufklärung oder im Rahmen der Vorsorge und der Erfassung des Alkoholkonsums durch den Gynäkologen erfolgen. Ist es dafür schon zu spät, können die Kinder durch eine frühe Diagnosestellung und professionelle Förderung Hilfe erfahren.

Wie genau die Prävention, Aufklärung oder die individuellen Hilfsangebote für Mutter und Kind aussehen können, wird im folgenden Kapitel beschrieben. Ebenso werden hier im selben Bezug die Ergebnisse des Interviews, welches mit einer Sozialarbeiterin geführt wurde, dargestellt, analysiert und ausgewertet.

### 8.1 Hilfen für die Mütter

Alkohol ist hier in Deutschland legal zu erwerben, zu konsumieren und gilt als gesellschaftlich anerkanntes Genussmittel in Gesellschaft. Diese Verharmlosung und Selbstverständlichkeit des Alkohols führen dazu, dass oftmals „die mögliche toxische Wirkung von Alkohol auf das Ungeborene vielen Frauen (und ihren Partnern) nicht bewusst ist.“ (s. Landgraf et al. 2016: 113) Und das, obwohl schon in den 1960er Jahren belegt wurde, dass der Alkoholkonsum der Schwangeren irreversible Folgen für das noch ungeborene Kind bedeutet. (vgl. Zobel 2017: 62)

Am „Tag des alkoholgeschädigten Kindes“ am 9. September 2019 forderten Fachgesellschaften mehr Präventionsmöglichkeiten. Dieser Tag wird weltweit genutzt, um über die Folgen des mütterlichen Konsums in der Schwangerschaft aufmerksam zu machen. In Deutschland sorgte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und die Deutsche Physiotherapeuten Vereinigung für Informationen. (vgl. Geissel 2019: 2) „Die Kernbotschaft ist dabei: Alkoholkonsum ist für Feten viel gefährlicher als Rauchen!“ (s. ebd.) Nikotin ist genauso wie Alkohol plazentagängig und sorgt für die Hemmung zentraler Wachstums- und Reifungsprozesse. (vgl. Schneider 2017, zitiert nach Neumann 2019: 555) Ebenso kommt es bei Raucherinnen häufiger zu „Schangerschaftskomplikationen wie Fehl-, Früh- und Totgeburten [...]“ (s. Altenburg 2019: 40) Diese Auswirkungen des Nikotins sind jedoch nicht mit der Irreversibilität der Auswirkungen des Alkoholkonsums und der Beeinträchtigungen durch das FASD vergleichbar.

Auch andere Kampagnen machen auf die Gefahren des Alkoholkonsums aufmerksam. Die von der BZgA initiierte Kampagne „Kenn dein Limit“, welche sich an Erwachsene und Jugendliche richtet oder die Kampagne „Null Alkohol - Voll Power“, die sich an eine

jüngere Zielgruppe wendet. (vgl. Rommel 2016: 6) Es ist demnach wichtig, dass Aufklärungsinhalte so früh wie möglich vermittelt werden. Das bedeutet, dass diese auch schon zu Schulzeiten angesprochen werden und so die Chance haben, verinnerlicht zu werden. (vgl. ebd. 25)

„Die primäre Prävention von FASD besteht in der Aufklärung von Frauen über die verheerende Wirkung eines mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft sowie in der Forderung nach gänzlichem Alkoholverzicht (Punktnüchternheit).“ (Neumann 2019: 555) Diese beschriebene Punktnüchternheit ist so wichtig, da keine unbedenkliche Trinkmenge von Alkohol in der Schwangerschaft bekannt ist. (vgl. Geissel 2019: 2) Suchterkrankte Mütter können diese jedoch nicht ohne Weiteres einhalten. Neben der Prävention und Aufklärung, die bei Gelegenheitstrinkerinnen (Beta-Alkoholabhängigen) noch greifen könnten, muss bei schon suchterkrankten Frauen eine andere Methode gewählt werden. Ziel der Beratung und Unterstützung betroffener Frauen ist es hierbei, dass sich ihr Trinkverhalten ändert bzw. sich der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft verringert. (vgl. Merzenich 2002: 69) Für einen optimalen Beratungsverlauf bilden zwei Modelle die Grundlage. Dies ist zum einen die „Motivierende Gesprächsführung“ nach Miller und Rollnick (1991) und das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ nach Prochaska et al. (1994). Bei der „Motivierenden Gesprächsführung“ sollen die bisher Sicherheit gebenden Strukturen, hier der regelmäßige Alkoholkonsum, aufgebrochen werden und in kurzer Zeit eine Verhaltensänderung der Schwangeren erreicht werden. Hierzu ist es notwendig, dass „[...] die positiven Aspekte für eine Änderung überwiegen.“ (s. ebd.: 70) Um eine positive Grundstimmung zur Bereitschaft der Verhaltensänderung zu schaffen, bestehen verschiedene Motivationsstrategien, welche in folgender Tabelle aufgezeigt werden:

„Zeigen von Verständnis und Anteilnahme“	Verhaltensweisen der Klientin werden in der Gesprächsführung nicht beurteilt, sondern respektiert.
„Geben von Hinweisen, Erläuterungen und Empfehlungen“	Die Problematik des aktuellen Konsumverhaltens muss genaustens beschrieben werden, damit konkret erläutert werden kann, warum eine Verhaltensänderung notwendig ist.
„Steigerung des Wunsches nach Veränderungen“	Betrachtung der Vor- und Nachteile des aktuellen Konsumverhaltens und besondere Hervorhebung der Vorteile einer Verhaltensänderung



„Beseitigen von Hindernissen für die Verhaltensänderung“	Die Klientin erkennt im Gespräch ihre Hemmungen bezüglich der Verhaltensänderung und es werden im gemeinsamen Gespräch Lösungsmöglichkeiten gefunden oder entwickelt.
„Angebot von Wahlmöglichkeiten“	Der Klientin wird vermittelt, dass sie die Wahl hat, ihr Verhalten zu ändern. Es können Ersatz-Verhaltensweisen zum bisher problematischen Verhalten entwickelt werden.
„Rückmeldungen“	Die Klientin muss sich über ihre aktuelle gesundheitliche Situation bewusst sein. Es werden in dem Zusammenhang auf Risiken und Konsequenzen des Konsums eingegangen.
„Formulierung von Zielen“	Setzen von realistischen, erreichbaren Zielen.
„Angebot von aktiver Hilfe und Unterstützung“	Anteilnahme an dem Willen der Verhaltensänderung der Klientin.

Tabelle 6: Motivierende Gesprächsführung (s. Miller 1985, zitiert nach Merzenich 2002: 70f.)

Ergänzt werden kann dieser Beratungsstil durch das „Transtheoretische Modell“, welches aus sechs Stufen besteht. Die folgende Abbildung zeigt diese auf:

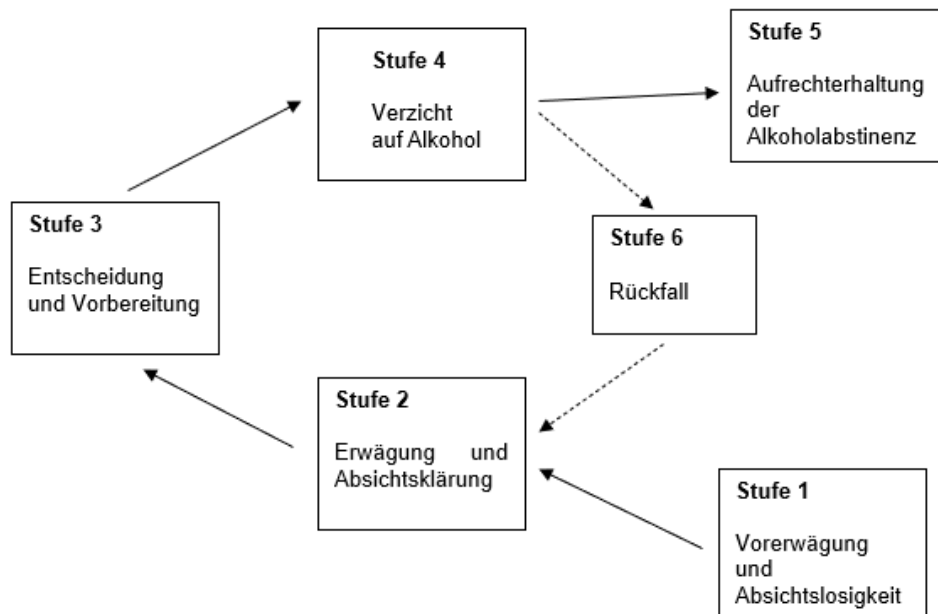


Abbildung 2: Transtheoretisches Modell (s. Prochaska et al. 1994, zitiert nach Merzenich 2002: 72)

Das zirkulär angelegte Modell beginnt mit dem ersten Stadium, der Vorerwägung und Absichtslosigkeit. Hier wird der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft von der Betroffenen nicht als problematisch angesehen und es besteht somit nicht die Absicht der Verhaltensänderung. Gesundheitliche Auswirkungen des Konsums werden nicht wahrgenommen oder sind der Betroffenen nicht bekannt. Diese hier beschriebene Absichtslosigkeit wird im zweiten Stadium, der Erwägung und Absichtserklärung, aufgebrochen und endet in einer zweigespaltenen Haltung der Betroffenen. „Das eigene Verhalten wird zwar als problematisch angesehen, zu einer Änderung kommt es aber (noch) nicht.“ (s. Merzenich 2002: 72) Ein Wille zur Verhaltensänderung wird geäußert, allerdings nichts Konkretes dafür unternommen. Zu einer Entscheidung und den ersten Handlungsvorbereitungen kommt es dann im dritten Stadium. Die Schwangere sieht die Vorteile des Verzichtes auf Alkohol ein, da diese die Nachteile überwiegen. In diesem Gesprächs- und Planungsprozess spielt die motivierende Gesprächsführung eine bedeutende Rolle. Dies liegt unter anderem daran, da die betroffene Schwangere weiterhin unsicher ist, ob und wie sie den Verzicht umsetzen kann.

Erste Handlungsumsetzungen werden im vierten Stadium sichtbar, wenn die Schwangere ihren Alkoholkonsum tatsächlich reduziert. „In dieser Phase ist allerdings das Risiko noch groß, doch wieder in alte Gewohnheiten zurückzufallen.“ (s. ebd.) Dieses Risiko minimiert sich erst im fünften Stadium, der Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung. Die Reduzierung bzw. der Verzicht auf Alkohol in der Schwangerschaft wird zur neuen Gewohnheit. Tritt dieses fünfte Stadium ein, so hat es die betroffene Schwangere geschafft, aus dem Kreislauf auszusteigen. Ist dies nicht der Fall und die Frau verfällt wieder in alte Trinkmuster, so kommt es zum sechsten Stadium, dem Rückfall-Stadium. Hierbei ist der/die BeraterIn gefragt, der/die gemeinsam mit der Schwangeren Gründe für diesen Rückfall erörtert und einen neuen Start der Verhaltensänderung anregen soll. (vgl. ebd.)

Diese Gesprächstechniken können von SozialarbeiterInnen in spezifischen Schwangerschaftsberatungsstellen angewandt werden. Da der zirkuläre Verlauf des „Transtheoretischen Modells“ für alkoholkonsumierende Schwangere nicht so leicht zu durchbrechen ist, sind ambulante Angebote, beispielsweise regelmäßige Gesprächstermine mit einer Suchtberatungsstelle vor Ort, oder stationäre Angebote, wie der Aufenthalt in einer Entzugsklinik, abzuwägen. Beachtet werden muss hierbei, dass die Angebote auf der Freiwilligkeit der betroffenen Schwangeren beruhen und diese sich aktiv zu den Hilfsmaßnahmen melden muss. (vgl. DHS III 2015: 9)

Neben dem zu beachtenden Freiwilligkeitscharakter der aufgeführten Angebote ist als SozialarbeiterIn zu bedenken, dass die Frauen, die sich für die Hilfsmaßnahmen melden, Mütter werden oder geworden sind und sie somit ein Kind zu versorgen haben. (vgl. Winkler 2007: 23) Wichtig ist dies vor allem hinsichtlich der Überlegungen und Planungen der Gesprächstermine. Aber auch für suchtspezifische Angebote, wie zum Beispiel die ambulante Anbindung in einer Entzugsklinik, erfordern eine gute Organisation des gemeinsamen Alltags mit dem Kind und muss offen in dem Beratungsgespräch kommuniziert werden können. Dazu ist eine Vertrauensbasis als Grundlage für offene Gespräche nötig, durch die betroffene Frauen Sicherheit erfahren und die Möglichkeit erhalten, über unangenehme Gefühle, wie Schuld oder Scham ihrem Kind gegenüber oder anderen psychischen Belastungen, zu sprechen. (vgl. ebd.: 24f.)

