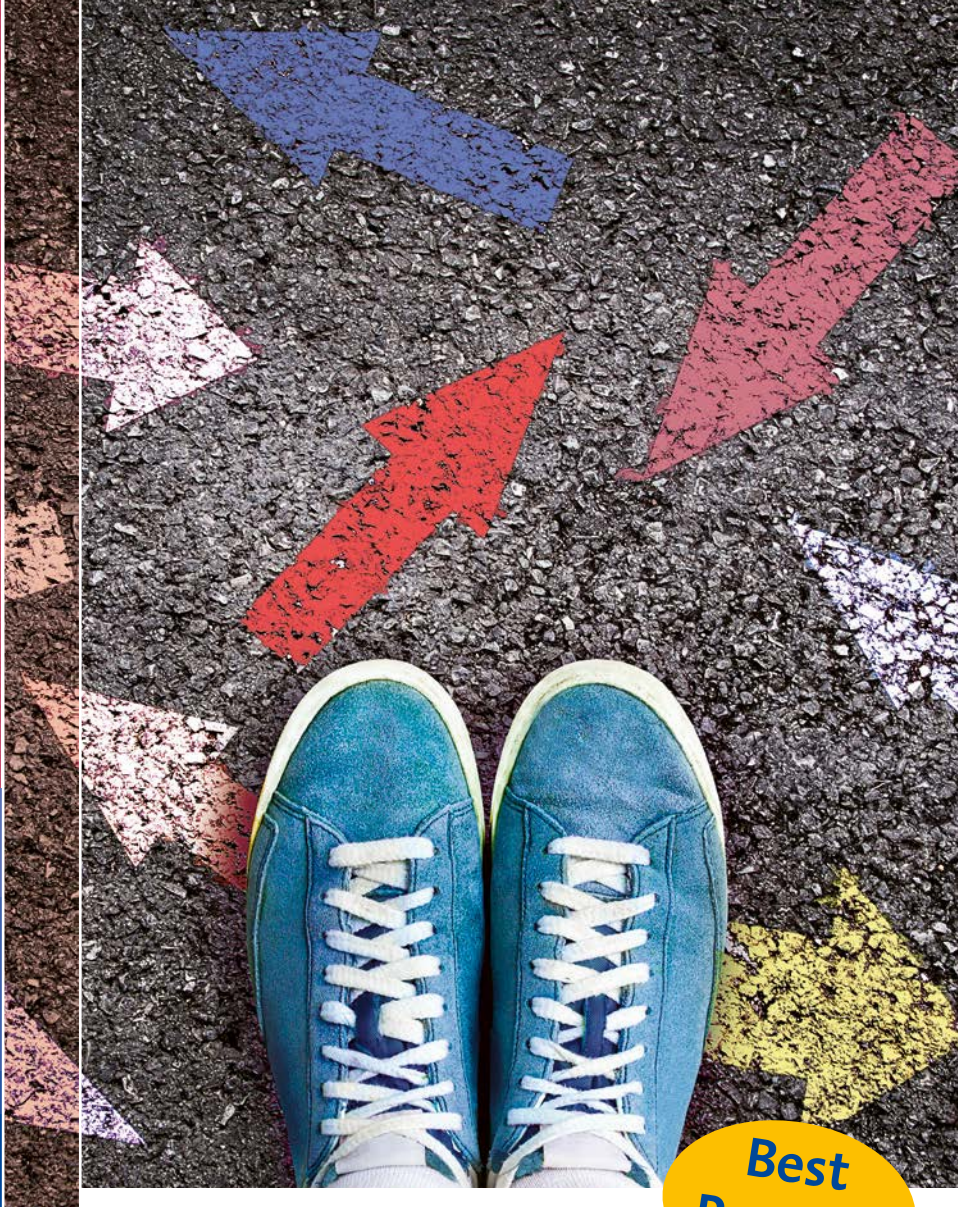




**Best
Practice**

Feldmann • Graf (Hg.)

Praxishandbuch FASD in der Jugendhilfe

2. Auflage

Reinhold Feldmann • Erwin Graf (Hg.)

Praxishandbuch FASD in der Jugendhilfe

Mit 2 Abbildungen und 1 Tabelle

Mit Beiträgen von Peter Anders, Monika Biener, Gisela Bolbecher, Reinhold Feldmann, Melissa Franke, Erwin Graf, Jana Hubelitz, Martina Kampe, Christoph Lutter, Sigrid Mosé, Jasmin Rüffer, Dagmar Sudhoff, Klaus ter Horst, Anneke Yamini

2., durchgesehene Auflage

Ernst Reinhardt Verlag München

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. *Reinhold Feldmann* ist Psychologischer Psychotherapeut und arbeitet in der FASD-Ambulanz in Walstedde.

Dipl.-Psych. *Erwin Graf*, Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut, ist an der Erziehungs- und Lebensberatungsstelle in Neustadt an der Aisch tätig.

Im Ernst Reinhardt Verlag ebenfalls erschienen:

Feldmann, R., Kampe, M., Graf, E.: Kinder mit FASD ein Zuhause geben. Ein Ratgeber
(ISBN: 978-3-497-03306-5)

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

ISBN 978-3-497-03305-8 (Print)

ISBN 978-3-497-62061-6 (PDF-E-Book)

ISBN 978-3-497-62062-3 (EPUB)

© 2026 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i. S. v. § 44b UrhG einschließlich Einspeisung/Nutzung in KI-Systemen ausdrücklich vor.