Dem unsicheren Bindungsverhalten, welches bei Kindern alkoholerkrankter Mütter meist auftritt, wird „[...] in der Suchtkranken- und Drogenhilfe noch wenig Beachtung“ geschenkt. (s. ebd.) Alkohol stellt hierbei einen Risikofaktor für die Entstehung von Problemen in der Mutter-Kind-Interaktion dar. Beispielhaft ist hier ein Behandlungsangebot nach Suchmann et al. (2004) zu erwähnen, welches das folgende Angebot konzipierte und in einer Studie auswertete. Dieses Angebot enthielt neben einem Standarddrogenprogramm zusätzliche Sitzungen „[...] zur Stärkung der emotionalen Bindung als Gegenstand der Mutter-Kind-Behandlung [...]“ bei speziell dafür ausgebildeten TherapeutInnen. (s. ebd.: 28f.) Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die lediglich die Standarddrogentherapie erhielt, zeigte sich bei den anderen Müttern eine bessere Compliance<sup>17</sup>, eine regelmäßige Teilnahme und ein regulärer Behandlungsabschluss. Eine gesunde Mutter-Kind-Bindung und -Interaktion wirkt sich positiv auf die Entwicklung des Kindes betroffener Mütter aus und ist demnach nicht außer Acht zu lassen, sondern verstärkt durch Angebote zu unterstützen. (vgl. ebd. f.)

### 8.1.1 Grenzen

Eine große Hürde der Interventions- und Gesprächsplanung für betroffene Frauen stellt die Zusammenarbeit mit diesen dar. Der Freiwilligkeitscharakter, der bisher für alle Schwangerschafts- und Suchtberatungsstellen gilt, stellt dahingehend eine Grenze dar, da die betroffenen alkoholkonsumierenden Schwangeren oder Mütter aktiv nach Hilfs- und Beratungsangeboten in ihrer Umgebung suchen müssen und sie dabei keine Unterstützung erhalten. Zu diesem eigenen Aktivwerden kommt zusätzlich die Angst vor Stigmatisierung und Verurteilung, weshalb sich viele Frauen gar nicht erst trauen, sich

---

<sup>17</sup> Compliance ist die „Bereitschaft des Patienten zur Mit- und Zusammenarbeit“ (s. Reuter 2001: 173)

an Beratungsstellen zu wenden und ihren Konsum lieber verheimlichen. Bewusst ist den Müttern hierbei allerdings nicht, dass durch die rechtzeitige in Kenntnissetzung vor allem des Geburtshilfesystems mögliche Risiken vor und nach der Geburt abgemildert oder besser angegangen werden können. (vgl. Hentschel 2004, zitiert nach Winkler 2007: 24) Kritisch zu betrachten ist unter diesem Aspekt zudem die Mitwirkung der GynäkologInnen zur Erfassung der betroffenen Mütter. Die Abfrage des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft wird sehr selten und nur bei konkreten Verdachtsfällen ausreichend abgefragt. (vgl. ebd.) Dies lässt sich nicht nur negativ hinsichtlich der Diagnosestellung des betroffenen Kindes bewerten, sondern wirkt sich durch die fehlende ärztliche Aufklärung auch negativ auf das Empfinden der Frau aus, welche sich nicht aufgefangen fühlt, sondern durch das System allein gelassen wird. Oftmals sind den betroffenen Frauen die Konsequenzen ihres Alkoholkonsums nicht bekannt, weshalb hier die Aufklärung der ÄrztInnen umso wichtiger wäre, um das Auftreten vom FASD zu minimieren.

Es wurde aufgezeigt, dass sowohl die ärztliche Seite als auch die betroffenen Schwangeren aktiv werden müssen, um an passende Hilfsmöglichkeiten zu gelangen. Doch auch Fachkräfte der Beratungsstellen der Sozialen Arbeit versuchen aktiv zu werden, indem die oben aufgeführten Kampagnen durchgeführt werden oder Öffentlichkeitsarbeit stattfindet. Eine große Hürde hierbei ist weiterhin der Freiwilligkeitscharakter der Angebote, welcher es den Betroffenen nicht ermöglicht einen eher passiven Part zu übernehmen und von den helfenden Einrichtungen „an die Hand genommen zu werden“, sondern diese selbst aktiv werden müssen, um Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

### **8.1.2 Lösungsansätze**

Eine engere Kooperation der Sozialen Arbeit mit den gynäkologischen Praxen bzw. das Vor-Ort-Sein einer/eines SozialarbeiterIn in der Praxis könnte für die werdenden Mütter von Vorteil sein. Dadurch hätten betroffene Schwangere einen/eine direkte(n) AnsprechpartnerIn vor Ort und müssen sich nicht zunächst durch das Internet oder ausgehändigte Flyer selbst um ein Hilfsangebot bemühen. Dies tun sie aus Scham oder Angst vor Stigmatisierung oftmals gar nicht erst. Durch dieses niedrigschwellig angelegte Angebot könnten mehr Frauen von den Hilfsmaßnahmen profitieren. Trotzdem müsste neben dieser Vorgehensweise auch die Netzwerkarbeit und die stärkere Sensibilisierung der GynäkologInnen hinsichtlich der Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft ausgebaut werden. Dies bedeutet nicht nur Vorteile für die werdenden Mütter, welche so ihr ungeborenes Kind schützen, sondern auch für die Soziale Arbeit, die so schneller und individuell angepasster mit den Müttern agieren kann.

## 8.2 Hilfen für betroffene Kinder

„Kinder erfahren in alkoholbelasteten Familien keine normale Kindheit [...]“ (s. Zobel 2017: 195) Neben den aufgeführten individuellen physischen und kognitiven Beeinträchtigungen durch den mütterlichen Alkoholkonsum, sind auch das Bindungsverhältnis und die familiären Strukturen belastet.

In Bezug auf die physischen und psychischen Beeinträchtigungen kann im Rahmen der Diagnosestellung schon eine erste Beratung hinsichtlich Interventions- und Hilfsmaßnahmen von ärztlicher Seite stattfinden. „Es liegen erst wenige Interventionsstudien zur Effektivität von Therapien bei FASD vor.“ (s. Kordituwakku & Kordituwakku 2011, zitiert nach Landgraf et al. 2016: 114) Dennoch gibt es einige Ansätze, die bei spezifischen Beeinträchtigungen genutzt werden können:

So können beispielsweise bei von ADHS oder einer Sprachentwicklungsstörung betroffenen Kindern „[...] ergo- und verhaltenstherapeutisch basierte Konzentrationstrainings im Einzel- oder Gruppensetting [...]“ (s. Krowatschek, Albrecht & Krowatschek 2007, zitiert nach Landgraf et al. 2016: 110) und logopädische Unterstützung (vgl. Landgraf et al. 2016: 112) angedacht werden. Bei vielen Förderungen von Beeinträchtigungen, wie der Störung der Lern- und Merkfähigkeit oder Störung der Rechenfähigkeit, bedarf es einer Zusammenarbeit mit den Institutionen Kindergarten und Schule. Diese müssen hinsichtlich des Förderbedarfs aufgeklärt und ggf. geschult werden. (vgl. Landgraf et al. 110f.)

Kordituwakku (2010) führte eine Studie durch, deren Ergebnisse einen Leitfaden für die Planung der Interventionen bei Kindern mit FASD darstellt. Besonders wichtig waren ihm folgende Strategien zur Interventionsplanung:

1. „Berücksichtigung von Defiziten in der Verarbeitung und Integration von Informationen,
2. Förderung angepasst an das aktuelle Entwicklungsalter des Kindes,
3. Frühes Training von Aufmerksamkeit und Selbstregulation,
4. Bereitstellung bereichernder Umwelteinflüsse,
5. Kombination von behavioralen Methoden und Pharmakotherapie<sup>18</sup>.“  
(s. Landgraf et al. 2016: 114)

Zudem stellte Bertrand (2009) Faktoren fest, die diese Interventionsstrategien bei Kindern mit FASD positiv beeinflussen können:

1. „Miteinbeziehung von Elternberatung oder -training,

---

<sup>18</sup> Pharmakotherapie ist die „Behandlung mit Arzneimitteln“ (s. Reuter 2001: 694)

2. Explizite Instruktionen, da Kinder mit FASD spezifische Fertigkeiten dadurch besser erlernen als durch Beobachtung oder Abstraktion und
3. Integration der Intervention in vorhandene Förderangebote.“  
(s. Landgraf et al. 2016: 114)

Wichtig ist die Fokussierung auf die Stärken und nicht die Orientierung an den Defiziten, da dies schnell zu Frust führen kann. Ein gemeinsames Erstellen von konkreten Zielsetzungen und Förderinhalten gemeinsam mit den betroffenen Kindern und deren Bezugsperson hilft dabei, die individuelle Entwicklung des Kindes zu fördern und gemeinsam im Dialog die bestmögliche Strategie zu erörtern. (vgl. ebd.)

Die oben aufgeführten Interventionsstrategien können zwar schon bei Kleinkindern angewandt werden, richten sich jedoch hauptsächlich an schon ältere Kinder. Die Hilfsmöglichkeiten der Neugeborenen und Kleinkinder sind somit hauptsächlich von deren Mütter abhängig und ob diese den individuellen Förderbedarf ihrer Kinder mit FASD sehen.

Neben der Abhängigkeit des Kindes von der Mutter hinsichtlich der Inanspruchnahme von Förderangeboten oder Beratungsterminen besitzt doch auch schon das ungeborene Kind Rechte, die in Bezug auf den schädlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit den Rechten der Mutter kollidieren. Bei der Mutter sagt das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus, dass die Schwangere die Freiheit hat, schädliches Verhalten zu zeigen. (vgl. Wever et al. 2019: 369) Demgegenüber steht das Ungeborene, welches laut Bundesverfassungsgericht zumindest partiell Träger von Grundrechten ist. Diesem ungeborenen Leben wird der Schutz der Menschenwürde zuerkannt, weshalb der Staat verpflichtet wird, dieses zu schützen. (vgl. BVerfGE 88, 203) Unterstrichen werden diese Grundrechte von dem in Art. 6 Abs. 1 und 4 GG aufgeführten staatlichen Schutzauftrag. Diese zwei kollidierenden Positionen stehen sich im Falle des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft gegenüber. Zudem ist §8a SGB VIII, der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, in vielen Fällen alkoholkranker Mütter nach Abschluss der Schwangerschaft nicht zu unterschätzen.

Sozialrechtlich gesehen soll durch die folgenden Paragraphen das ungeborene bzw. das neugeborene Kind geschützt werden: In §2 Abs. 1 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) schreibt der „[...] Gesetzgeber ausdrücklich eine Informationspflicht der Jugendämter an werdende Mütter und Väter über Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich zur Beratung und Hilfe in Fragen der Schwangerschaft und Geburt“ fest. (s. Wever et al. 201: 372) Zudem sieht das achte Sozialgesetzbuch im §16 ein Beratungsangebot für Schwangere vor. Voraussetzungen dieser Gesetzestexte ist

allerdings die Mitwirkung und die Problemeinsicht der betroffenen Mütter. Dies zeigt, dass neben der unzureichenden gesetzlichen Handhabung des mütterlichen Alkoholkonsums auch hinsichtlich der Compliance der Mütter nur eingeschränkte Einwirkungsmöglichkeiten bestehen. (vgl. ebd.: 372f.)

### **8.2.1 Grenzen**

Kinder in der aufgeführten Altersklasse des Neugeborenen und Kleinkindes sind in ihrer Empfängnis von Hilfsmaßnahmen vollends von der Mutter bzw. den Eltern abhängig. Während sich ältere Kinder vertrauensvoll an LehrerInnen oder die Eltern ihrer Freunde hinsichtlich des mütterlichen Alkoholkonsums wenden können, so erfahren kleinere Kinder völlige Abhängigkeit von ihren Eltern bzw. den Institutionen. Findet beispielsweise bei gynäkologischen vorgeburtlichen Untersuchungen eine ausreichende Sozialanamnese der werdenden Mutter statt und wird ein Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ausreichend sensibel thematisiert und aufgedeckt, so kann das Risiko der Entwicklung der FASD abgemildert und das Kind dadurch geschützt werden.

Wird das Kind nun geboren und zeigt verschiedenste Auffälligkeit der FASD, so ist das Neugeborene nun von der Diagnosestellung der ÄrztInnen abhängig, um dann frühzeitig eine geeignete Förderung der ausgeprägten Beeinträchtigungen zu erhalten. Fehlt nun eine Diagnosestellung, da die Anamnese und Aufklärung der Mutter nicht ausreichend erfolgt ist, so kann das Kind nicht spezifisch und seinen Bedürfnissen entsprechend gefördert werden. Die Hilfsmöglichkeiten dieser jungen Zielgruppe sind demnach vollkommen von den Eltern abhängig.

### **8.2.2 Lösungsansätze**

Säuglinge und Kleinkinder sind von den Entscheidungen und dem Handlungswillen ihrer Eltern abhängig. Um diese Entscheidungen positiv beeinflussen zu können, muss neben der Erfassung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft eine adäquate und frühzeitige Diagnosestellung seitens der FachärztInnen der gynäkologischen Praxen und der Entbindungsklinik erfolgen. Zudem muss nach einer Diagnosestellung von FASD eine direkte Vermittlung an Ansprechpartner und Hilfsangebote erfolgen, damit die Eltern auf diesem Weg nicht allein gelassen werden. Nur durch eine gute Netzwerkarbeit und das Zusammenarbeiten von Stellen, die werdende oder gewordene Mütter betreuen, kann sichergestellt werden, dass deren Kinder gut betreut und ausreichend gefördert werden.

## 8.3 Forschung

Im folgenden Kapitel wird das durchgeführte qualitative Interview dargestellt, ausgewertet und analysiert. Dazu wurde das Kodierparadigma der Grounded Theory Methodology nach Strauss und Glaser verwendet. Die aus dieser Analyse entstandenen Ergebnisse werden in einem Unterkapitel gesondert aufgeführt.

Da es sich bei der folgenden Auswertung um lediglich ein qualitatives Interview handelt, sind die Erkenntnisse nicht vollends auf die Allgemeinheit zu übertragen. Dennoch sind diese Erkenntnisse relevant, da sie sich aus der langjährigen Erfahrung der Sozialarbeiterin ergeben und somit, zwar in etwas eingeschränkter Weise, trotzdem die Möglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit aufführen und konkretisieren können.

### 8.3.1 Auswertung und Analyse

Nach der Erstellung des Transkriptes<sup>19</sup> auf Grundlage des geführten Interviews, wurde eine Code-Liste<sup>20</sup> erstellt. Dazu wurde das Transkript Wort für Wort gelesen und analysiert, sodass daraus die Code-Liste erstellt werden konnte. Dies war der Prozess des offenen Kodierens. Dieser Prozess wird in der Regel von mehreren Forschern durchgeführt, um über die entstandenen Codes zu diskutieren. Deshalb wurde der Entstehungsprozess der Code-Liste von mir mehrfach durchgeführt und die entstandenen Codes ggf. nochmals abgeändert. Durch diese Vorgehensweise konnten die schon entstandenen Codes konkretisiert werden.

Im zweiten Schritt, dem axialen Kodieren, verdichteten sich die nun feststehenden Codes zu einer Schlüsselkategorie. Diese war im Fall der vorliegenden Forschung schon vorgegeben: „Die Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit hinsichtlich der Zielgruppe alkoholkonsumierender Schwangerer“. Um diese Verdichtung zu erreichen, wurden die einzelnen Codes verschiedenen Kategorien zugeordnet. Diese Kategorien lauten: Kontext Handlungsfeld, ursächliche Bedingungen, Strategien und Konsequenzen. In der folgenden Abbildung ist in der Mitte, wie beim axialen Kodieren üblich, das hier beforschte Phänomen bzw. die Schlüsselkategorie zu finden. Die untenstehende Grafik stellt lediglich die Code-Nummern dar, die den Kategorien zugeordnet wurden. Die jeweiligen Ausformulierungen finden sich im Anhang.

---

<sup>19</sup> Siehe Anhang Nr. 2

<sup>20</sup> Siehe Anhang Nr. 3



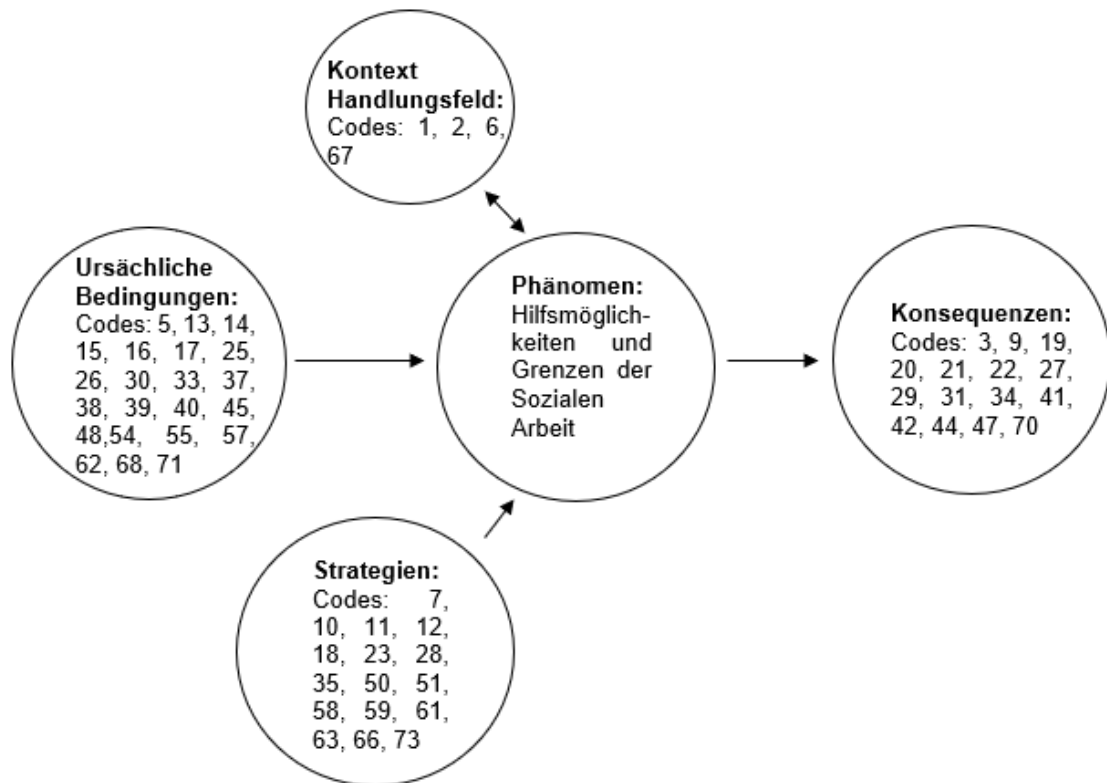


Abbildung 3: Selektiver Kodierprozess

Zur besseren Veranschaulichung der in der Abbildung 3 dargestellten Codes werden diese nun beispielhaft aufgeführt und in Zusammenhang gebracht.

Zunächst werden der Kontext bzw. das Handlungsfeld dargestellt. Dies ist als Grundlage zu betrachten, da hier die Berufsbezeichnung, die Zielgruppe und das Einsatzgebiet dargestellt werden. Im vorliegenden Fall ist die interviewte Sozialarbeiterin in einem Verein, der sich für Kinder mit FASD einsetzt und zusätzlich dazu Pflegemutter von Kindern mit FASD. (vgl. Codes 1 und 2) Des Weiteren wird beschrieben, dass sich der Verein für Präventionsarbeit hinsichtlich des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft einsetzt und dahingehend Aufklärungsarbeit über Themen wie das FASD betreibt und Beratungsangebote schafft. (vgl. Code 2) Die Codes 6 und 67 beschreiben die Zielgruppe, die das Beratungsangebot des Vereins am meisten nutzen: „Junge alkoholkonsumierende Schwangere [...]“ (s. Code 6), die hauptsächlich aus der gehobenen Mittelschicht kommen. (vgl. Code 67) Zusammenfassend beschreibt das Handlungsfeld eine Sozialarbeiterin, die sowohl von ihrer fachlichen als auch von ihrer erfahrungsbasierten Seite Wissen an werdende und gewordene Mütter weitergeben kann, die Alkohol während der Schwangerschaft konsumiert haben.

Als nächstes werden die ursächlichen Bedingungen genauer betrachtet. Es wird vor allem den Fragen nachgegangen, wieso die Hilfsangebote aktuell so sind, wie sie sind und an welche Grenzen durch die vorherrschenden Rahmenbedingungen gestoßen wird. Im Vordergrund steht die Bedingung, dass zu wenig Präventions- und Aufklärungsarbeit geschieht (vgl. Codes 14, 17) und es dadurch zu einer „Verharmlosung des Alkoholkonsums durch die Gesellschaft“ (s. Code 62) und „einer Verharmlosung und Verdrängung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft“ (s. Code 68) kommt. Drastisch wird dies durch Code 13 dargestellt: „Keine Frau setzt sich hin und sagt, so, ich trinke jetzt, weil ich ein behindertes Kind haben möchte.“ Diese Aussage impliziert, dass insgesamt zu wenig Wissen über die langfristigen und irreversiblen Schäden, die dem Kind durch den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zugefügt werden, besteht. Zudem wird in diesem Zusammenhang auf die Entscheidungsfreiheit eines jeden Menschen eingegangen: „Gehe ich das Risiko ein, dass mein Kind behindert ist und trinke oder lass ich es bleiben.“ (s. Code 25) Voraussetzung für diese Entscheidung ist allerdings das Wissen über mögliche Folgen.

Neben den hier als Randgruppen auftauchenden unentdeckten Schwangerschaften oder den Schwangerschaften nach einer Vergewaltigung (vgl. Codes 15, 16), die auch die Basis des Alkoholkonsums bilden können, indem die Frauen den Wunsch hegen, das Kind durch den Alkoholkonsum verlieren zu können (vgl. Code 17), stellen vor allem auch die unter Beobachtung eines/r GynäkologIn stehenden Schwangerschaften eine Problemgrundlage dar. Zwar wird der Alkoholkonsums der Schwangeren im Mutterpass abgefragt, allerdings wird dies von frauenärztlicher Seite zumeist nicht zum Anlass genommen genauer nachzufragen bzw. zu beraten oder aufzuklären. (vgl. Codes 37, 38, 39) Laut der Sozialarbeiterin begründen GynäkologInnen dies damit, dass sie eine gute Vertrauensbasis zu den Schwangeren aufbauen und jegliche Stigmatisierung vermeiden wollen. (vgl. Code 40) Kritisch ist hierbei zu betrachten, dass diese Vertrauensbasis gut für „unangenehme“ Gespräche, wie zum Beispiel über Alkoholkonsum während der Schwangerschaft genutzt werden könnte. Einer Stigmatisierung kann dahingehend vorgebeugt werden, indem sensibel und einfühlsam auf Äußerungen der Schwangeren eingegangen wird und diese nicht bewertet werden. In Bezug auf den Umgang mit alkoholkonsumierenden Schwangeren gibt es „keine einheitliche Vorgehensweise der GynäkologInnen [...]“ (s. Code 55), obwohl GynäkologInnen aus subjektiver Sicht der Sozialarbeiterin in der Aufklärungspflicht sind. (vgl. Code 48) Kritisch wird diese Aussage in Code 57 formuliert: „Aufklärung ist nicht verpflichtend, das ist ein großes Manko.“ Teilweise wird den Schwangeren von ärztlicher Seite sogar zu Alkoholkonsum geraten, um z.B. den Kreislauf in Schwung zu bringen oder ihre Blutwerte zu verbessern. (vgl. Code 45)

Gründe dafür könnten neben der Verharmlosung auch die fehlende Präsenz der Anzahl an mit FASD geborenen Kindern und deren Beeinträchtigungen sein.