Dieses Werk kann Hinweise/Links zu externen Websites Dritter enthalten, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Ohne konkrete Hinweise auf eine Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch entsprechende Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich entfernt.

Printed in EU

Cover unter Verwendung eines Fotos von ©istock.com/Delpixart
Satz: Bernd Burkart; www.form-und-produktion.de

Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Einführung 9

von Reinhold Feldmann und Erwin Graf

Geschichte und Diagnostik 11

1 Historische Entwicklung und aktueller Stand11

von Reinhold Feldmann

1.1 Frühe Betrachtungen zur vorgeburtlichen Alkoholschädigung von Kindern12

1.2 Neuere Studien16

1.3 Zum aktuellen Stand der Forschung19

Literatur24

2 Diagnostik der vorgeburtlichen Alkoholschädigung bei Kindern und Jugendlichen27

von Reinhold Feldmann

2.1 Überblick27

2.2 Störungen der Entwicklung29

2.3 Verhaltensstörungen30

2.4 Unzureichende Diagnosen34

2.5 Zur Bedeutung der Diagnosestellung37

Literatur39

Praxiserfahrungen und Konzepte für die Begleitung von Pflegefamilien ... 40

3 Aufbau einer regionalen FASD-Beratung40

von Gisela Bolbecher und Jasmin Rüffer

3.1 Elemente des Netzwerks40

3.2 Beratungsthemen45

3.3 Zielgruppen46

3.4 Ziele der Fachberatung47

3.5 Förderangebote des Netzwerks für Kinder und Jugendliche mit FASD48

3.6 Aus der Arbeit der Beratungsstelle — ein Interview48

4	Konzeption für eine FASD-qualifizierte Arbeit im Pflegekinderfachdienst	52
	<i>von Sigrid Mosé</i>	
4.1	Chancen und Grenzen in der Betreuung von Pflegefamilien	52
4.2	Strukturelle Erfordernisse für eine FASD-gerechte Arbeit des Fachdienstes	54
4.3	Grundlagen einer kompetenten Begleitung der Pflegefamilien mit FASD-Kindern	56
4.4	Vermittlung einer FASD-spezifischen Pädagogik	59
4.5	Einsatz von alltagsstrukturellen Hilfen für Kinder mit FASD	60
4.6	Chancen und Grenzen von Therapien	61
4.7	Ermöglichung von Psychoedukation	62
4.8	Resümee	62
	Literatur	63
5	Coaching-Projekt für Pflegefamilien	64
	<i>von Erwin Graf, Martina Kampe</i>	
5.1	Institution Erziehungsberatungsstelle	64
5.2	Erziehungsberatung für Pflegeeltern zum Thema FASD	64
5.3	Was bewegt Familien mit FASD-betroffenen Kindern? Tipps für den Alltag	69
5.4	Was hilft?	73
5.5	Was bleibt?	74
	Literatur	74
	FASD in der stationären Jugendhilfe	75
6	Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) in der stationären Kinder- und Jugendhilfe	75
	<i>von Klaus ter Horst</i>	
6.1	Einleitung	75
6.2	Jugendhilfe und FAS	76
6.3	Die Aufnahme von Kindern mit FAS in der stationären Jugendhilfe	81
6.4	Wie unterscheiden sich Kinder mit FAS von anderen Kindern in der stationären Jugendhilfe?	87
6.5	Qualifizierungsmaßnahmen für stationäre Jugendhilfeeinrichtungen	89
6.6	Zusammenfassung und Ausblick	97
	Literatur	99

7	Intensivgruppen – stationäre Wohn- und Betreuungskonzepte für FASD-Betroffene	101
	<i>von Melissa Franke</i>	
7.1	Einführung	101
7.2	Die Konzepte	102
7.3	Aufnahmekoordination und Einzug	106
7.4	Der Alltag	107
7.5	Resümee	110
	Eingliederungshilfe und Sozialrecht	112
8	Fetale Alkoholspektrumstörung im Erwachsenenalter	112
	<i>von Dagmar Sudhoff</i>	
8.1	Hintergrund	112
8.2	Eingliederungshilfe für erwachsene Personen	114
8.3	Erklärungsmodelle für die alltäglichen Probleme der betroffenen Erwachsenen	117
8.4	Unterstützungsbedarf der erwachsenen Menschen mit FASD	119
8.5	Methoden für die Lebensbegleitung der Betroffenen	122
8.6	Begleitete Selbsthilfegruppe und Psychoedukation	127
8.7	Abschließend	128
	Literatur	129
9	Hilfen aus dem Sozialsystem	130
	<i>von Peter Anders, Christoph Lutter, Reinhold Feldmann</i>	
9.1	Einordnung	130
9.2	Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch XI: Beantragung eines Pflegegrades	131
9.3	Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch V: Gesetzliche Krankenversicherung	139
9.4	Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch IX: Der Schwerbehindertenausweis	140
9.5	Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII	144
9.6	Opferentschädigung	148
9.7	Gesetzliche Betreuung (Bürgerliches Gesetzbuch §§ 1896 ff.)	149
	Literatur	150

Therapieformen..... 151

10	Psychoedukation bei Kindern und Jugendlichen mit FASD im Rahmen der stationären Jugendhilfe	151
	<i>von Jana Hubelitz</i>	
10.1	Interventionen bei FASD – Ein Blick über die Landesgrenzen lohnt sich	151
10.2	Psychoedukation – Definition und Wirkungsmechanismen	153
10.3	Möglichkeiten und Grenzen der Psychoedukation	154
10.4	FASD-Psychoedukation in Deutschland – Ein aktueller Stand	155
10.5	Psychoedukation im FASD-Kontext – Implikationen für die Zukunft	163
	Literatur	164
11	„Sattelfest durchs Leben“: Therapieansätze für FASD-Betroffene ...	165
	<i>von Monika Biener</i>	
11.1	Sinn und Zweck von therapeutischen Angeboten bei FASD	165
11.2	Welche therapeutischen Angebote gibt es?	165
11.3	Ein besonderes Angebot: Reittherapie	166
11.4	Was genau bewirkt Reittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit FASD?	167
11.5	Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen der Reittherapie	172
	Literatur	173
12	Medikamentöse Behandlung	174
	<i>von Reinhold Feldmann, Anneke Yamini</i>	
12.1	Stimulanzien	175
12.2	Sedativa	180
12.3	Neuroleptika	181
12.4	Antidepressiva	183
12.5	Medikamente bei Schlafstörungen	184
12.6	Medikamente zur Empfängnisverhütung	185
12.7	Schlusswort	185
	Literatur	185

Die Autorinnen und Autoren..... 186

Sachregister 187

6.2 Jugendhilfe und FAS

Schon seit Ende der 1980er Jahre wurden in Deutschland in der Broschüre „Alkoholschäden bei Kindern – ein Ratgeber zur Alkoholembryopathie“ die lebenslangen Folgen einer pränatalen Alkoholexposition für die betroffenen Kinder sehr gut beschrieben (Knappen et al. 1987). Dieses Knowhow einiger weniger Fachkräfte führte in Deutschland in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe nicht zu einer Weiterentwicklung entsprechender Hilfeangebote.

Wie schon vorher bei anderen Themen, beispielsweise der sexuellen Gewalt gegen Kinder, dem Thema Traumatisierung oder Bindungsstörungen, wurde gerade in den letzten Jahren in der stationären Jugendhilfe deutlich, dass auch beim Fetalen Alkoholsyndrom grundlegende Kompetenzen fehlen und die bisherigen Vorgehensweisen nicht zum gewünschten Erfolg führten.

Im Unterschied zu den anderen genannten Themen der Jugendhilfe der letzten Jahrzehnte fand der institutionelle Lernprozess beim Fetalen Alkoholsyndrom bisher nur sehr punktuell statt. Einige wenige Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe wie der „Evangelische Verein Sonnenhof“ in Berlin und die diakonische Kinder- und Jugendhilfe „Eylarduswerk“ in Bad Bentheim haben sich seit Ende der 1990er Jahre aktiv mit dem Thema FAS beschäftigt und gehören zu den Aktivposten in der Qualifizierung der Diagnostik, des Umgangs und der Entwicklung von speziellen Betreuungsangeboten für solche jungen Menschen. Der Lernprozess der Einrichtungen und der dort arbeitenden Fachkräfte wurde auch durch die leidvollen Erfahrungen ausgelöst, dass es immer wieder Kinder und Jugendliche gab, die mit den bisher bewährten Strategien, Konzepten und Unterstützungsangeboten nicht nachhaltig gefördert werden konnten.

Häufig lag bei eskalierenden Hilfeplanprozessen von jungen Menschen mit FAS die Diagnose nicht vor. Erfahrungsgemäß werden vor der Diagnose FAS viele andere Diagnosen wie ADHS, Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, Bindungsstörungen, Traumafolgestörungen etc. vergeben. Viele dieser Diagnosen bilden Teile ab, die parallel zum FAS vorhanden sein können oder als Komorbiditäten des FAS gesehen und folglich diagnostiziert werden. Wird jedoch nicht erkannt, dass eine systemische Komplexstörung aller Entwicklungsbereiche durch den Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft vorliegt, so kommt es in vielen Fällen zu vermeidbaren krisenhaften Hilfeverläufen.

Unzureichende Erklärungsmodelle für auffälliges Verhalten führen in der stationären Jugendhilfe oft zu Maßnahmen und Angeboten, die nicht wirklich helfen, im schlimmsten Fall adäquate Hilfe verzögern oder gar verhindern. Pädagogisches Handeln ohne Bezug zur Schädigung durch das FAS führt fast zwangsläufig zu chronisch krisenhaften Entwicklungsverläufen. Betroffene

Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene brauchen lebenslang eine Vielzahl an Unterstützung, Maßnahmen und Therapien. Dies beginnt idealerweise mit der Geburt, die bei vielen solcher Schwangerschaften deutlich vor dem dem errechneten Geburtstermin stattfindet.

Angefragte Behandelnde, wie therapeutische Fachkräfte, Supervisorinnen und Supervisoren, medizinisches Fachpersonal und DiagnostikerInnen sollten sich mit dem Fetalen Alkoholsyndrom auskennen oder zumindest bereit sein, sich gut zu informieren. Betreuende pädagogische Fachkräfte von Menschen mit FAS und viele engagierte Adoptiv- und Pflegeeltern sind sehr gut in der Lage, kooperierende Fachkräfte über den Alltag mit jungen Menschen mit FAS zu informieren.