Die letzte wichtige Bedingung, die auf die Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit einwirken, ist der Freiwilligkeitscharakter der Angebote und Beratungen. (vgl. Code 54) Die Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit wird von den betroffenen Müttern und ihrem aktiven Tun beeinflusst. Melden sich die Mütter nicht bei zuständigen Beratungsstellen, so kommt kein Hilfsangebot zustande. (vgl. Code 33)

Der nächste Teil der Analyse beschäftigt sich mit den verwendeten Strategien der Sozialen Arbeit, um Hilfsangebote für betroffene Schwangere zu gestalten, die Geburten von Kindern mit FASD zu verringern und die negativen Bedingungen abzuwenden bzw. zu reflektieren. Die wichtigste und einnehmendste Strategie, die verfolgt wird, lautet: „Kein Alkoholkonsum in der Schwangerschaft!“ (s. Code 12) Ist dies so abrupt nicht möglich, so soll es wenigstens zu einer Minimierung der Alkoholmenge von Seiten der Schwangeren kommen, damit das Risiko für irreversible Folgeschäden für das ungeborene Kind verringert werden. (vgl. Code 7) Besondere Bedeutung kommt diesem Teil der Beratung zuteil, da sowohl durch die fachlichen als auch durch die erfahrungsbasierten Kenntnisse werdende Mütter aufgefangen und unterstützt werden können. (vgl. Codes 10, 11) Bevor es jedoch zu diesem Beratungsgespräch kommt, müssen sich die werdenden Mütter aktiv selbst auf die Suche nach Hilfe begeben (vgl. Code 18) oder einen/eine gute/gut vernetzte/n GynäkologIn haben, welcher an örtliche Träger und Hilfsstellen weitervermitteln kann. Diese Strategie und die Kooperation der Sozialen Arbeit und den Frauenärzten läuft aktuell in vielen Fällen mangelhaft ab. (vgl. Code 35) Gefordert wird „mehr professionsübergreifende Teamarbeit, wie es in anderen Ländern schon praktiziert wird.“ (s. Code 59) Vor allem soll ein Austausch zwischen GynäkologInnen und Schwangerschaftsberatungsstellen, die bundesweit ihrerseits vernetzt vorhanden sind (vgl. Code 28), erfolgen, um Risiken gemeinsam abschätzen und entgegenwirken zu können. (vgl. Code 50)

Zudem wird die Strategie der Öffentlichkeitsarbeit genutzt, um durch Videos oder Kampagnen auf das Thema FASD oder die generellen Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufmerksam zu machen. (vgl. Codes 58, 63) Kritisch ist hier anzumerken, dass auch große Alkoholfirmen selbst in der Pflicht sind, über die Risiken und Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufmerksam zu machen. Allerdings lässt dies den bitteren Beigeschmack, dass die Mütter nur während der Schwangerschaft nicht konsumieren sollen und danach wieder weiter trinken können. Viele Vereine versuchen auch Spots für das Fernsehen oder das Kino zu drehen, allerdings sind

die Kosten dafür höher als vom Verein tragbar. Daher nutzen diese die Plattform YouTube, um darüber Aufklärung zu betreiben. (vgl. Code 66) Neben der Vermeidung bzw. der Verringerung des Alkoholkonsums von Schwangeren soll durch diese Projekte eine „Sensibilisierung der Bevölkerung hinsichtlich der Folgen des Alkoholkonsums“ (s. Code 73) erfolgen. Es wurden noch ein paar alternative Strategien vorgeschlagen, die so allerdings aktuell nicht praktiziert werden, weshalb diese im folgenden Teil der Analyse, der Konsequenzen, aufgeführt werden.

Die Konsequenzen, die sich aus dem Handlungsfeld, den ursächlichen Bedingungen und den bisher vorherrschenden Strategien ergeben, sind sehr vielschichtig und erfordern noch viel Arbeit. Im Fokus hierbei steht das „Ziel: Wir wollen als Verband für Kinder mit FASD überflüssig werden.“ (s. Code 3) Um dieses Hauptziel zu erreichen, muss vor allem eines geschehen: Mehr Aufklärungs- und Präventionsarbeit. (vgl. Code 19) Vorschläge, wie dies aussehen könnte, werden auch schon verbalisiert und konkretisiert: Bereits in der Grundschule muss frühzeitig FASD, beispielsweise im Rahmen des Sexualkundeunterrichts, thematisiert werden (vgl. Codes 20, 22), damit sich die aus dem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ergebenden Risiken genauso festsetzen, wie das Wissen um keinen Alkohol am Steuer. (vgl. Code 21) Unterstützend können hierbei Warnzeichen an alkoholhaltigen Lebensmitteln wirken, die nicht mehr auf der Freiwilligkeit der Hersteller beruhen sollen, sondern für alle verpflichtend gelten sollen. (vgl. Codes 23, 27)

Bezogen auf die schon schwangeren und alkoholkonsumierenden Frauen müssen Alternativangebote geschaffen werden, die nicht mehr einzig das Aktivwerden der Schwangeren fordern. (vgl. Code 61) Niedrigschwellige Angebote oder aufsuchende Hilfen der Sozialen Arbeit könnten dahingehend sinnvoll sein. (vgl. Codes 29, 34) Doch bevor diese Alternativangebote überhaupt umgesetzt werden können, müssen GynäkologInnen mehr in die Pflicht genommen werden. Es muss Schulungen und gemeinsame Tagungs- bzw. Gesprächstermine geben, bei denen sich die Schwangerschaftsberatungsstellen und die FrauenärztInnen gemeinsam eine Kooperationsstrategie und Maßnahmen überlegen, durch die schwangere alkoholkonsumierende Frauen bestmöglich aufgefangen und unterstützt werden können. (vgl. Code 47) Denn es zeigte sich, dass die Rückmeldungen der betroffenen Frauen bei dem Verein sehr positiv bezüglich der durchgeführten Beratungsgespräche waren und sie sehr glücklich darüber sind, dass sie ihr Kind bekommen haben und es nicht aufgrund des Alkoholkonsums abgetrieben haben. (vgl. Code 9) Diese Erfolge gilt es durch die Kooperation der Beratungsstellen mit den GynäkologInnen auszubauen und zu festigen.

Doch bevor diese Änderungen geschehen können, „gehört noch jahrelange (Präventions-) Arbeit dazu“. (s. Code 70)

### 8.3.2 Ergebnisse

Zusammenfassend zeigt sich aus dem aufgeführten Interview, dass es auf der einen Seite schon sehr gute Erfolge und Ansätze zur Präventions- bzw. Beratungsarbeit bezüglich betroffener schwangerer Frauen gibt, es andererseits jedoch an Unterstützung und Kooperationsbereitschaft von anderen fachlichen Stellen mangelt. So stellt vor allem die Zusammenarbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen mit den GynäkologInnen eine große Hürde dar. FrauenärztInnen sind zwar angehalten, den Alkoholkonsum der Mütter im Mutterpass zu erfassen, thematisieren diesen und die Risiken und Folgen jedoch nicht ausreichend oder raten in seltenen Fällen sogar zum Alkoholkonsum. Dies muss flächendeckend unterbunden und aufgeklärt werden und kann im besten Fall durch gemeinsame Gespräche oder die allgemeine Kooperation der FrauenärztInnen und der Schwangerschaftsberatungsstellen erfolgen.

Generell gilt es jedoch, abgesehen vom Handlungsbedarf innerhalb der Fach- und Beratungsstellen, dass die gesamte Bevölkerung schon frühzeitig und immer wieder hinsichtlich der Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt wird. Diese Sensibilisierung ist erforderlich, damit die im Erwachsenenalter zwar legal erwerbbar und konsumierbare Droge nicht mehr verharmlost wird, sondern die Gefahren erkannt und bekannt werden. Kampagnen, wie Videoclips oder Flyer werden hier beispielhaft genannt.

Die durch die Forschung erhobenen Daten und Ergebnisse überschneiden sich in weiten Teilen mit den zuvor in Hilfsmöglichkeiten und Grenzen in Bezug auf die Schwangeren und deren Kinder aufgeführten Daten. Auch die Forderungen nach mehr Präventionsarbeit und Handlungsmöglichkeiten stimmen überein.

Trotz des noch langen Weges zu genügend Aufklärungsarbeit muss die Thematik angegangen werden, damit die Zahlen der alkoholkonsumierenden Frauen sinken und somit die Geburten von Kindern mit FASD verringert bzw. vermieden werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass dabei nicht die Hilfsmöglichkeiten für die Kinder im Mittelpunkt stehen sollen, sondern das erste Ansetzen bei der Schwangeren selbst bzw. der gesamten Bevölkerung stattfinden muss. Wird ein hoher Sensibilisierungsgrad innerhalb der Gesellschaft erreicht, wodurch die Geburten von Kindern mit FASD reduziert werden, rücken Hilfsangebote für betroffene Kinder in den Hintergrund, da diese nicht mehr gebraucht werden. Dies wird auch durch den Wunsch der Interviewpartnerin in Code 3 deutlich: „Ziel: Wir wollen als Verband für Kinder mit FASD überflüssig werden.“ Dies ist

als langfristiges Ziel zu werten, da es zuvor noch andere Zwischenziele zu erreichen gibt: Verstärkte und individuellere Präventionsangebote, vermehrte Aufklärungsarbeit schon in Schulen, Kampagnen, die auf die langfristigen und irreversiblen Schäden des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufmerksam machen.

Vergessen werden darf bei dieser Vorgehensweise jedoch nicht, dass Schwangere mit der Substanzgebrauchsstörung von Alkohol nicht von heute auf morgen kurzfristig ihren Konsum reduzieren können. Deshalb müssen auch für diese Fälle individuell passende Handlungsmöglichkeiten und Vorgehensweisen erarbeitet werden, was nur im Austausch der Schwangerschaftsberatungsstellen mit den GynäkologInnen erfolgen kann, da so die Wahrscheinlichkeit größer ist, viele betroffene Schwangere anzusprechen und sie bezüglich ihrer Alkoholerkrankung zu unterstützen.

Der bestehende Freiwilligkeitscharakter, den die bisherigen Hilfsangebote beinhalten, wird oft als Hürde dargestellt. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Schwangere selbst die Motivation haben muss, an ihrem Konsumverhalten etwas ändern zu wollen und durch die Beratungsstelle Hilfe dabei erfahren kann. Verpflichtende Angebote könnten in diesem Kontext kontraproduktiv sein, da dann die Gefahr groß ist, dass sich die betroffenen Frauen komplett verschließen und keinen Willen für die Zusammenarbeit zeigen. Hilfreich könnte hier ein erstes gemeinsames Gespräch für die werdenden Mütter mit dem/der ihr vertrauten GynäkologIn und einer Fachkraft der Sozialen Arbeit sein. Der erste Kontakt und eine erste Vertrauensbasis wären hergestellt, wodurch es den Schwangeren leichter fallen könnte, auch weiterhin an Beratungsterminen teilzunehmen und offen dafür zu sein, ihr Konsumverhalten zum Schutz ihres ungeborenen Kindes zu ändern.

## 9. Diskussion

Die Ergebnisse der Literaturrecherche und der durchgeführten qualitativen Forschungen zeigen auf, dass in den letzten Jahren immer mehr Interesse an dem Thema Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und die Risiken für das ungeborene Kind bestand und, dass auch von ärztlicher Seite diese Problematiken immer mehr wahrgenommen wird. Dennoch fällt auf, dass es keine einheitliche Regelung in der Handhabung dieser Fälle gibt. Sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Präventionsarbeit gibt es keine gängige Vorgehensweise der Fachkräfte. Zudem findet sich in der Gesetzgebung keine Leitlinie im Umgang mit alkoholkonsumierenden Schwangeren. Dies ist deshalb kritisch zu betrachten, da so der Handlungs- und Unterstützungswille immer von dem/der jeweiligen ÄrztIn abhängt, der/die die Vorsorgeuntersuchungen durchführt. Wie konkret sich diese Uneinheitlichkeit tatsächlich auf die Geburtenrate von Kindern mit FASD ausübt, ist nur schwer abzuschätzen, da genaue Fallzahlen und Statistiken fehlen. Zudem ist die Diagnosestellung oftmals erschwert, da die Symptome des FASDs anderen Krankheitsbildern oder Entwicklungsverzögerungen zugeordnet werden. Zwar werden in dieser Arbeit Zahlen der Geburtenrate von Kindern mit FASD oder FAS genannt, allerdings ist hier von einer Dunkelziffer auszugehen. Ebenso kann die Zahl der alkoholkonsumierenden Schwangeren ohne die Kooperation der Schwangerschaftsberatungsstellen mit den gynäkologischen Praxen nur schätzungsweise oder gar nicht erhoben werden. Dem statistischen Bundesamt und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. liegen diese Zahlen auch nicht vor. Durch das Fehlen dieser Statistiken kann auch kein Entwicklungstrend festgemacht werden, der aussagt, ob der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft vermehrt auftritt und wie sich dies konkret auf die betroffenen Kinder auswirkt. Daher erfolgte in der vorliegenden Arbeit ein Überblick über die Themen Alkoholkonsum mit dem Schwerpunkt auf Schwangere und Mütter und die dadurch hervorgerufenen Auswirkungen auf die Konsumentin selbst und deren Kinder.

Auf die Individualität des Alkoholkonsums und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Kinder sei hier hingewiesen. Aus der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass eine Punktnüchternheit während der Schwangerschaft das große Ziel aller Bemühungen sein soll. Dies ist deshalb der Fall, da bis heute keine Untersuchungen vorliegen, die aufzeigen, ob es eine unbedenkliche konsumierbare Menge an Alkohol während der Schwangerschaft gibt. Dennoch ist es wichtig anzumerken, dass sich der Konsum von Alkohol in unterschiedlichen Mengen je nach Schwangeren auch unterschiedlich auf das ungeborene Kind auswirken kann. Die in dieser Arbeit aufgeführten Auswirkungen und Beeinträchtigungen sollen als Überblick über die Gesamtheit der Auswirkungen dienen, obwohl die Ausprägungen sehr unterschiedlich und individuell ausfallen.

Neben der Individualität der Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Kinder, ist auch das Konsumverhalten der werdenden Mütter in jedem Fall einzeln zu betrachten. Wie in den Tabellen zwei und drei in Kapitel drei aufgeführten Typologien zu erkennen ist, ist das Trinkverhalten in unterschiedliche Schweregrade einzuordnen. Es muss somit jeweils auf Grundlage dessen bewertet werden, welche Hilfsmöglichkeiten für welche Typologien am besten geeignet sind.