Wichtig ist bei allen Unterstützungsangeboten und Behandlungen der direkte Bezug zum Alltag des geschädigten jungen Menschen mit seinem individuellen Hilfebedarf. Wenn es in solchen Gesprächen zu einem respektvollen Erfahrungsaustausch zwischen Laien und Professionellen kommt, profitieren alle Beteiligten davon, insbesondere die von FAS betroffenen Kinder und Jugendlichen. Für gut geführte stationäre Jugendhilfeeinrichtungen sind die multiprofessionelle Kooperation und die Sozialraumorientierung (Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, Einrichtungen, Nachbarschaft, Schulen und Vereinen) eine Kernkompetenz, die hier gut genutzt werden kann.

Eines der wichtigsten Instrumente der Kinder- und Jugendhilfe ist die gemeinsame Hilfeplanung gemäß § 36 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes. Diese ist vom Gesetzgeber in einem Dreiecksverhältnis von Jugendamt, Erziehungsberechtigten und Einrichtungsvertretern angelegt. Der Planungs- und Steuerungsprozess dient der gemeinsamen Festlegung von Zielen, der Evaluation der eingesetzten Maßnahmen und der Neujustierung der Hilfe in regelmäßigen, optimalerweise halbjährlichen Abständen. An den Hilfeplangesprächen in der stationären Jugendhilfe nehmen (ganz oder zeitweise, je nach Entwicklungsstand) auch die betroffenen jungen Menschen sowie optional weitere an der Erziehung, Beschulung und Behandlung beteiligte Fachkräfte teil.

Bei jungen Menschen mit dem Fetalen Alkoholsyndrom konstatieren die Teilnehmenden an solchen Gesprächsrunden häufig einen problematischen Hilfeverlauf mit einer sich wiederholenden Folge von Krisen und Rückschlägen. Es gibt durchaus Phasen, in denen sich ein junger Mensch mit FAS gut entwickelt. Immer wieder tauchen aber auch neue Problembereiche auf, ohne dass die bisherigen Schwierigkeiten erfolgreich bearbeitet werden konnten. So können Fortschritte in den Alltagsroutinen, in der Schule oder im sozialen Umgang plötzlich nicht mehr abgerufen werden. Dies verunsichert die jeweiligen Fachkräfte enorm. Phasen der Entspannung oder kleinerer Erfolge wecken Hoffnungen, die dann mit der nächsten Krise wieder enttäuscht werden. Bei einer

längerfristigen Betrachtung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit FAS bleibt es letztlich bei diskontinuierlichen Entwicklungsverläufen – wenn man sich auf etwas verlassen kann, dann darauf.

Heute wissen wir, dass mit dem Fetalen Alkoholsyndrom ein **Paradigmenwechsel** in der stationären Jugendhilfe verbunden ist.



Beim FAS liegt keine veränderbare Verhaltensauffälligkeit, keine Entwicklungsverzögerung oder psychische Erkrankung vor, sondern eine fundamentale Gesamtschädigung eines Organismus, die sich auf den gesamten Körper und alle Lebensbereiche auswirkt.

Sind die Schäden sehr massiv und offensichtlich, werden diese Kinder eher in der Eingliederungshilfe und nicht in der Kinder- und Jugendhilfe betreut. Auch in der Eingliederungshilfe liegt diesbezüglich ein deutlicher Entwicklungsbedarf vor. Generell ist das versäulte psychosoziale Versorgungssystem mit seinen jeweiligen Regeln, seinen Schnittstellen, Übergängen und unterschiedlichsten Zugängen selbst für Fachkräfte sehr unübersichtlich. Im Fokus dieses Beitrages steht jedoch die stationäre Jugendhilfe.

Die neuere Geschichte der Jugendhilfe kennt Phasen der Neuorientierung. Persönliches und institutionelles Lernen im professionellen Kontext hat vergleichbare Verläufe. Es tauchen neue Themen auf, die bisher unerklärliches Verhalten nachvollziehbarer machen. Traumatisierte Kinder brauchen andere Handlungskonzepte als Jugendliche mit Geschlechtsidentitätsstörungen oder Kinder, deren Eltern abhängigkeiterkrankt sind. Fachkräfte wie Institutionen nutzen ihre Instrumente des Qualitätsmanagements mittels Fortbildungen, Tagungen und Gründung von Netzwerken, um die Betreuung und Behandlung von zu betreuenden jungen Menschen mit besonderen Hilfebedarfen zu optimieren. Nach einer Phase der erhöhten Aufmerksamkeit, Schulung und Erprobung, werden die gewonnenen Erkenntnisse in Form von Konzepten und Handlungsanleitungen in den pädagogischen Alltag der jeweiligen Einrichtungen integriert. Im Bereich der sexuellen Gewalt oder für traumatisierte Kinder hat die stationäre Jugendhilfe diesbezüglich einen langwierigen Qualifizierungsprozess durchlaufen und inzwischen entsprechende bundesweit gültige Standards entwickelt. Für das Thema FAS liegen diese allgemein anerkannten und bekannten Standards noch nicht vor.

Die Folgen der pränatalen Alkoholexposition „wachsen sich in der Kindheit nicht aus“ – im Gegenteil, es gibt Lebensphasen wie die Pubertät und insbesondere der Übergang ins Erwachsenenalter, in denen es schon ein ambitioniertes Ziel ist, Verschlimmerungen zu verhindern. Die Ergebnisse von Langzeitstudien sind eindeutig: Etwa 70 Prozent der Erwachsenen „leben nicht selbstständig

und ein noch weit geringerer Teil der Betroffenen [kann] den Lebensunterhalt selbst bestreiten“ (Spohr 2014, 164). Meiner Einschätzung nach gelingen Lebensentwürfe von jungen Erwachsenen mit FAS außerhalb von betreuenden Einrichtungen vor allem dann, wenn sich liebevolle (ehemalige) Pflegeeltern, Adoptiveltern oder andere wohlwollende Bezugspersonen engagiert und über viele Jahre um diese vulnerablen und hochgradig gefährdeten jungen Menschen kümmern.

Berücksichtigen eine Jugendhilfeeinrichtung und die dort arbeitenden Fachkräfte die Besonderheiten des Fetalen Alkoholsyndroms nicht, ändern sie nicht ihre Konzepte, ihre pädagogische Grundhaltung und ihre Problemlösestrategie, so führt das zu allseitiger Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühlen.



Verstärkte Anstrengungen im Sinne eines „mehr desselben“ chronifizieren die Störungen.

Sich wiederholende Erfahrungen des Scheiterns führen häufig zu Entlassungen aus der jeweiligen Einrichtung, ohne Hoffnung auf bessere Verläufe in der nächsten Einrichtung. Diese Abbrüche gehen massiv zu Lasten der jungen Menschen mit FAS und ihrer Erziehungsverantwortlichen – in der Regel Adoptiv- oder Pflegeeltern. Wie immens schädlich wiederholte Abbrüche und Einrichtungswechsel besonders für Menschen mit FAS sind, wurde eindrücklich von Gela Becker thematisiert (Becker 2013).

Bei einer aktuellen Gesamtbetrachtung der Jugendhilfelandschaft bleibt es bei den sogenannten Insellösungen: einige wenige Experten, Jugendhilfeeinrichtungen, Fachverbände oder Hochschulen engagieren sich sehr. Es ist erfreulich, dass die Netzwerkveranstaltungen von kompetenten Vereinen wie FASD-Deutschland inzwischen gut besucht werden. Die Nachfragen nach Fort- und Weiterbildungen steigen, und die Anzahl der Veröffentlichungen zu speziellen Themen rund um FAS haben in den letzten Jahren erkennbar zugenommen. Es gibt aber immer noch zu viele Regionen in Deutschland, in denen es innerhalb der stationären Jugendhilfe keine angemessenen Hilfen und Standards für junge Menschen mit FAS gibt und der diesbezügliche Wissensstand noch recht oberflächlich ist. Berücksichtigt man dabei die Tatsache, dass es gerade die Kinder- und Jugendhilfe war, die sich seit den 2000er Jahren verstärkt mit dem Thema FAS auseinandergesetzt hat, so erlaubt dies einen Querverweis auf notwendige Entwicklungen auch in anderen Arbeitsfeldern der psychosozialen Versorgung.

Lag der Schwerpunkt der Ausführungen zum Thema Jugendhilfe und FAS bisher auf den Heraus- und Überforderungen, die das Fetale Alkoholsyndrom

für die betroffenen Menschen, deren Betreuungspersonen und Institutionen mit sich bringen, so bleibt die Frage, welche ziieldienlichen Handlungsstrategien sich aus dem Wissen rund um das Thema ableiten lassen.



Die stationäre Jugendhilfe hat gelernt, dass jedes Kind eine Herausforderung darstellt und optimalerweise eine abgestimmte individuelle Hilfeplanung für das Kind erfolgt.

Jedes Kind und jede Familie sind „eine Welt für sich“. Es ist die Kompetenz fachlich gut arbeitender stationärer Jugendhilfeeinrichtungen, auf der Grundlage eines biografischen Fallverstehens das Betreuungsangebot, die begleitenden Therapien, Behandlungen und weitere Maßnahmen passgenau einzurichten. Hier gilt es, das Fetale Alkoholsyndrom grundsätzlich in den Planungen zu berücksichtigen. Von Anfang an sollte die gesamte Lebensspanne Gegenstand der Hilfeplanung sein – und nicht wie in der Jugendhilfe üblich und gesetzlich gewollt, die Zeit bis zum jungen Erwachsenenalter.

Die Betreuung und Behandlung von jungen Menschen mit FAS ist eine Herausforderung und häufig auch eine Überforderung, besonders für die primären Erziehungspersonen. Gerade bei FAS gilt die nigerianische Weisheit: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind aufzuziehen.“ Im übertragenen Sinne bedeutet dies für junge Menschen mit FAS, es bedarf der Kooperation vieler wohlmeinender, belastbarer Betreuungspersonen, engagierter Professioneller verschiedener Fachrichtungen und eines stabilen sozialen Umfeldes, um ein solches Kind zu erziehen.

Berücksichtigt man als Jugendhilfeeinrichtung die genannten Fallstricke und Empfehlungen, so ist die Betreuung für die Kinder und Jugendlichen mit FAS für die Fachkräfte der Einrichtungen aber auch für die Einrichtungen selbst insgesamt ein Gewinn. Die Pflegemutter eines Kindes mit FAS hat dies in einer Mail mit ihren Worten einmal so ausgedrückt:

„Es wird immer beschrieben, wie krisenhaft und stressig die Betreuung unserer Kinder ist. Wenn wir uns ändern und die Kinder richtig betreuen, sind das ganz liebe und zufriedene Kinder.“

6.3 Die Aufnahme von Kindern mit FAS in der stationären Jugendhilfe

Biologische Eltern, Pflege- und Adoptiveltern sowie andere Sorgeberechtigte durchlaufen eine lange Zeit der engagierten, zumeist aufopfernden Erziehung ihrer Kinder mit FAS, bevor es in einigen Fällen zu einer stationären Unterbringung kommt. Wenn nun „endlich“ ein Platz in einer Wohngruppe gefunden wurde, können sie jedoch schnell enttäuscht werden. Viele Bindungspersonen junger Menschen mit FAS haben sich intensiv mit den Folgen des Syndroms auseinandergesetzt, regionale Selbsthilfegruppen gegründet und mitunter sogar Fachtagungen von Organisationen wie „FASD-Deutschland“ besucht. Häufig stellen sie aber fest, dass sie besser über FAS und dessen Folgen informiert sind als die Fachkräfte in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen, Jugendämtern und anderen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche.