Die durchgeführte qualitative Forschung eröffnete den Blick in die Erfahrungen und das Fachwissen einer Sozialarbeiterin. Kritisch ist hier anzumerken, dass kein/keine GynäkologIn zu Wort gekommen ist, um seine/ihre Sicht auf die Problematik des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft darzulegen. Grund dafür war neben der Betrachtung der Sichtweise einer Fachkraft der Sozialen Arbeit auch die betroffenen Mütter selbst zu Wort kommen zu lassen. Dadurch hätte man sowohl einen Einblick in die Sicht der Fachkräfte als auch in die Empfindungen der Mütter bezüglich des bisherigen Hilfesystems erlangen können. Interessant wäre hierbei auch die Frage gewesen, weshalb die Schwangeren nicht an Vorsorgeuntersuchungen oder Hilfsangeboten teilnehmen und ob dabei die Angst vor Stigmatisierung und Scham eine Rolle spielen. Diesen Fragen konnte in dieser Arbeit leider nicht nachgegangen werden, da die Befragung der alkoholkonsumierenden Mütter aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie nicht stattfinden konnte. Dementsprechend wurde sich auf die Ergebnisse des qualitativen Interviews mit der Sozialarbeiterin fokussiert. Die daraus entstandenen Resultate wurden dann in einen Zusammenhang mit den zuvor erhobenen Daten aus der systematischen Literaturrecherche gebracht. Es zeigten sich hinsichtlich der bisherigen Hilfsangebote und der Forderung nach mehr Präventions- und Aufklärungsarbeit große Überschneidungen. Es wurde deutlich, dass noch viel getan werden muss, um Kinder, die einem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ausgesetzt sind, langfristig zu fördern und zu schützen.



## 10. Fazit

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, wie mit dem Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ trotz jahrelang bestehendem Wissen immer noch leichtsinnig und verharmlosend umgegangen wird. Gründe für diese Verharmlosung könnten neben den geschichtlichen Hintergründen, die aufzeigen, dass Alkohol damals zum Beispiel als Zahlungsmittel genutzt wurde, auch die allgemeine gesellschaftliche Stellung des Alkohols als anerkanntes und legal erwerbbares Genussmittel sein. Dies darf jedoch nicht als Ausrede für diese Verharmlosung genutzt werden, sondern muss verstärkt innerhalb der Gesellschaft reflektiert und sensibilisiert werden. Durch diese Verharmlosung und die legale Erwerbbarkeit von Alkohol in Deutschland existiert hier ein weit verbreiteter riskanter Konsum. Dass von diesem Konsum nicht nur die Eltern oder hier schwerpunktmäßig die Mütter, sondern auch deren Kinder betroffen sind, wurde lange Zeit außer Acht gelassen. Umso erschreckender sind die Zahlen aus Deutschland, die zeigen, dass schätzungsweise 2,65 Millionen Kinder in von Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch betroffenen Familien leben und jährlich ca. 3.000 Kinder mit FAS und 12.650 Kinder mit FASD geboren werden. Die Erfassung der tatsächlichen Anzahl alkoholkonsumierender Schwangerer muss besser durchgeführt werden, um präventive und das Kindeswohl schützende Angebote ausbauen zu können. Die zum jetzigen Zeitpunkt bestehenden Statistiken beschäftigen sich nur mit den von dem Alkoholkonsum betroffenen Kindern, wobei auch hier eine Dunkelziffer zu erwarten ist. Dabei können präventive Angebote nicht mehr greifen, sondern lediglich die Förderangebote und zu spät angesetzte Entzugsangebote für die Mütter. Durch eine konkrete Erfassung der alkoholkonsumierenden Schwangeren können durch deren Hilfe passgenaue Angebote geschaffen werden, um dieses Konsumverhalten zukünftig zu vermeiden und die Gesundheit ihrer ungeborenen Kinder langfristig zu schützen.

Die betroffenen Kinder, die lange in Vergessenheit und in den Hintergrund der Beschäftigung mit dem mütterlichen Alkoholkonsum gerückt sind, tragen durch genau diesen Konsum lebenslange irreversible Schäden davon. Die Vielfalt und die individuelle Ausprägung dieser Beeinträchtigungen werden auch aus der Arbeit in Kapitel 7 ersichtlich. Ebenso werden die Schwierigkeit und gleichzeitig die Wichtigkeit der rechtzeitigen Diagnosestellung zur frühzeitigen Förderung deutlich. Zusätzlich zu der schon bestehenden S3-Leitlinie müssen weitere einheitliche Vorgehensweisen der Fachärzte erfolgen, die neben den GynäkologInnen auch die KinderärztInnen zur Diagnosestellung einschließen.

Doch über die physischen und psychischen Auswirkungen hinaus zeigt sich, dass vor allem auch die zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit eingeschränkt ist. Das Ziel

von zukünftigen Bemühungen, auch der der Sozialen Arbeit, muss die Vermeidung dieser Auswirkungen und die Erhaltung des Kindeswohls sein. Um dies erreichen zu können ist der gemeinsame Dialog mit betroffenen Schwangeren und deren erste Anlaufstelle in der Schwangerschaft, den GynäkologInnen, unverzichtbar. Nur so kann eine erfolgreiche präventive Aufklärung über die Risiken erfolgen.

Bezogen auf den Fokus dieser Arbeit: „Kinder alkoholerkrankter Mütter – Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft auf die physische und psychische Entwicklung vom Neugeborenen bis ins Kleinkindalter und die Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit“ sind verschiedene Erkenntnisse festzuhalten. Zum einen, bezogen auf den ersten thematischen Schwerpunkt des Titels, die Vielfalt der durch den mütterlichen Alkoholkonsum gezeigten Symptome bei betroffenen Kindern und die Abhängigkeit der aufgeführten Altersstufen vom Neugeborenen bis ins Kleinkindalter von den Eltern bzw. der Institution Krankenhaus. Ohne die Diagnosestellung und ohne das Zutun der Eltern können die Kinder dieser Altersstufen keine Förderung erfahren. Wachsen die betroffenen Kinder in einer Pflege- oder Adoptionsfamilie auf, so müssen sich die Pflegeeltern diesem besonderen und teilweise lebenslangen Bedarf bewusst sein. Dabei kann und muss Soziale Arbeit die betroffenen Familien unterstützen und gemeinsam mit ihnen passende Förderangebote finden und vermitteln.

Bei dem zweiten Thema der Arbeit, den Hilfsmöglichkeiten und Grenzen der Sozialen Arbeit, fällt auf, dass es zwar vielfältige Angebote gibt, die Ausführung und die Netzwerkarbeit bezüglich dieser jedoch ausbaufähig ist. Vor allem die bisher oftmals mangelhafte Zusammenarbeit mit den GynäkologInnen wird in den Vordergrund gestellt. Durch die Entwicklung von gemeinsamen Handlungsstrategien könnte hier die zurzeit fehlende Aufklärung und Präventionsarbeit mit den werdenden Müttern geschehen. Denn es hat sich gezeigt: Um das Kindeswohl jetzt und auch zukünftig zu schützen, ist die Zusammenarbeit und das erste Ansetzen bei den alkoholkonsumierenden Schwangeren/Müttern unerlässlich.

Zeigt sich dieser Ansatz allerdings als schwierig und sind die alkoholkonsumierenden Schwangeren nicht zu erreichen bzw. zeigen sie keine Motivation zur Mitarbeit, so muss sich zunächst verstärkt auf die Kinder und den Schutz dieser fokussiert werden.

Es zeigt sich also, dass es noch ein langer Prozess sein wird, die von den Fachstellen gewünschte Punktnüchternheit in der Schwangerschaft zu erreichen. Anhand erster Bestrebungen durch das Zusammensetzen verschiedener Stellen, die Schwangere beraten und unterstützen, kann ein erster Austausch über zukünftige Projekte erfolgen. Die Soziale Arbeit muss dazu beitragen, dass Kinder in Familien, in denen der Alkohol im Vordergrund steht, besser geschützt werden.

## A Literaturverzeichnis

*Altenburg, Thomas, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.)* (2019): Drogen- und Suchtbericht. Druck- und Verlagshaus Zarboch GmbH & Co. KG.

*American Psychiatric Association* (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5. Aufl.) Arlington: VA.

*Arenz-Greiving, Ingrid; Kober, Marcus* (2007): Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

*Boehm, Andreas* (1994): Grounded Theory - wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden. In: A. Boehm, A. Mengel, & T. Muhr (Hrsg.), *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: UVK Univ. Verl. Konstanz. Online abrufbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-14429>

*Braches-Chyrek, Rita; Röhner, Charlotte; Sünker, Heinz; Hopf, Michaela* (Hrsg.) (2014): *Handbuch Frühe Kindheit*. Berlin & Toronto: Verlag Barbara Buderich.

*Cierpka, Manfred* (Hrsg.) (2012): *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.

*Daniel, Regine; Novak, Astrid; Radler, Dunja* (2010): Schwangerschaft und Alkohol. Konsequenzen einer in utero-Alkoholexposition für das Kind. In: *Sucht*, 56. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000034> [25.05.2020].

*DHS I: Daten und Fakten. Alkohol*. Online abrufbar unter: <https://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> [07.04.2020].

*DHS II: Alkohol*. Online abrufbar unter: <https://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/alkohol.html> [25.04.2020].

*DHS III* (2015): *Alkohol in der Schwangerschaft*. Online abrufbar unter: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwikyJGE6NjpAhWxsaQKHbqTD9EQF-jAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dhs.de%2Ffileadmin%2Fuser\\_upload%2Fpdf%2FFactsheets%2FAlkohol\\_in\\_der\\_Schwangerschaft.pdf&usg=AOvVaw0hU1TEILz2uFgM5HP3TCiA](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwikyJGE6NjpAhWxsaQKHbqTD9EQF-jAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dhs.de%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fpdf%2FFactsheets%2FAlkohol_in_der_Schwangerschaft.pdf&usg=AOvVaw0hU1TEILz2uFgM5HP3TCiA) [29.05.2020].

*Duden I* (2020): *abhängig*. Online abrufbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/abhaengig> [25.02.2020].

*Duden II* (2020): Sucht, die. Online abrufbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Sucht> [25.02.2020].

*Duden III* (2020): Missbrauch, der. Online abrufbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Missbrauch> [30.03.2020].

*Geissel, Wolfgang* (2019): Alkohol in der Schwangerschaft: Hier ist dringend mehr Aufklärung nötig! In: *Ärzte Zeitung* (Heft 93-172). Online abrufbar unter: [https://www.wiso-net.de/document/AEZT\\_\\_31b4afdfd9546186093fe794205d1a556e5bea29](https://www.wiso-net.de/document/AEZT__31b4afdfd9546186093fe794205d1a556e5bea29) [25.05.2020].

*Haberer, Gisela et al*; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen.

*Hertkorn, Christiane* (2017): Suchterkrankungen. In: Plattner, Anita (Hrsg.): *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern*. München: Reinhardt.

*Hörauf, Waltraut* (2016): *Alkohol in der Familie. Im Spannungsfeld von Co-Abhängigkeit und Resilienz*. (2. Aufl.) München: Akademische Verlagsgesellschaft.

*Hoppen, T.* Alkohol in der Schwangerschaft. *Pädiatrie* 31, 14 (2019). Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s15014-019-1761-y> [25.05.2020].

*Kasten, Hartmut* (2013): *0-3 Jahre. Entwicklungspsychologische Grundlagen*. (4. Aufl.) Berlin: Cornelsen Verlag.

*Kraus, L., Seitz, N., Shield, K.D. et al.* (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med* 17, 59 (2019). Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1290-0> [25.05.2020].

*Kruse, Jan* (2014): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.

*Landgraf, Mirjam N.; Nothacker, Monika; Kopp Ina B.; Heinen, Florian* (2013): Clinical practice guideline: The diagnosis of fetal alcohol syndrome. In: *Deutsches Ärzteblatt*; 100 (42) Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0703> [25.05.2020].

*Landgraf, Mirjam N.; Giese, Renate M.; Heinen, Florian* (2016): Fetale Alkoholspektrumsstörungen – Diagnose, neuropsychologische Testung und symptomorientierte Förderung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2017) Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000444> [25.05.2020]

*Lauster, Martina et al.* (2014): *Pflege Heute*. (6: Aufl.) München: Urban & Fischer.

*Merzenich, Hiltrud; Lang, Peter* (2002): Alkohol in der Schwangerschaft. Ein kritisches Resümee. In: *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (Bd. 17), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln.

*Mey, G.; Mruck, K.* (2009): Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In: *Kempf, W.; Kiefer, M.* (Hrsg.). *Forschungsmethoden der Psychologie: Zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik.* (Hochschulbücher für Biologie, Bd. 3, 1. Aufl., 3 Natur und Kultur) Berlin: Regener.

*Moesgen, Diana et al.* (2012): Trampolin – Entwicklung eines Programms für Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: *Sucht* (58, 4) Bern: Hogrefe. DOI: 10.1024/0939-5911.a000196.

*Moesgen, Diana* (2014): *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Dysfunktionale Kognitionen und Verhaltensauffälligkeiten.* Hamburg: disserta Verlag.

*Mortler Marlene* (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung) (2017): *Die fetale Alkoholspektrumsstörung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis.*

*Neumann, Gerd; Vetter, Klaus* (2019). *Frauengesundheit in der Praxis. Arzneimittel und Drogen in der Schwangerschaft.* In: *Gynäkologie 2019.* Springer Medizin Verlag. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00129-019-4450-6> [25.05.2020].

*Reuter, Peter* (2001): *Springer Wörterbuch Medizin.* Heidelberg: Springer.

*Römer, Pia; Reinelt, Tilman; Petermann, Franz; Teicker, Claudia* (2019): *Alkoholkonsum während der Schwangerschaft.* In: *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie.* Hogrefe. Online abrufbar unter: <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000267> [25.05.2020].

*Rommel A, Saß AC, Rabenberg M* (2016) *Alkoholbedingte Mortalität bei Erwachsenen.* *Journal of Health Monitoring* 1(37–42) DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-022.

*Rumpf, Hans-Jürgen; Kiefer, Falk* (2011): *DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssuchte.* In: *Sucht. Forum für Praxis und Gesundheitspolitik.* Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

*Schiek, Daniela* (2014): *Zeitschrift für Soziologie.* Heft 5. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag.

*Seitz, Prof. Dr. med. Helmut K. et al.;* Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013): *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 1.*

*Soyka, Michael; Kufner, Heinrich* (2008): *Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung-Folgen-Therapie.* (6. Aufl.) Stuttgart: Thieme Verlag.

*Strauss, Anselm L.* (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung (2. Aufl.) München: Fink.

*Unger, Tim* (2007): Bildungsidee und Bildungsverständnis. Eine grundlagentheoretische Analyse und empirische Fallstudie zum Bildungsverständnis von Lehrenden und Berufsschulen. Münster: Waxmann Verlag GmbH.

*Wever, Carolin; Krekeler, Sebastian* (2019): Alkohol und Drogen während der Schwangerschaft-Handlungsmöglichkeiten für Ärzte? In: *Medizinrecht (MedR)* (37). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00350-019-5223-x> [25.05.2020].

*WHO* (2020): Dependence Syndrome. Definition. Online abrufbar unter: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/en/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/) [25.02.2020].

*Winkler, Klaudia* (2007): Behandlungsangebote für substanzabhängige Mütter kleiner Kinder: Bindungstheoretische Überlegungen. In: *Sucht* (53, 1) Bern: Hogrefe. DOI: 10.1463/2007.01.04.

*Zobel, Martin* (2017): Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -chancen (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.

## B Anhang

### Nr. 1: Einwilligungserklärung

#### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Forschungsprojekt: Bachelorarbeit im Studiengang Soziale Arbeit  
Durchführende Institution: Hochschule Niederrhein  
Betreuende Dozentin: Frau Prof. Dr. Hübener  
Interviewerin: Frau Carolin Purrio  
Interviewdatum: 21.04.2020

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von der Mitarbeiterin des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht. Ebenso wird nach der anonymisierten Transkription die Aufzeichnung des Interviews gelöscht.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an dem Interview teilzunehmen.

ja  nein

[Redacted]

Vorname; Nachname in Druckschrift

[Redacted]

Ort, Datum / Unterschrift

## Nr. 2: Transkript

**Transkript zum Skype Interview (24:44 Minuten)**

(.)	Abbrechen einer Äußerung
(2)	Sprachpause in Sekunden
Mhm	Rezeptionssignal
(´)	Heben der Stimme
(,)	Senken der Stimme
(?)	Frageintonation
<u>sicher</u>	lautstarkes Sprechen, Betonung
((lacht))	nichtsprachliche Vorgänge
(05:00)	Zeitmarke, alle fünf Minuten
<i>Das ist</i>	lachend gesprochen
N: Ja [aber	
E: [Weil	gleichzeitiges Sprechen
Namen	anonymisiert: [Stadt], [Land], [Person], [Firma]
I	InterviewerIn
B	Befragte/r

**I:** Und da würde ich Sie als Einstieg direkt mal bitten einfach zu sagen, was Sie quasi für ne Arbeit machen, also mit welcher Zielgruppe Sie auch arbeiten, welche Rolle aber auch schwangere Mütter darin sp(.) oder schwangere Frauen darin spielen und was Sie einfach machen mit Ihrem Verein.

**B:** Ja, also ich mein Name ist XY, ich bin näh von Haus aus Sozialarbeiterin, ähm lebe aktuell ähm als ähm ja, als Mama in einer familienanalogen Wohngruppe mit drei Kindern mit unterschiedlichen Behinderungen, selbstverständlich ist auch FASD dabei. Bin seit 15 Jahren Vorsitzende des Vereins XY und wir machen eigentlich ne ganze Menge. Wir machen einmal Präventionsarbeit, um FASD zu ähm aufzuklären, auch, aber auch unser großes Ziel ist es, *als Verband einmal überflüssig zu werden*, weil keine Kinder mehr mit FASD geboren werden. Aber es sieht aktuell nicht danach aus, wir stellen fest, dass also immer jüngere Frauen ähm ehm sich bei uns melden, die schwanger sind und die auch getrunken haben, die gefeiert haben, trotzdem sie am Anfang schwanger sind und suchen dann Rat und Unterstützung, weil eben halt sie nicht wissen, ob sie dieses Kind austragen sollen oder eben halt abtreiben möchten. Ähm wir versuchen dann zu beraten. Ähm in der Regel versuchen wir, wenn sie also relativ früh am Anfang der Schwangerschaft getrunken haben, ähm sie darum zu bitten, dass sie also den Rest der Schwangerschaft nicht trinken, um eben halt die Chancen für das Kind gesund geboren zu werden zu erhöhen. Und häufig hören wir von ihnen, dass es also hinterher doch ähm gut war, dass sie ihr Kind bekommen haben und, dass sie auch glücklich sind damit.



Manchmal melden sie sich auch mal wieder, weil das Kind Probleme bereitet, aber dann können wir auch auf unseren Erfahrungen (.), ich selber bin Adoptiv- und Pflegemutter eben halt, ähm berichten, was man machen kann und was auch hilft, weils so ist.

I: Mhm. Jetzt im Hinblick darauf, wenn Sie sich einfach mal quasi in Ihrer Wunschvorstellung vorstellen könnten, wie würde die perfekte Zusammenarbeit mit Müttern oder eben Schwangeren aussehen, die, ja gut, der erste Schritt ist ja schon sich zu melden, das wäre ja schon eigentlich der erste perfekte Schritt, aber wie würde das dann weiter aussehen? Also wenn Sie sich, jetzt nicht irgendwelche persönlichen Erfahrungen, sondern einfach, wie würde es, wenn Sie sagen, so würde es am perfektesten glatt laufen?

B: Ja, am perfektesten glatt laufen würde es natürlich, wenn diese Frauen direkt aufhören würden zu trinken, ja ('), und ich ähm bin überzeugt davon, dass nicht eine Frau äh sich hinsetzt und sagt, so, ich trinke jetzt, weil ich ein behindertes Kind haben möchte, sondern, wenn diese Frauen trinken, trinken sie, ja, entweder, weil sie noch nicht mitgekriegt haben, dass sie schwanger sind, aber es gibt auch Frauen, die trinken, weil sie ihr Kind wegtrinken möchten. Ja, wir haben Frauen, die schwanger geworden sind nach ner Vergewaltigung ähm, Frauen, denen das Kind nun absolut jetzt grade zu diesem Zeitpunkt nicht passt. Und die haben irgendwann mal gehört, ach, wenn se trinken, dann ähm ja, dann geht das Kind ab, aber das funktioniert ganz häufig nich. Ne, also wir würden uns schon wünschen, dass, wenn Frauen feststellen, dass sie schwanger sind, dass sie aufhören zu trinken, dass sie sich auch Unterstützung suchen. Es gibt Angebote von unterschiedlichen Trägern, die auch ähm, diese Frauen stützen und ähm begleiten ähm, während der Schwangerschaft.

I: Mhm. Präventiv, was müsste da vielleicht noch mehr passieren, als es jetzt passiert? Also gibt es da Ihrer Meinung nach [Möglichkeiten?

B: [ Also ich bin äh ähm immer noch ähm der Ansicht, dass ähm verstärkt Aufklärung passieren muss. Das ähm äh es ähm, ja, ähm also für mich wäre es ganz wichtig, dass ähm FASD als Thema mit in den Sexualunterricht kommt, schon ab Klasse drei, damit die sich genauso festsetzt, wie dieses, ich darf nicht trinken, wenn ich Auto fahren möchte. Ja und die andere Alternative wäre, ich wünschte mir, es gäbe Warnhinweise auf ähm alkoholhaltigen Lebensmitteln und Genussmitteln, wo also auch drauf hingewiesen wird, dass äh eben halt Alkohol in der Schwangerschaft ähm lebenslange Folgen für das ungeborene Kind verursacht, weil dann habe ich ähm, ich sach, wir arbeiten hier in Deutschland, wir sehen es ja grade auch wieder aktuell: Corona, freiwillig Maske tragen, ja, nein. Ja und es ist son ewiges Thema auch beim Alkohol: Ich sach, dann kann ich immer entscheiden, will ich das oder will ich das nicht. Ja, geh ich das Risiko ein, dass mein Kind behindert ist und trinke oder lass ich es bleiben.

I: Mhm.

B: Ja, wir haben dann den mündigen Bürger, der entscheiden kann, was er möchte.

**I:** Mhm. Gut, da sind ja schon ein paar Bei(.) Vorschläge auf jeden Fall bei, wo man denken könnte, dass könnte man (.), ne mit diesen Warnzeichen oder auch Aufklärung, aber wie sieht´s denn aus? Also es ist ja aktuell so, es ist nicht im Unterricht mit drin, auch Warnzeichen gibt es nicht ausreichend. Ähm [..

**B:** [Doch es gibt Warnzeichen, ganz fizzelig klein auf einigen Alkoholflaschen, freiwillig, dieses kleine Piktogramm. Aber es ist nichts optimal eingeführt worden in Deutschland (5:00 Minuten). Ich sach, ich hab´s eingesetzt in einer ähm Klasse mit bildungsfernen Jugendlichen und ich hab ein Mädels gehabt, die hat dieses Piktogramm falsch verstanden, weil sie es auch nicht kannte, ja, wenn ich das trinke, werde ich nicht schwanger. Nä, das gehört also auch noch mit dazu, wenn ich Piktogramme/Warnhinweise einführe, dann muss ich auch die Bevölkerung unterrichten, ähm was ähm das grade nun aktuell für n Warnhinweis is.

**I:** Mhm (2) In der Ist-Situation, also in Ihrer Arbeit mit eben diesen Müttern, an welche Grenzen stößt man? Nicht mal so wirklich persönlich gemeint, sondern eher, die Mütter melden sich und sie beraten dann hinsichtlich was passieren kann oder sprechen vielleicht sogar Empfehlungen aus, entscheiden sich die Mütter dann zum Beispiel auch einfach, ok, ich melde mich da einfach gar nicht mehr oder wie ist die Zusammenarbeit [tatsächlich?

**B:** [Das haben wir auch, dass Schwangere sich ähm nicht wieder melden. Ähm ich sag einige arbeiten (.) ähm suchen sich einen Ansprechpartner vor Ort. Wir sind ja, arbeiten bundesweit und stehen mit dem im direkten Austausch. Und ähm oder wir vermitteln an Beratungsstellen, ja, aber ich sag, so direkt, wir haben, also im Prinzip haben wir nur Beratungskontakt, erstens, wenn sie schwanger sind und festgestellt haben, sie haben getrunken und zum zweiten als Verband haben wir Beratungscharakter dann, wenn das Kind tatsächlich ehm dann in den Brunnen gefallen ist. Und wir haben auch die Erfahrung gemacht, dass wir also grade ähm, wir haben (.), es gibt ja viele suchtkranke Frauen, die auch Kinder mit FASD zur Welt bringen, dass diese Frauen auch große Probleme haben, trocken zu bleiben. Auch nach der Schwangerschaft. Deswegen leben ja auch viele Kinder mit FASD, in ähm in ähm ne, in der Erziehungshilfe. Ja (2).

**I:** Mhm, ok. (2) Also an sich sagen Sie, die Zusammenarbeit klappt aber eigentlich ganz gut mit den Müttern, weil die melden sich ja auch freiwillig, denke ich, ne?

**B:** Ja, genau. Wenn die sich melden, dann läuft es, aber wenn die sich nicht melden, dann wissen wir, dann kriegen wir ja auch nichts mit, ne. Es sei denn, es ist in unserem persönlichen Umfeld.