Jede Unterbringung eines Kindes in einer stationären Einrichtung ist für die veranlassenden Betroffenen mit Scheitern, Scham, Trauer und Verlust verbunden. Häufig geht eine Neuaufnahme auch mit vielen Konflikten und Zeitdruck einher. Um erneute Kränkungen und Traumatisierungen zu vermeiden, sind sorgsam geplante Aufnahmeprozesse notwendig. Sie steigern die Wahrscheinlichkeit für einen erfolgreichen Start der Hilfe. Als Metapher eignet sich hier das Bild eines Mantels: Wenn man unten beim Zuknöpfen falsch anfängt, lässt er sich oben nicht korrekt schließen.

Bei der Aufnahme erfragen die Einrichtungen der stationären Jugendhilfe eine Vielzahl an biografischen Vorinformationen. Vorbefunde werden gesichtet, bewertet und die anfragenden Fachkräfte der Jugendämter geben ihre Erfahrungen und Einschätzungen weiter. Dabei dominieren Krisen und bisher nicht erfolgreiche Hilfeverläufe die Anamnesen. Erstgenannte Ursachen und Erklärungsversuche für die Unterbringung verweisen oft auf Schicksalsschläge, belastete Biografien oder unerklärliche Auffälligkeiten des zur Aufnahme angefragten Kindes. Der Versuch der Erziehungsverantwortlichen, eine „Ursache“ für eine stationäre Unterbringung zu nennen, ist menschlich nachvollziehbar, bildet die komplexe Genese der Fehlentwicklungen jedoch nicht ab. Psychodynamisch haben diese Erklärungsversuche oft die Funktion, die Erziehungsverantwortlichen vor Schuldzuweisungen zu schützen.

Häufig werden Kinder und Jugendliche mit FAS bei Aufnahmeanfragen nicht von den leiblichen Eltern vorgestellt, sondern von Adoptiv- oder Pflegeeltern, anderen Bindungspersonen und der Fachkraft des zuständigen Jugendamtes. Die Schädigung eines jungen Menschen durch den Alkoholkonsum der leiblichen Mutter in der Schwangerschaft ohne vorliegende FAS-Diagnose ist dann

nur aus Vorberichten, dezenten Hinweisen aus der Biografie und einem ersten Eindruck von dem angefragten Kind zu errahnen.

Wird bei einem Kind mit FAS beim Aufnahmeprozess die Schädigung nicht klar benannt, stehen zwangsläufig andere Auffälligkeiten im Vordergrund. Auch für diese gibt es klare Indikatoren und deren Diagnostik ist somit gerechtfertigt. Wird die grundlegende Schädigung durch den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft jedoch nicht oder erst sehr viel später erkannt, kann es schon beim Kennenlerngespräch, Aufnahmegespräch oder kurz nach der Aufnahme zu Irritationen bei allen Beteiligten kommen. Eine Aufnahme ohne Berücksichtigung der Besonderheiten des Fetalen Alkoholsyndroms führt auf Seiten der Fachkräfte der Jugendämter – aufgrund der schnell eskalierenden Hilfeverläufe – in vielen Fällen dazu, dass sie viel mehr im Alltagsgeschehen der Einrichtung einbezogen sind, als ihnen lieb ist und sie auf Dauer leisten können.



Die Möglichkeit einer Schädigung durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und die Besonderheiten des Fetalen Alkoholsyndroms sollten bei der Aufnahme in eine Einrichtung berücksichtigt werden.

Häufige Krisensitzungen, lange Telefonate, Hilfeplangespräche, Termine bei MedizinerInnen und therapeutischen Fachkräften, in Kinderpsychiatrien etc. sind an der Tagesordnung.

Divergierende Interessen und unterschiedliche Rollen der Mitwirkenden bei einer Neuaufnahme sind potentielle Störquellen für eine gelingende Kommunikation und eine störungsspezifische Hilfeplanung. Fehlende Qualifikationen der Fachkräfte in den Einrichtungen zum Thema FAS bergen die Gefahr von Fehlinterpretationen der Genese der Auffälligkeiten. Die Fachkräfte der Jugendämter sind an einer erfolgreichen und möglichst schnellen Aufnahme des Kindes in der ausgewählten Einrichtung interessiert. Aktuelle Bezugspersonen der Kinder könnten sich bei ungerechtfertigten Schuldzuweisungen für das auffällige Verhalten der Kinder abgewertet und missverstanden fühlen. Experten sehen ihre Kompetenz infrage gestellt, wenn deren bisherige Diagnosen als falsch bezeichnet werden. Einrichtungsleitungen sind per se an einer guten Belegung, Reputation und einem guten Kontakt zu den anfragenden Jugendämtern interessiert. Auch wenn einige dieser Dynamiken für alle Neuaufnahmen gelten, treffen beim Thema FAS wieder sehr viele der Erschwernisse für einen guten Verlauf zu.