**I:** Sind Sie der Meinung, irgendwie sowas wie aufsuchende Beratung oder so ist da vielleicht eher was(´)? Dass man da dann irgendwie so direkt in den Kontakt tritt und sich dann vielleicht persönlicher im Gespräch findet oder ist das vielleicht schon zu viel für die Mütter?

**B:** Also ich finde aufsuchende Hilfe ganz gut und ich fände es auch noch sinnvoll, dass ähm grade die Gynäkologen, das sind diejenigen, mit denen die Frauen in der Regel den ersten Kontakt, ja, ich vermute, dass ich schwanger bin, ich geh in die Apotheke, hol mir nen Schwangerschaftstest und mach dann nen Termin bei meinem Gynäkologen. Und ich finde, dass die auch beratend mehr, ähm also beratend und unterstützend und aber auch vermittelnd den Frauen zur Seite stehen müssen, wenn sie merken, dass es dort Probleme gibt, ne?

**I:** Mhm.

**B:** Ja und es gibt, im Mutterpass gibt es ne Sequenz, da steht drin, ähm tr(.) ähm trinke(.) ähm haben sie Alkohol getrunken und so weiter, ja, und ähm ich bin in dem Alter, da wird man grade Großmutter oder man ist schon etliche Male Großmutter, da, ich hab in den Untersuchungsheften meiner Schwiegertöchter nachgeguckt, da ist von oben bis unten n Strich drin, so war das schon vor, mein ältestes Kind ist, hmhm, [Name] ist 37, das sieht genauso aus, also da hat sich nichts verändert in den letzten vierzig Jahren. Ja und das finde ich ganz wichtig, dass Gynäkologen da beraten und die BZGA stellt Beratungsmanuale für Gynäkologen zur Verfügung.

**I:** Mhm. Aber woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen, dass die das nicht machen, also dass das quasi eher so abgehakt wird so nach dem Motto, ach die müssen quasi schon wissen, das wird schlecht für's Kind sein? Weil eigentlich steht Aufklärung ja auch beim Gynäkologen an, dass die darüber aufklären, was Alkohol mit dem ungeborenen Kind und mit dem geborenen Kind dann machen kann. Und ähm, haben Sie Vermutungen?

**B:** Ja, in Diskussion mit den Gynäkologen, es hat ne Tagung gegeben, wo also Gynäkologen, Kinderärzte, Hebammen und wir dabei waren und ähm Gynäkologen sagen, wir wollen ein Vertrauensverhältnis zu diesen Frauen aufbauen und wir wollen sie nicht stigmatisieren, ja. Das ist ja, letzten Endes ist es ja immer dann, wenn ich dieses Kind diagnostiziere mit einem fetalen Alkoholsyndrom, ist es zumindest ne Diagnose für zwei. Einmal für's Kind und zum zweiten Stigmatisierung für die leibliche Mutter und ich sag immer, wenn das Kind in ner Pflege- oder in ner Adoptivfamilie lebt, ist das ne Diagnose für drei. Ja, dann weiß nämlich ähm äh, dann hat man als Adoptiveltern eben halt dann einen anderen Weg zu gehen (1) mit den Kindern. (10:00 Minuten)

**I:** Ja gut, aber Vertrauensbasis finde ich ja auch gut an sich, aber eigentlich, auf so ner Vertrauensbasis müsste ja dann auch Raum sein, über genau diese Dinge auch zu sprechen eigentlich, ne?

**B:** Ja (2), ja, deswegen, also ich finde immer noch oder das ist auch so mein Ansatz, wir müssen die Gynäkologen dazu bringen, dass sie den Frauen nicht mehr anraten und das passiert immer noch, n Glas Sekt morgens um ähm um elf, damit der Kreislauf angeregt wird, ja oder abends um 17 Uhr das Glas Rotwein, damit das Blutbild verbessert wird. Das kann nicht

angehen. Und ähm das sind für uns auch ganz klare Dinge, die wir auch politisch ähm besprechen, dass eben halt die Gynäkologen da auch weiter geschult werden und auch in der Pflicht sind.

**I:** Mhm. Gibt es andere Lösungsansätze noch, um genau, also da wäre ja so die erste präventive Maßnahme möglich beim Frauenarzt, wenn die Frauen sich vorstellen. Könnten Sie sich vorstellen, dass es vielleicht einen Unterschied macht, wenn n Sozialarbeiter mit beim Gynäkologen säße oder vielleicht als direkter Ansprechpartner erreichbar wäre, dass man quasi die Frauen direkt an einen konkreten Ansprechpartner vermitteln kann?

**B:** Ja, also ähm, also ich würde, ich sehe ja auch Schwangerschaftsberatung nicht als Beratung zum Abbruch, sondern auch Beratung, wie kann Schwangerschaft gut und glücklich verlaufen. Deswegen fände ich auch ne Kooperation zwischen Gynäkologen und Schwangerschaftsberatungsstelle in solchen Fällen ganz wichtig, sodass äh ähm dort auch die Frau unterstützt und äh gestützt werden kann. Es gibt (.), wir haben in Deutschland auch die Möglichkeit für schwer alkoholranke schwangere Frauen, denen eine Entzugsklinik anzubieten. Also es gibt Möglichkeiten, man muss nur wissen, wo sie sind und wen man ansprechen muss, ja. Wenn die Vernetzung dieser ganzen Faktoren wesentlich besser wäre, wäre ja auch die Frau in einem Netz gut behütet, wenn sie sich drauf einlässt. Also wir haben ja immer diesen Freiwilligkeitscharakter.

**I:** Mhm. Ist es denn so, wissen Sie beim Gynäkologen, wenn ich jetzt da angeben würde, ja, ich trinke Alkohol und ich hätte gerne ne Beratung, kriegen die direkt Material mit oder ist das bei jeden Gynäkologen anders? [Aber

**B:** [ Also ich denke das hängt wirklich vom Arzt ab, dass ist immer dieses persönliche Miteinander. Es gibt kein ähm kein Gleichklang. Also wir würden uns wünschen, die würden Material an die Hand kriegen, es gibt Bemühungen von uns, dass es Flyer gibt in den Gynäkologenpraxen. Wir haben jetzt wieder neue Poster erstellen lassen, die wir an die Gynäkologen verteilen und bitten, die aufzuhängen, aber man kann sie dazu nicht zwingen. Und das ist eben halt dieses große Manko, dass es eben halt nicht verpflichtend ist, aufzuklären.

**I:** Gibt es Ihrer Meinung nach noch andere Möglichkeiten, irgendwie präventiv vorher aktiv zu sein? Gut, Frauenarzt ist halt immer so der erste Ansprechpartner, alles andere wäre ja auch nur auf freiwilliger Basis, denke ich, ne?

**B:** Ja, es gibt mittlerweile, mittlerweile gibt es, ich weiß nicht, kennen Sie die Iris-Plattform, heißt das jetzt Iris (?), ich glaube schon.

**I:** Nein.

**B:** Da ist internetbasierte hmhmhm Schwangerschaftsberatung. [Name] aus [Ort] ist dafür zuständig. Und ähm in Bayern gibt es das Projekt Schwanger Bindestrich null Promille und das

sind also so internetbasierte Beratungsangebote für Frauen, die ähm schwanger sind und Alkohol getrunken haben.

**I:** Aber die (.), ist es immer so, dass es von der Mutter ausgehen muss, also selbst beim Gynäkologen, dann gibt es Papier und dann steht da drauf, sie können sich hier melden und beraten lassen, aber trotzdem, wenn die Mutter diese Schwelle nicht übersteigt, dann wird da auch nie was stattfinden?

**B:** Genau.

**I:** Aber wie könnte man das anders gestalten, frage ich mich?

**B:** Also ich, ich sag ja, ich fände es gut, wenn wir hier, wie in anderen Ländern auch ein Team hätten. Wenn wir in einer Praxis, einer Gynäkologen-Praxis, nicht nur den Gynäkologen hätten, sondern auch gleichzeitig ne Hebamme, ne Familienhebamme, diese Ausbildung gibt es in der Zwischenzeit, aber es könnte auch ein Sozialarbeiter ähm dort sein, der diese Frauen (.), ich sag, ganz häufig hilft es, wenn man sie an die Hand nimmt und sie ein Stück begleitet ihres Weges. Dann fällt es den Frauen ganz häufig leichter.

**I:** Ja, ich denke auch, wenn die den ersten Ansprechpartner direkt quasi vor Ort sehen und der hilft, auch bei der Vermittlung und es ist nicht so, dass ich mich wirklich alleine zuhause hinstellen muss, diese ganzen Papiere sichten muss, die Flyer lesen muss, ne?

**B:** Genau, sondern ich denke, also wirklich jemanden, so Frau hmhmhm, ich hol sie morgen ab, wir gucken uns das an, wir gehen dahin, ja, wir schauen mal: „Was brauchen Sie jetzt aktuell in dieser Situation, wo ist Ihr Bedarf?“ Und ich glaube, dass das ne Menge erleichtern würde. Also, ja.

**I:** Abgesehen von diesem Präventivem, Sie sagen auch, Sie hängen Plakate auf und Flyer (15:00 Minuten), einfach, um das Thema vielleicht generell in der Gesellschaft noch n bisschen, also vielleicht ist es manchmal n bisschen verharmlost, ja es ist ja nur ein Gläschen (1)

**B:** Ja, genau.

**I:** Natürlich gibt es Internetseiten, aber da muss ich dann auch aktiv mit Schlagwörtern nach suchen, um dann eben auch entsprechende Seiten zu kommen. Gibt es andere Möglichkeiten, um das noch irgendwie so ein bisschen zu sensibilisieren? Gut, Schule haben Sie schon erwähnt.

**B:** Mit Schule, was ich also auch immer wieder gut finde und wo sich auch viele melden, sind ähm Werbespots im ähm im Fernsehen, ja, oder im Kino, ja. Es gab diese Aktion von ähm kein ähm kein äh „Mein Kind will keinen Alkohol“ ähm, aber ich sag da bin ich ja, bei einigen Kampagne bin ich ja sehr skeptisch, weil zum Beispiel diese Aktion „Mein Kind will keinen Alkohol“ wird finanziert von Pernod Ricard, ja, ein großer Alkohol(.) ähm eine große Alkoholfirma. Ähm, ich weiß nicht, ob Sie wissen, dass die Alkoholindustrie soundso viel Promille ihrer Einnahmen

in Präventivprojekte stecken muss. Das heißt also im Prinzip, Pernod Ricard macht diesen großen Werbespot mit so viel Schutt, ja, mein Kind will keinen Alkohol und ich tue alles kleiner Astronaut, dass es dir gut geht, ja, aber letzten Endes, ich hab immer so, das hat so n Geschmäcke, ja, seien Sie bitte in der Schwangerschaft und in der Stillzeit vielleicht trocken, aber hinterher können Sie es dann weitersaufen. Ja, und das andere ist, Verantwortung von Anfang an, das ist der Bundesverband der Alkoholimporteure und der Alkoholindustrie, ja, die diese großen Kampagnen fahren. Ok, die haben, die haben Geld, die können Geld in die Hand nehmen, die können auch teure Testimonials äh finanzieren, das können wir als Selbsthilfegruppe gar nicht, ja. Wir haben Filme, die haben wir auf YouTube geschaltet, aber wir kriegen sie nicht ins Fernsehen und wir kriegen sie auch nicht so toll gemacht, dass man, dass es da nun ähm einen reißenden Absatz gibt. Ja, was wir also immer wieder feststellen und wo wir auch versuchen zu unterstützen, ist, wenn Fernsehen, Sender zum Beispiel eine Reportage zum Thema FASD machen will, dass wir dort, ja, Leute zeigen oder auch, es gibt Leute, die melden sich bei uns und sagen, ich würde ganz gerne mal. Und ähm, da finde ich unsere Erwachsenen mit FASD als Botschafter, dass man nicht trinken soll in der Schwangerschaft total klasse. Wir haben Filme auf YouTube und die sind wirklich sehenswert.

I: [Ja

B: [Und wir gehen davon aus, dass auch die trinkenden Schwangerschaften in der Unterschicht sind. Wir sollen uns, also ich glaube, da müssen wir anders denken. Die häufigsten trinkenden Schwangerschaften sind in der gehobenen Mittelschicht zu finden. Nicht in der Unterschicht.

I: Mhm. Das ist auch wieder so eine Stigmatisierung, die man schon so in ner Schublade hat.

B. Genau. Genau. Also ich kann Ihnen sagen, ich habe Kinder mit in meine Familie mit aufgenommen, die sind aus der Mittelschicht. Ja, ich hab äh ähm, ja, Enkelkinder von Ingenieuren, von ähm hohen Tieren bei der Bundeswehr, die leben bei mir in der Familie. Also es sind nicht (3), nicht die Kinder der Unterschicht.