Innewohnend sind der Unterbringung zudem die monetären Dynamiken einer so kostenintensiven Maßnahme. Für junge Menschen mit einem Bündel

an Diagnosen, Störungen und Auffälligkeiten werden auch unabhängig vom Vorliegen einer FAS-Diagnose – nach anfänglich niedrigschwelligen ambulanten bzw. teilstationären Hilfen, Behandlungen in (mehreren) stationären Kinder- und Jugendpsychiatrien – spezialisierte Einrichtungen der stationären Jugendhilfe angefragt. Erwartet werden eine hochwertige und belastbare pädagogische Betreuung inklusive Unterstützung der betreuenden Fachkräfte durch Fallberatung und Supervision. Gewünscht werden Rahmenbedingungen wie eine begrenzte Anzahl an Kindern in den Betreuungsformen, Möglichkeiten für Behandlungen und Therapien, Einzelzimmer, eine eng abgestimmte Beschulung in kleinen Klassensystemen und vieles mehr. Es werden zudem gerne Einrichtungen ausgewählt, die sich in der Vergangenheit als belastbar herausgestellt haben und die Kinder nicht vorschnell entlassen.

Gerade bei jungen Menschen mit FAS ist die Unbeständigkeit der Entwicklungsverläufe das Beständige. Unrealistische Erwartungen nach dem Motto: „Nun geben wir schon so viel Geld aus, und es bringt doch alles nichts“ sind kontraproduktiv. Neben erfolgreichen Entwicklungen gehören auch Rückschritte und eine phasenweise Stagnation dazu und sollten nicht zu gegenseitigen Schuldzuweisungen und Reputationsverlust der beteiligten Menschen und Institutionen führen.

Einrichtungen, die sich auf die Aufnahmen von jungen Menschen mit FAS vorbereitet haben, kennen die Dynamiken rund um das Fetale Alkoholsyndrom und antizipieren sie.



Fachlichkeit, Netzwerkarbeit, gutes Krisenmanagement und die gemeinsame Verantwortung aller Beteiligten sind als Kernkompetenzen guter Jugendhilfeeinrichtungen gerade bei FAS unerlässlich.

All das verlangt eine Vielzahl an gut ausgebildeten Fachkräften verschiedener Professionen und qualifizierten begleitenden Diensten. Folglich sind die Kosten für die personalintensive Unterbringung komplex geschädigter Kinder sehr hoch.

„Und da praktische sozialpädagogische Arbeit auch den Einsatz von Ressourcen – Geld, Zeit, Wissen oder Engagement – erfordert, ist auch die Frage verständlich, ob das Verhältnis von Aufwand und Ergebnis angemessen ist“ (Nüsken/Böttcher 2018, 12).

In der wirtschaftlichen Abteilung der Jugendämter und bei Vorgesetzten gehen hohe Kosten häufig mit der Erwartung einher, dass „teure“ Hilfen dann auch erfolgreich verlaufen. Die Stagnation des Hilfeverlaufes oder noch schlimmer eine Verschlechterung sind unerwünscht und schlecht zu kommunizieren.



Schon bei der Aufnahme ist zu empfehlen, auf oben beschriebene Hilfeverläufe hinzuweisen und unrealistische Erwartungen zu minimieren.

Erfahrungsgemäß wächst der Umfang der Akten proportional zum Schweregrad der Störung und der Dauer der Suche nach einem passenden Platz in einer Einrichtung. Es lohnt in jedem Fall, die Akten sorgfältig zu bearbeiten, um ein möglichst breites Verständnis der aktuellen Situation, der Genese der Fehlentwicklungen („biografisches Fallverstehen“) und des familiären Umfeldes zu erhalten. Liegt einer dringenden Aufnahmeanfrage beispielsweise nur ein zusammenfassender Kurzbericht der Fachkraft des Jugendamtes vor, ist es ratsam, weitere Unterlagen anzufordern oder die Genehmigung einzuholen, direkt mit den vorherigen Institutionen und Behandelnden Kontakt aufzunehmen. Dringend angezeigt ist es, die üblichen schriftlichen Unterlagen des Jugendamtes, die Vorberichte von anderen Jugendhilfemaßnahmen, Befunde von Kinderpsychiaterinnen und Kinderpsychiatern, Schulberichte etc. auch auf Hinweise auf ein Fetales Alkoholsyndrom auszuwerten. Fachlich angeraten ist das Studium weiterer Quellen wie Unterlagen aus der Schwangerschaft. Seit 2011 sollen behandelnde Ärzte und Ärztinnen bei den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen auf die Schädlichkeit des Alkoholkonsums hinweisen. Marker für eine Abhängigkeitserkrankung der leiblichen Mutter finden sich gelegentlich schon durch eine diesbezügliche Codierung im Mutterpass.

Empfohlen wird die Erarbeitung eines mehrgenerationalen Genogramms mit dem Fokus auf Erkrankungen und Abhängigkeiten. Effektiv ist auch die genaue Betrachtung von Babyfotos. Vorhandene faziale Auffälligkeiten lassen sich bei Kleinstkindern besser als in späteren Lebensabschnitten erkennen. Ein Teil der FAS-Diagnose besteht aus der Messung von Gewicht, Körpergröße und Kopfumfang. Diese Kennwerte werden routinemäßig im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen (U1 – U9) von den Pädikerinnen und Pädikern erhoben und finden sich in den gelben Kindervorsorgeunterlagen. In sogenannten Perzentilkurven ist dann leicht abzulesen, ob die erhobenen Maße im Normbereich liegen oder ob erste Hinweise auf Normabweichungen vorliegen, die auf FAS hindeuten.

Finden sich in der Vorgeschichte Indizien für eine Abhängigkeitserkrankung in einer Familie, muss genau nachfragt werden. Sucht und Abhängigkeit kön-

nen jahrelang unter dem Mantel des familiären Schweigens existieren, ohne dass Außenstehende dies mitbekommen. Es ist eine schwere Erkrankung, die sehr schambesetzt ist und mit vielen Tabus und Schweigegeboten einhergeht. Liegt eine solche Alkoholabhängigkeit der leiblichen Mutter vor, so ist das zudem mit der Angst verbunden, elterliche Kompetenzen zu verlieren. Wenn sich eine Familie als Überlebensstrategie notgedrungen mit der Sucht arrangiert hat, wird man aufgrund des Geheimhaltungsdrucks nicht ohne vertrauensbildende Maßnahmen und hartnäckige Recherche auf die Abhängigkeitserkrankung kommen. Für die Planung weiterer Schritte ist es jedoch wichtig zu wissen, ob ein Kind bisher in einer Familie aufgewachsen ist, in der die Mutter seit langem und auch während der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken hat.

Die Aufnahme eines Kindes mit einer schon erfolgten fundierten Diagnostik ist immer noch die Ausnahme. FAS ist eine der häufigsten schon bei Geburt bestehenden chronischen Erkrankungen, wird aber relativ selten diagnostiziert. Dabei muss es sich nicht immer um das Vollbild FAS handeln. Es gibt Schädigungen, die eine FAS-Diagnose nicht zulassen und trotzdem für das betroffene Kind eine lebenslange Teilhabebeeinträchtigung zur Folge haben. Gibt es Hinweise auf eine pränatale Alkoholexposition, abgeleitet aus der Biografie des Kindes, dem Verhalten, Aussehen oder aus der Aktenlage, sollte möglichst zeitnah eine fachgerechte Diagnostik veranlasst werden. Die leitlinienkonforme Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndrom sollten multiprofessionell arbeitende spezialisierte Praxen oder Zentren übernehmen. Es dauert auch heute noch recht lange, bis man eine solche Einrichtung gefunden hat und bis nach etlichen anderen Befunden eine fachgerechte FAS-Diagnostik gemäß den gültigen Richtlinien erfolgt. Es sollten aber bereits Kenntnisse über die Diagnostik in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe vorhanden sein.

Entscheiden sich die Sorgeberechtigten und das zuständige Jugendamt prinzipiell für die Unterbringung in einer Wohngruppe mit einer FAS-Expertise, so führt dies zu einer überregionalen, manchmal bundesweiten Suche.

Verwirrend kommt hinzu, dass beim Fetalen Alkoholsyndrom der Übergang von der Kinder- und Jugendhilfe zur Eingliederungshilfe fließend ist. Sind die Folgen der Hirnschädigung und die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben so gravierend, dass die Hilfeleistung eher dem Behindertenbereich zuzuordnen ist oder wäre eine Hilfe im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe angezeigt? Diese Gratwanderung bei der Frage, in welcher Einrichtung ein Kind aufgenommen wird, hängt manchmal an wenigen Punkten auf der Skala der Intelligenzdiagnostik, dem eingesetzten Testverfahren oder der Bereitschaft von Entscheidungsträgern, ihren Ermessensspielraum großzügig zu interpretieren. Bisherige Versuche der Klärung der Zuordnung seitens der zuständigen Bundesbehörden, der Gesetzgebung („Bundesteilhabegesetz“) oder einzelner juris-

tischer Expertisen haben hier letztlich nicht zu Eindeutigkeit geführt. Der als Bindeglied zwischen den Sozialgesetzbüchern gedachte § 35a im Kinder- und Jugendhilfegesetz bietet keine langfristige Handlungssicherheit. Mit dem Ende einer Jugendhilfemaßnahme endet auch deren Förderung.

Problemschwerpunkte der Kinder- und Jugendhilfe:

- FAS wird bei den Aufnahmen aufgrund der fehlenden Diagnosen bzw. fehlender Kenntnisse häufig nicht erfasst und berücksichtigt.
- Abgrenzung zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe ist nicht eindeutig.
- In vielen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind das Wissen über FAS, bisherige Erfahrungen und konzeptionelle Kompetenzen bisher zu gering ausgeprägt. Dies führt zu Fehlbehandlungen und Enttäuschungen bei allen Beteiligten.
- Anpassungsleistungen müssen von den Fachkräften und Organisationen geleistet werden, die Betroffenen können das nicht – unabhängig von deren Intelligenz.
- Die Hilfeplanung für ein ganzes Leben beginnend mit dem Tag der Aufnahme ist für die Kinder- und Jugendhilfe neu und irritierend.
- Eskalierende Hilfeverläufe und häufige Kriseninterventionen überfordern die am Hilfeprozess Beteiligten.
- Irritationen entstehen bezüglich der Diskrepanz zwischen den notwendigen finanziellen Aufwendungen und den fehlenden „Erfolgen“.
- Die Suche nach Schuldigen, Spaltungen im Helfersystem, Reputationsverlust und ein ständiger Wechsel der Einrichtungen sind häufig die Folge.
- Gelingende Hilfeverläufe sind wahrscheinlich, wenn die Besonderheiten des FAS im Sinne eines Paradigmenwechsels schon von Anfang bedacht werden.