I: Mhm. Nochmal zu den Auswirkungen, die das haben kann. Ist den Müttern das bewusst, was sowas auslösen kann oder sind die eher, wenn Sie das dann sagen, sind die dann (.), also wie reagieren die Mütter, wenn Sie dann Aufklärung betreiben und sagen, was der Alkoholkonsum alles machen kann mit dem Kind?

B: Ja, also das ist ganz häufig so, dass es alle anderen trifft, aber sie nicht, weil sie haben ja nur ein Glas getrunken, einmal ein Trinkerlebnis gehabt und in der Regel ist es ganz häufig so, dass da tatsächlich mehrfache Trinkgelage gewesen sind. Ja, aber es wird ganz häufig in erster Linie erstmal verdrängt. Es wird auch ähm auch vom Umfeld verdrängt. Also einen kannst du immer trinken, das schadet sowieso nicht. Oder hier bei uns im [Ort], wir sind hier

so ne Region, ähm trinkfest und erdverbunden, ja. Und da ist ähm, da wird zu jeder Gelegenheit getrunken. Und ähm, ich sag und was man nicht trinkt, das wird verbacken (20:00 Minuten) Also, ja, hier gibt es, ja eine Kälbertenne, das ist äh ne Bowle, die besteht aus in Rum eingelegten, in hochprozentigen Rum eingelegten Rosinen und da wird auch Kuchen mit gebacken. Also, ich geh(.), bin nicht so der große Fan der Torten, aber, ja ich habe einmal von dieser Torte gegessen und danach war ich nicht mehr des Fahrens kundig. Und ich glaube einfach das muss, es muss weiter in die Köpfe rein und da gehört bestimmt noch Jahrzehnte lange Präventionsarbeit dazu. Wir wissen seit Anfang der sechziger, wie schädlich Alkohol in der Schwangerschaft ist. Und trotz alledem werden, werden täglich mindestens zwei Kinder in Deutschland geboren, die n FAS haben. Wenn wir uns mal, wenn man mal hochrechnet, zwei Prozent der deutschen Bevölkerung sind gefährdet für Alkohol in der Schwangerschaft, dann haben wir eine hohe Zahl.

**I:** Mhm. Wenn Sie jetzt in einem Satz zusammenfassen müssten, was noch passieren muss, um einfach was verändern zu können. Ganz kurz und knapp.

**B:** (4) Ich muss ein bisschen (.) der Satz ist etwas länger. Ich glaube, wir müssen die Bevölkerung sensibilisieren, welche Folgen der Alkohol in der Schwangerschaft hat und welche Kosten diese Kinder ähm tatsächlich uns allen bereiten, weil sie werden nie ein vollwertiges Mitglied unserer Gesellschaft werden.

**I:** Mhm. Ok. Wenn von Ihrer Seite nicht noch irgendwas Wichtiges ist, was jetzt bisher nicht gefragt wurde oder, wenn Sie noch irgendwie das Bedürfnis haben, noch irgendwas zu einem Punkt zu äußern (?)

**B:** Mir fällt grade nichts ein.

**I:** Dann beende ich das hier. Vielen Dank, dass wir das Interview führen konnten und, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

## Nr. 3: Code-Liste

Codenummer	Code	Zeile
1	Sozialarbeiterin und Pflege- mutter für Kinder, u.a. mit FASD	5-7
2	Verein macht Präventions- arbeit, klärt über FASD auf	8-9
3	„Ziel: Wir wollen als Ver- band für Kinder mit FASD überflüssig werden“	10-11
4	„Es sieht aktuell nicht da- nach aus [, dass der Ver- band in naher Zukunft überflüssig wird]“	11
5	Aktuell Stagnation der Al- koholkonsum-Situation bei werdenden Müttern	12-15
6	Junge alkoholkonsumie- rende Schwangere im Zwiespalt: Abtreibung oder Austragung des ungebore- nen Kindes	14-15
7	Einschränkung des Alko- holkonsums als Risikomini- mierung für das Kind	16-18
8	Positives Feedback der Mütter bezüglich Beratung	18-23
9	Mütter sind glücklich, dass sie nicht abgetrieben ha- ben.	19-20
10	Unterstützung der Mütter bei durch FASD beein- trächtigten Kindern	20-21
11	Persönliche Erfahrungen als Pflege- und Adoptivmut- ter weitergeben	22-23
12	Kein Alkoholkonsum in der Schwangerschaft!	30-31
13	„Keine Frau setzt sich hin und sagt, so, ich trinke jetzt, weil ich ein behinder- tes Kind möchte“	31-32
14	Fehlende Präventionsarbeit	31-32
15	Gefahr der unentdeckten Schwangerschaft als Grundlage des Alkoholkon- sums	33-34
16	Vergewaltigung und unge- plante Schwangerschaften als Basis des Alkoholkon- sums	34-36
17	Fehlende Präventionsar- beit, unaufgeklärte Irrglaub- en	37-38



18	Aktive Suche von Hilfen von Seiten der Betroffenen bei örtlichen Trägern	39-41
19	„Es muss verstärkt Aufklärung passieren“	44-45
20	„FASD als Thema im Sexualkundeunterricht, schon ab Klasse drei“	46
21	Gleiche Stellung von „Kein Alkohol am Steuer“ und „Kein Alkohol in der Schwangerschaft“	47
22	Frühe Aufklärung hinsichtlich der Folgen von Alkoholkonsum	46-47
23	„Warnhinweise auf alkoholhaltigen Lebensmitteln“	48-49
24	Aufklärung über „lebenslange Folgen für das ungeborene Kind“	50-51
25	Entscheidungsfreiheit jedes Menschen „Gehe ich das Risiko ein, dass mein Kind behindert ist und trinke oder lass ich es bleiben“	54-55
26	Warnzeichen auf alkoholischen Lebensmitteln beruht bisher auf Freiwilligkeit der Hersteller	62-63
27	Offizielle Einführung der Warnzeichen auf Alkohol in Deutschland (Vermeidung von Missverständnissen)	64-69
28	Bundesweite Vernetzung, für Betroffene immer Ansprechpartner vor Ort	75-78
29	Niedrigschwellige Beratungsangebote schaffen	77-81
30	Suchtkranke Frauen als große Risikogruppe	82-84
31	„Viele Kinder mit FASD leben in der Erziehungshilfe“	84-85
32	„Wenn sich die Mütter melden, dann läuft es“	88
33	Freiwilligkeit und aktives Tun der betroffenen Mütter Voraussetzung für Hilfsangebote	88
34	Aufsuchende Hilfe als Alternative	94
35	Mehr Beratung, Unterstützung und Vermittlung durch den Gynäkologen	95-100
36	Abfrage des Alkoholkonsums im Mutterpass ist Pflicht	102-103

37	Abfrage des Alkoholkonsums im Mutterpass bisher mangelhaft	102-103
38	Gynäkologische Beratung mangelhaft	105-106
39	Beratungsmaterial für Gynäkologen bestehen, werden zu wenig genutzt	108-109
40	Gynäkologen verweigern tiefere Aufklärung aufgrund von Vertrauensbasisaufbau und nicht Stigmatisieren wollen.	116-118
41	„Wenn ich das Kind mit FASD diagnostiziere, ist es zumindest eine Diagnose für zwei“	118-120
42	Diagnose des Kindes bedeutet Stigmatisierung der Mutter	120
43	„Lebt das Kind in einer Adoptiv- oder Pflegefamilie, ist es eine Diagnose für drei.“	121-123
44	Kinder mit FASD benötigen spezielle Förderung.	122-123
45	Gynäkologen raten Frauen zum Alkoholkonsum (z.B. zur Anregung des Kreislaufs)	127-133
46	Politischer Einsatz nötig	131
47	Mehr Schulung der Gynäkologen	132-133
48	Gynäkologen sind in der Aufklärungspflicht	133
49	„Schwangerschaftsberatung ist keine Beratung zum Abbruch, sondern wie die Schwangerschaft gut verlaufen kann.“	139-141
50	„Kooperation zwischen Gynäkologen und Schwangerschaftsberatungsstelle wäre sinnvoll“	141-142
51	Angebote der Entzugskliniken für suchtkranke Frauen	144-145
52	„Es gibt Möglichkeiten, man muss nur wissen, wo sie sind und wen man ansprechen muss.“	145-146
53	„Wenn die Vernetzung besser wäre, dann wären die betroffenen Frauen in einem Netz behütet, wenn sie sich drauf einlassen“	146-148

54	Freiwilligkeitscharakter der Angebote und Beratungen	148
55	Keine einheitliche Vorgehensweise der Gynäkologen mit alkoholkonsumierenden Schwangeren	152-153
56	Es gibt genug Aufklärungsmaterial	153-156
57	„Aufklärung ist nicht verpflichtend, das ist ein großes Manko“	157-158
58	Projekte im Einsatz gegen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	162-168
59	Mehr professionsübergreifende Teamarbeit, wie es in anderen Ländern schon praktiziert wird	175-180
60	„Betroffene Frauen an die Hand nehmen und ein Stück ihres Weges begleiten, dann fällt es den Frauen häufig leichter“	179-180
61	Betroffene Frauen sollen eher passiven Part übernehmen	184-187
62	Verharmlosen des Alkoholkonsums durch Gesellschaft	190-192
63	Kampagnen gegen Alkoholkonsum in Schwangerschaft z.B. durch Werbespots	198-200
64	Widersprüchliche Aussagen der Anti-Alkohol-Kampagnen durch Alkoholfirmen	200-207
65	Kleine Vereine können sich große Kampagnen nicht leisten, obwohl sie großen Einsatz zeigen	211
66	Nutzung jeder Chance zum Aufmerksam machen über das Thema FASD	215-219
67	Alkoholkonsumierende Schwangere nicht aus Unterschicht, sondern meistens aus gehobener Mittelschicht	221-230
68	Verharmlosung und Verdrängung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft	235-238
69	Alkohol kann nicht nur getrunken, sondern auch gegessen werden	241-246

70	„Es gehört noch jahrelange Präventionsarbeit dazu“	246-247
71	Trotz bestehendem Wissen um die schädliche Wirkung von Alkohol werden Kinder mit FASD geboren	247-251
72	„Täglich werden mindestens zwei Kinder mit FASD in Deutschland geboren“	249
73	Sensibilisierung der Bevölkerung und Gesellschaft hinsichtlich der Folgen des Alkoholkonsums	255
74	Kostenverursachung der Kinder mit FASD	256

## Nr. 4: Fragebögen

### **Fragebogen zum Thema Alkoholkonsum**

Sehr geehrte Damen,

mein Name ist Carolin Purrio und ich bin Studentin an der Hochschule Niederrhein in Mönchengladbach. Zurzeit schreibe ich meine Bachelorarbeit und möchte dabei um Ihre Mithilfe bitten. Diesem Schreiben anbei liegt ein Fragebogen, den ich Sie bitten möchte auszufüllen.

Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 5 Minuten.

Ihre Daten werden ausschließlich für meine wissenschaftliche Bachelorarbeit verwendet und vertraulich und anonym ausgewertet.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Carolin Purrio

## Fragebogen

1. Haben Sie in Ihrer Schwangerschaft Alkohol konsumiert?

ja  nein

2. Haben Sie während Ihrer Schwangerschaft an Vorsorgeuntersuchungen bei Ihrer Frauenärztin/ Ihrem Frauenarzt teilgenommen? (Wenn ja, weiter zu Frage 2.1 Wenn nein, weiter zu Frage 3.)

ja  nein

2.1 Wurden Sie in Ihrer Vorsorgeuntersuchung von Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt über die Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt?

ja  nein

2.2 Haben Sie im Rahmen Ihrer Vorsorgeuntersuchungen Ihren Alkoholkonsum angegeben? (Wenn ja, weiter zu Frage 2.3, wenn nein, weiter zu Frage 3.)

ja  nein

2.3 Wenn ja, zu welchen Maßnahmen riet Ihnen Ihre Frauenärztin/ Ihr Frauenarzt?

---

---

2.4 An welchen Maßnahmen, die Ihre Frauenärztin/Ihr Frauenarzt empfohlen hat, nahmen Sie teil?

---

---

3. Aus welchen Gründen nahmen Sie nicht an den Vorsorgeuntersuchungen teil oder gaben dort Ihren Alkoholkonsum nicht an? (Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Mehrfachnennungen möglich.)

Schwangerschaft war erst spät bekannt

Scham

Angst vor negativen Zuschreibungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Bitte geben Sie an, welche Unterstützungsmaßnahmen Ihnen persönlich geholfen haben oder hätten?

---

5. Haben Sie selbst Maßnahmen ergriffen, die Ihnen Unterstützung gegeben haben?

---

---

6. Welche Maßnahmen zur Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?

---

---

---

---

10. Bitte geben Sie Ihr Alter an.

---

## **C Selbständigkeitserklärung**

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig angefertigt und mich keiner fremden Hilfe bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß veröffentlichtem oder nicht veröffentlichtem Schrifttum entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Bei falscher Versicherung an Eides statt muss ich mit prüfungs- und strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift