

Evangelische Hochschule Nürnberg

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Pflegekinder mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)- Welche Unterstützung
brauchen die Pflegeeltern und das -kind?
Erfahrungen einer Pflegefamilie

Foster children with fetal spectrum disorders (FASD)- What kind of support is required
by the foster parents and the foster child?
Experiences of a foster family

Isabella Götz

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Dennis John

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Andrea Nickel-Schwäbisch

Abgabetermin: 24.07.2020

Abstract

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über die Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) in Bezug auf die Unterstützung für betroffene Pflegefamilien in Deutschland. Die Forschungsfrage lautet hierzu: Welche Unterstützung benötigen Pflegefamilien mit einem Pflegekind, das von FASD betroffen ist? Es wird zunächst eine theoretische Einführung zu FASD gegeben, danach folgt dasselbe zu Pflegefamilien in Deutschland und zu Pflegefamilien mit einem Pflegekind, welches von FASD betroffen ist. Der zweite Teil der Arbeit ist ein Forschungsteil. Hierzu wird eine Pflegemutter mit einem Pflegekind mit dem Fetalen Alkoholsyndrom mit Hilfe des leitfadengestützten Interviews befragt. Das geführte Interview wird anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Daraus ergibt sich ein Kategoriensystem mit 12 Oberkategorien und jeweiligen Unterkategorien. Inhaltlich gliedert sich das Kategoriensystem in folgende Bereiche: Externe Partner- Eigene Rolle als Pflegeeltern- Lebenswelt des Kindes- Prävention. In der abschließenden Diskussion werden vier Handlungsempfehlungen für die Arbeit des Jugendamts aus dem Interview abgeleitet sowie beschrieben.

Schlüsselwörter: Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) – Pflegefamilien – Pflegekind – Unterstützung

This paper provides an overview of Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) in relation to support for foster families in Germany. The research question is: What support is needed by foster families who have a foster child affected by FASD? First, a theoretical introduction to FASD is given, followed by a theoretical introduction to foster families in Germany and to foster families with a foster child affected by FASD. The second part is a research part. For this purpose a foster mother with a foster child with Fetal Alcohol Syndrome is interviewed using a guideline-based interview. The conducted interview is evaluated using Mayring's qualitative content analysis. This result is presented in a category system with 12 main categories and sub-categories. In terms of content, the category system is subdivided into the following areas: External partners- Own role as foster parent- Living environment of the child- Prevention. In the concluding discussion, four recommendations for the work of the Youth Welfare Office are derived from the interview and described.

Keywords: fetal alcohol spectrum disorders (FASD) - foster family - foster child - support

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1. Einleitung	1
2. Theoretische Betrachtung von FASD bei Kindern und Jugendlichen	3
2.1 Einordnung	4
2.2 Prävalenz und Inzidenz	5
2.3 Diagnose	6
2. 4 Entwicklungsrisiken und -störungen bei Kindern und Jugendlichen mit FASD	9
2.4.1 Körperliche Entwicklungsstörungen und -risiken	9
2.4.2 Kognitive Entwicklungsstörungen und -risiken	10
2.5 Therapieangebote	12
2.6 Unterstützungsangebote	13
2.7 Rolle der Sozialen Arbeit	14
3. Pflegefamilien in Deutschland	16
3.1 Entwicklung und Zahlen des Pflegekinderwesens in Deutschland	17
3.2 Rechtliche Grundlagen	17
3.3 Formen der Vollzeitpflege.....	18
3.4 Motivlage und Voraussetzungen von Pflegeeltern	19
3.5 Aufgaben der Pflegeeltern	20
3.6 Unterstützungsanspruch und -möglichkeiten von Pflegefamilien.....	21
4. Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD	23
4.1 Gesetzliche Bedingungen.....	23
4.2 Problemlagen von Pflegeeltern mit einem Kind mit FASD	24
4.3 Vorbereitung und Qualifizierung der Pflegeeltern zum Thema FASD	25
4.4 Unterstützung, Beratung und Begleitung.....	26

4.5 Förderliche Eigenschaften und Bedarf von Pflegeeltern mit einem Kind mit FASD	27
5. Forschungsfrage.....	29
6. Forschungshintergrund	30
6.1 Begründung qualitatives Vorgehen	30
6.2 Vorbereitung des Interviews.....	31
6.3 Beschreibung der Fallauswahl- Vorstellung der Interviewpartnerin	32
6.4 Auswertung des Interviews nach Mayring	32
7. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dem Interview	34
8. Diskussion.....	44
9. Literaturverzeichnis.....	49
10. Anhang	56
10.1 Tabelle 1	56
10.2 Tabelle 2.....	56
10.3 Leitfaden	57
10.4 Transkript des Interviews	59
10.5 Tabelle zur Erstellung des Kategoriensystems.....	70

Abkürzungsverzeichnis

Fetale Alkoholspektrumstörungen	FASD
Fetales Alkoholsyndrom	FAS
Partiellen Fetalen Alkoholsyndrom	pFAS
Alkoholbedingte Entwicklungs- neurologische Störung	ARND
Alkoholbedingte Geburtsdefekte	ARBD
Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme	ICD-10-GM
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung	ADHS

1. Einleitung

Dass das Konsumieren von Alkohol in der Schwangerschaft schädlich für das ungeborene Kind sein kann, stellt wohl keine neue Erkenntnis dar (Holtkamp, 2010: 9). Diese schädlichen Auswirkungen des pränatalen Alkoholkonsums der Mutter auf das Neugeborene werden unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) zusammengefasst. Somit ist FASD nur die Neuentdeckung eines Phänomens, welches der Menschheit schon lange bekannt ist (ebd.).

Bereits in der Bibel wurde der Mutter von Simeons verboten, Alkohol in der Schwangerschaft zu trinken (Richter 13,7): „Siehe, du wirst schwanger werden und einen Sohn gebären. So trinke nun keinen Wein oder starkes Getränk (...)“

Ein anderes Beispiel für dieses Phänomen ist in der bekannten Bildergeschichte „Max und Moritz“ des Autors Wilhelm Busch aus dem Jahr 1865 zu finden (Feldmann, 2013:10). Darin beschrieb er erstmals einen Jungen mit typischen Merkmalen eines vorgeburtlichen alkoholgeschädigten Kindes. Busch war ein Autor des Realismus, wodurch er auch in seinen Werken wiedergab, was er in seiner Realität vorfand, fernab von idealistischen Darstellungen. In Deutschland verfünffachte sich 1830 der Konsum von hochprozentigen Spirituosen und 1837 wurde die Gewerbefreiheit eingeführt, mit aufgehobenen Schank- und Zunftgrenzen (ebd.). Somit ist es nicht verwunderlich, dass Busch in seinem Leben vielfach alkoholgeschädigten Kindern begegnete und er diese Erfahrungen zu Papier brachte. Der Schriftsteller stellte den alkoholgeschädigten Moritz mit Kennzeichen eines Kindes mit dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) dar: Er besaß schmale Lidspalten, ein verlängertes Philtrum (vertikale Rinne zwischen Nase und Oberlippe), schmale Oberlippen ohne Lippenwulst, eine verkürzte, aufgeworfene Nase, ein fliehendes Kinn und schütteres Haar. In seinem Verhalten wird Moritz als Mitläufer dargestellt, der die Konsequenzen seiner Taten nicht abschätzen kann (ebd.). Erstaunlicherweise wurde erst über 136 Jahre später, im Jahre 1973, erstmals das Störungsbild FAS wissenschaftlich beschrieben (Landgraf/Hoff, 2019: 8). Seitdem fand FASD langsam Einzug in das Fachwissen der Fachkräfte (ebd.).

Wird in diesem Zusammenhang das soziale Umfeld solcher Kinder und Jugendliche betrachtet, fällt auf, dass der Großteil der Betroffenen in Pflegefamilien aufwächst (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 16). Pflegefamilien erbringen für das Pflegekind selbst, dessen leiblichen Eltern, das Jugendamt und auch für die gesamte Gesellschaft eine beachtliche Leistung, der eine hohe Wertschätzung zukommen sollte. Es bestehen einige Herausforderungen für Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD, die gemeistert werden müssen, damit zwei Aspekte möglich sind. Auf

der einen Seite geht es darum, dass ein positives Zusammenleben als gesamte Pflegefamilie möglich ist, andererseits, dass sich das Pflegekind zu einem Teil der Gesellschaft entwickeln kann.

Daraus kann die Frage, welchen Unterstützungsbedarf Pflegeeltern mit einem Pflegekind mit FASD in Deutschland haben, resultieren. Dies stellt auch bei der vorliegenden Arbeit die Forschungsfrage dar.

Insgesamt handelt die folgende Arbeit über FASD und Pflegefamilien in Deutschland. Zunächst wird eine literaturbezogene Einführung zum Thema FASD bei Kindern und Jugendlichen sowie Pflegefamilien in Deutschland und auch Pflegefamilien mit einem Pflegekind mit FASD gegeben. Danach wird das leitfadengestützte Interview mit der Forschungsfrage „Welche Unterstützung benötigen Pflegefamilien mit einem Pflegekind, das von FASD betroffen ist?“ vorgestellt, ausgewertet sowie eine Diskussion mit Handlungsempfehlungen für die Arbeit des Jugendamtes abgeleitet.

2. Theoretische Betrachtung von FASD bei Kindern und Jugendlichen

In diesem Kapitel wird ein Überblick über FASD bei Kindern und Jugendlichen aus Sicht der heutigen Wissenschaft gegeben. Es lässt sich anmerken, dass es sich hierbei, aufgrund des Umfangs der Arbeit, nur um einen Überblick handeln kann. Für tiefere Informationen wird deshalb auf das Lesen der Werke im Literaturverzeichnis verwiesen.

Der Begriff FASD (fetal alcohol spectrum disorders) wird als Oberbegriff für die Schädigungen einer Person verwendet, die pränatal, somit noch vor der Geburt, durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hervorgerufen werden (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 7). Die Auswirkungen der pränatalen Schädigung durch Alkohol können unterschiedlich ausgeprägt sein (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017a: 4). Einflussfaktoren sind beispielsweise der Zeitpunkt und die Menge des Alkoholkonsums der Mutter in der Schwangerschaft, sowie über welchen Zeitraum sich der Konsum erstreckte (Schindler, 2012: 113).

Zu FASD gehört das sogenannte „FAS“ (fetal alcohol syndrome), das „partielle Fetale Alkoholsyndrom“ (pFAS, partial fetal alcohol syndrome), die „alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung“ (ARND, alcohol related neurodevelopmental disorder) und die „alkoholbedingten Geburtsdefekte“ (ARBD, alcohol related birth defects) (Landgraf/Heinen, 2017: 11). Diese Einteilung sehen jedoch Landgraf und Heinen (ebd.) kritisch und so wird auch ein fließender Übergang im Spektrum diskutiert. Bei der vorliegenden Arbeit wird die klassische Einteilung beibehalten, da dies der aktuell vertretene Standpunkt in der Literatur ist. Dabei fällt auf, dass in der deutschen Literatur teilweise die Begrifflichkeit FASD und FAS nicht trennscharf verwendet werden und auch falsch eingesetzt werden.

Beim FAS handelt es sich um das Vollbild der Spektrumstörungen mit den typischen Charakteristika, auf die später noch genauer eingegangen wird (Spohr, 2016: 10). Das pFAS kennzeichnet, dass betroffene Kinder nicht so aussehen wie Kinder mit FAS, jedoch vor allem durch ihre kognitiven, sozialen und emotionalen Auffälligkeiten hervortreten (ebd., 11). Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass es sich bei pFAS um eine weniger schwere Form bzw. harmlose Variante des Syndroms handelt. Nachuntersuchungen bei betroffenen Erwachsenen zeigten, dass sie, aufgrund fehlender Diagnose, die gleichen Schwierigkeiten im Alltag, oder oftmals sogar größere Probleme haben als Betroffene mit FAS (ebd.).

ARND beschreibt eine Gruppe von Menschen, bei denen feststeht, dass deren Mütter

intensiv Alkohol in der Schwangerschaft konsumiert haben (ebd.). Die Betroffenen weisen keine physischen körperlichen Auffälligkeiten auf, zeigen jedoch ein komplexes Muster an nicht altersentsprechender Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Störungen (ebd., 12). Dieses komplexe Muster kann nicht allein durch genetische Prädisposition, psychosozialen Hintergrund und daraus resultierende Belastungen eine Erklärung schaffen (ebd.).

Es gab die Einführung des Begriffs ARBD für die Klassifikation von angeborenen Fehlbildungen an anderen Organ-Systemen als Resultat der äußeren Einwirkung des Alkohols während der Schwangerschaft. Jedoch wird ARBD bei der diagnostischen Beurteilung keine wesentliche Rolle mehr zugeteilt (ebd.). Ein Grund hierfür ist unter anderem, dass gemäß Erencin (2016: 13) ein Kausalitätsproblem besteht: Die möglichen angeborenen „Defekte“ können auch plötzlich auftreten. Somit ist es nicht möglich, zu beweisen, dass der angeborene „Defekt“ auch wirklich aus dem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft resultiert. Deshalb ist der Expertenkonsens, dass der Begriff ARBD in Deutschland nicht verwendet werden sollte (ebd.). Danach richtet sich auch die vorliegende Arbeit, weshalb auf ARBD nur am Rande eingegangen wird.

Im Folgenden findet eine Einordnung von FASD nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10-GM) statt sowie, ob FASD per Gesetz als eine Behinderung zählen kann.

2.1 Einordnung

Die Klassifikation nach dem ICD-10-GM ist „Alkohol-Embryopathie“ (mit Dysmorphien) (Q 86.0) unter der Kategorie „Angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert“ (ICD-10-GM, 2019). Hierbei wird jedoch nach Schindler (2012: 113) nur unzureichend die Komplexität der Spektrumstörungen beschrieben. Folglich besteht noch Bedarf der Weiterentwicklung von FASD nach ICD-10-GM.

In §2 SGB IX wird definiert, wer als Mensch mit einer Behinderung zählt. Es handelt sich um Menschen, die

„körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“

Laut der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2017: 8) beinhaltet die Prüfung zwei Schritte, ob ein Mensch mit FASD eine Behinderung hat: Es ist zum einen eine medizinische Diagnose erforderlich, zum anderen muss eine Beeinträchtigung in der Teilhabe vorhanden sein. Liegen diese beiden Tatbestandmerkmale vor, kann gesagt werden, dass ein Mensch mit FASD von einer Behinderung betroffen ist. Darüber hinaus äußert die Autorin (ebd., 14), dass die Beeinträchtigung durch FASD meistens so schwerwiegend ist, dass die Voraussetzungen für eine Schwerbehinderung vorliegen.

2.2 Prävalenz und Inzidenz

Grundsätzlich lässt sich zur Prävalenz von FASD in Deutschland sagen, dass hierzu keine Studien vorliegen, sondern lediglich Schätzungen vorhanden sind (Erencin, 2016: 14). Diese Schätzungen liegen Erencins (ebd.) Meinung nach bei ungefähr 2%. Landgraf und Heinen (2017: 26) beziehen sich hingegen bei diesem Thema auf fünf Studien aus vier europäischen Ländern. In den Daten der Studien bewegt sich die Prävalenz von FAS zwischen 0,2 und 8,2 pro 1000 Kinder. Bei erneuter kritischer Durchsicht der angeführten Prävalenzstudien (bei der Erneuerung der Leitlinie von FASD) wurde festgestellt, dass es sich ausschließlich bei den zwei italienischen Studien um aufsuchende Studien handelt und damit die dort ermittelte Prävalenz von FASD von 2 bis 5% in der Durchschnittsbevölkerung als am wahrscheinlichsten betrachtet werden kann (ebd.). An dieser Stelle stellt sich jedoch die Frage, ob die Werte der Studien aus Italien genauso auf die Situation in Deutschland übertragbar sind. Spohr (2016: 9) geht davon aus, dass weltweit FASD auf 2 bis 4% der allgemeinen Population je nach Art der Untersuchung und Definition geschätzt wird. ExpertInnen schätzen laut Landgraf und Hoff (2019: 27) die Prävalenz von FASD auf circa 1% bei allen Kindern in Deutschland. Dabei sei aber kritisch herauszustellen, dass die Diagnose FASD viel zu selten gestellt wird (Landgraf/Heinen, 2017: 26). Gründe hierfür sind Hemmungen der professionellen HelferInnen im Gesundheitssystem, einen diesbezüglichen Verdacht zu äußern und generelle Unwissenheit über FASD (ebd.). Es lässt sich vermuten, dass die Prävalenz von FASD in der Realität noch höher ausfällt. Somit ist FASD schlussfolgernd eine der häufigsten angeborenen Erkrankungen, ohne als solche bislang erkannt und berücksichtigt zu werden (ebd.). FAS besteht nach der Einschätzung von ExpertInnen bei ungefähr 10% aller Kinder mit FASD (ebd.). Wenn beispielsweise die Prävalenz von FAS mit der

neuropädiatrischen Erkrankung Trisomie 21 verglichen wird, dann tritt FAS in Deutschland sehr viel häufiger auf (ebd.). Es werden jährlich in Deutschland, gemäß der Medizinischen Fakultät Münster (2019), circa 2000 Kinder mit FAS geboren. Dazu kommen pro Jahr ungefähr 4000 Kinder mit pFAS, alkoholbedingten kognitiven Schädigungen sowie erheblichen Verhaltensstörungen. So lautet die Gesamtinzidenz für FASD laut der Medizinischen Fakultät Münster ca. 1:100. Erencin (2016: 14) geht bei der Anzahl an Kinder mit FAS von 4 pro 1000 Neugeborenen aus, wobei die Inzidenz an Kindern mit pFAS oder ARND bei 19 von 1000 Neugeborenen liegt. Somit ergibt sich nach Erencin eine Inzidenz für FASD von 2,3%.

Zusammenfassend lässt sich herausstellen, dass keine eindeutige Prävalenz und Inzidenz zum aktuellen Stand von FASD in Deutschland in der aktuellen Literatur gefunden werden kann. Besonders zu pFAS und ARND fällt auf, dass Forschungsergebnisse gering ausfallen. Somit ist es unabdingbar, dass sich mit dieser Thematik und den damit einhergehenden Herausforderungen auch noch in Zukunft intensiver beschäftigt werden sollte. Diese Erkenntnis wurde auch bereits 2013 von Nordhues, Weischberg und Feldmann (24) veröffentlicht:

„Zunächst einmal besteht ein großer Bedarf an epidemiologischer Forschung. Nur mit groß angelegten, methodisch passenden Studien kann man aussagekräftige Daten gewinnen. Diese Daten sind dringend nötig, um die Größenordnung des Problems realistisch einzuschätzen und weitere Maßnahmen zu ergreifen.“

2.3 Diagnose

Grundsätzlich lässt sich zum Thema Diagnose von FASD sagen, dass die pränatale Alkoholschädigung eines Betroffenen oft äußerlich nicht zu sehen, in ihrer Ausprägung sehr individuell und somit schwer zu diagnostizieren ist (Falke/Stein, 2018: 9). Zu einem Kennzeichen der Diagnose FASD zählt, dass mehrere Komorbiditäten bzw. Folgeerkrankungen diagnostizierbar sind (Schindler, 2012: 113). Auf diese wird im weiteren Verlauf der Arbeit noch eingegangen.

Coenen-Englert (2019: 13) betrachtet das Vorschulalter meist als einen geeigneten Zeitpunkt für die Diagnostik von FASD. Auch der Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (2017: 10) appellieren für eine frühzeitige Diagnosestellung, um Betroffenen die für sie geeignete Unterstützung zukommen zu lassen. Coenen-Englert (2019: 13) argumentiert, dass im Vorschulalter das Störungsbild von FASD genauer von allgemeinen Regulationsproblemen, die typischerweise bei Kleinkindern auftreten, abgrenzt werden kann. Eine frühe Diagnostik von FASD ist vor allem zur Vermeidung oder Reduktion von Sekundärerkrankungen unabdingbar (ebd.). Es können hierdurch

langwierige Fehlbehandlungen und damit verbundene Frustrationen und negative Auswirkungen auf die Chancen der Entwicklung der betroffenen Kinder vermieden werden (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 10). Fehldiagnosen müssen unweigerlich vermieden werden, damit nicht soziale Stigmatisierung und/oder falsche Therapien hervorgerufen werden (Coenen-Englert, 2019: 13). Laut FASworld e.V. Deutschland (2008: 22) ist eine frühe Diagnose auch für die (Pflege-)Eltern des betroffenen Kindes von großer Bedeutung. Durch diese können Eltern ihre Erwartungen an die Möglichkeiten des Kindes anpassen. Außerdem kann durch eine Diagnose bewusst das Verhalten, die Sprache und die räumliche Umgebung an den Bedürfnissen und Erfordernissen des Kindes ausgerichtet werden (ebd.). Des Weiteren zeigt sich gemäß dem Landschaftsverband Rheinland (2015: 21) in mehreren Studien, dass die Entwicklungsprognose eines Kindes mit FASD erheblich positiver ist, wenn die richtige Diagnose frühzeitig gestellt wird.

Für die Diagnose von FAS wurde 2012 in Deutschland eine Leitlinie erstellt, welche 2016 durch die Leitlinie für pFAS, ARND und ARBD erweitert wurde (Coenen-Englert, 2019: 13). Jedoch sollte laut Coenen-Englert (ebd.) ARBD in Deutschland aufgrund von „fehlender Spezifität der Malformationen und ihrem fraglichen Krankheitswert“ nicht als Diagnose verwendet werden, worauf bereits an früher Stelle eingegangen wurde. Dieselbe Ansicht wird auch von anderen Autoren vertreten, wobei hier beispielsweise Landgraf, Giese und Heinen (2017: 105) betonen, dass die Evidenz für spezifische alkoholbedingte Fehlbildungen unzureichend ist.

Dank der Leitlinien wurden einheitliche evidenz- und konsensbasierte Kriterien für die Diagnostik von FAS, pFAS und ARND in Deutschland geschaffen (Coenen-Englert, 2019:13). Die diagnostischen Kriterien für FASD orientieren sich an den bisherigen internationalen Leitlinien (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017b: 10). Die Diagnose FASD umfasst vier diagnostische Säulen (Coenen-Englert, 2019: 14):

- Wachstumsauffälligkeiten
- Faziale Auffälligkeiten
- Strukturelle und funktionelle Störungen des zentralen Nervensystems
- Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft

Im Folgenden werden diese genauer betrachtet sowie auf die verschiedenen Formen von FASD bezogen.

Beim ersten Kriterium, der Wachstumsauffälligkeit, wird kontrolliert, ob sich der Wert

des Gewichtes und/oder der Größe des Kindes bei Geburt und/oder im Verlauf unter der 10. Perzentile befand bzw. befindet (Härter, 2014: 19). Daneben wird geprüft, ob der Body Mass Index unter der 10. Perzentile liegt (Landgraf/Heinen, 2017: 40). Laut Fegeler (2017) ist bekannt, dass bei 25% der Kinder mit FAS der Body-Mass-Index geringer ist als bei 97% der Gleichaltrigen des gleichen Geschlechts, wobei dies nur auf 3% der Kinder ohne FAS zutrifft.

Bei fazialen Auffälligkeiten gibt es Merkmale im Gesicht wie eine kurze Lidspalte des Auges, eine schmale Oberlippe und ein verstrichenes Philtrum (Landgraf/Heinen, 2017: 42).

Zu den strukturellen und funktionellen Störungen des zentralen Nervensystems müssen mindestens drei der folgenden Auffälligkeiten vorhanden sein (Fegeler, 2017):

- Ein kleines Gehirn
- Entwicklungsverzögerungen bei Kindern bis zu einem Alter von zwei Jahren
- Intelligenzminderung
- Störungen beim Sprechen, Rechnen oder Lernen
- Beeinträchtigungen der Feinmotorik
- Verhaltens-, Aufmerksamkeits- bzw. Wahrnehmungsstörungen

Für die Diagnose FAS muss mindestens eine Wachstumsstörung mit allen drei typischen Gesichtsmerkmalen und mindestens eine funktionelle oder strukturelle Störung im zentralen Nervensystem vorliegen (Landgraf/Heinen, 2017: 40, 42, 48). Zudem soll evaluiert werden, ob die Mutter Alkohol in der Schwangerschaft zu sich nahm (ebd., 55). Wenn Auffälligkeiten in den ersten drei diagnostischen Säulen sichergestellt werden konnten, soll die Diagnose FAS gestellt werden, auch wenn kein bestätigter, mütterlicher pränataler Alkoholkonsum vorliegt (ebd.).

Für die Diagnose pFAS sollen die Kriterien der fazialen Auffälligkeiten, Störung des zentralen Nervensystems sowie bestätigter oder wahrscheinlicher Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft vorliegen (ebd., 56).

Bei der Diagnose ARND sind Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems sicherzustellen und die Bestätigung, dass die Mutter Alkohol vorgeburtlich konsumierte (ebd., 68).

Wichtig an dieser Stelle ist noch zu erwähnen, dass Fegeler (2017) davon ausgeht, dass schätzungsweise 90 bis 95% der betroffenen Kinder keine oder eine falsche Diagnose erhalten. Die falsche Diagnose lautet oftmals Aufmerksamkeits-Defizit-

Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) (ebd.). Bei diesem Punkt erläutert jedoch Fegeler nicht, wie er zu seinen Einschätzungen kommt.

2. 4 Entwicklungsrisiken und -störungen bei Kindern und Jugendlichen mit FASD

Alkohol in der Schwangerschaft beeinträchtigt laut FASworld e.V. Deutschland (2008: 7), wie bereits erwähnt, das körperliche Wachstum, die Organbildung und erzeugt vor allem im zentralen Nervensystem immense Schäden. Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft können unter anderem sein (ebd.): Minderwuchs, Untergewicht, Mikrozephalie (Kleinköpfigkeit), Gesichtsveränderungen, organische Schäden, geistige und motorische Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, geistige Behinderungen und verminderte Intelligenzquotienten. Es sei jedoch dazu anzumerken, dass einzelne Charakteristika auch bei anderen Fehlbildungen und Syndromen auftreten können (ebd.).

So ist durch die Liste von Folgen durch pränatalen Alkoholkonsum erkennbar, wie vielschichtig FASD ausfallen kann. Da es sich bei FASD, wie bereits erwähnt, um Spektrumstörungen handelt, kann das Ausmaß an Einschränkungen dabei stark variieren (Landgraf/Hof, 2019: 50).

Es bedarf grundsätzlich nach Schindler (2012: 113) ein interdisziplinäres Team, um alle Folgen, die Alkohol auf das ungeborene Kind haben kann, erschließen zu können. Dabei zeigt sich ein spezifisches Muster an Stärken und Schwächen bei dem betroffenen Kind oder Jugendlichen, das differenziert erfasst werden muss, um passende Maßnahmen einleiten zu können. Zudem muss eine Beachtung aller anderen prä- und postnatalen Expositionen und Ereignisse erfolgen, die zu den Herausforderungen des Betroffenen beigetragen haben könnten (ebd.).

Aus der alkoholbedingten Hirnschädigung, die unterschiedliche Regionen in unterschiedlicher Intensivität betreffen kann, resultiert, dass bei Kindern und Jugendlichen mit FASD eine Vielzahl von Symptomen auftreten können, die der Behandlung zugänglich sind und diese auch benötigen. Tabelle 1 (siehe Anhang) stellt einige Begleiterkrankungen bei FASD dar, die teils im Folgenden noch genauer beschrieben werden (ebd.).

2.4.1 Körperliche Entwicklungsstörungen und -risiken

Als Folge von pränatalem Alkoholkonsum der Mutter kann es zu Fehlbildungen am

Herzen, Skelett, Nieren, Augen, Ohren und zu geringen Anomalien, wie beispielsweise kurzen kleinen Fingern, kommen (Landgraf/Hoff, 2019: 48). Die genaueren möglichen Auswirkungen können in der Tabelle 2 (siehe Anhang) entnommen werden (ebd.).

2.4.2 Kognitive Entwicklungsstörungen und -risiken

Pränataler Alkoholkonsum bringt laut Landgraf und Hoff (2019: 49) schwerwiegende und lebenslange fortdauernde Defizite im kognitiven Bereich mit sich. Auch hier kann das Ausmaß beim einzelnen Betroffenen stark variieren (ebd., 50).

Bei FASD kann häufig eine globale Intelligenzminderung bei Kindern auftreten, was in unterschiedlichsten Studien nachgewiesen werden konnte (Landgraf et al., 2017: 109). Kindler et al. (2010: 176) erläutern, dass Intelligenzminderungen häufig erst nach dem Kleinkindalter deutlich hervortreten. Dabei bildet sich bei etwa 25% der Kinder mit FASD eine geistige Behinderung heraus und bei ungefähr der Hälfte der Kinder mit FASD eine Lernbehinderung (ebd.).

Beim Thema FASD und ADHS verweisen Landgraf et al. (2017: 110) auf zwei Studien. In der Studie von Brownell et al. (2013) fand man heraus, dass Kinder mit FASD gegenüber der Gesamtpopulation ein sechsfach erhöhtes Risiko für ADHS aufweisen. Bhatara, Loudenberg und Ellis (2006) stellten mit ihrer Studie fest, dass ADHS die häufigste Begleiterkrankung bei Kindern mit FASD darstellt (ebd.).

In mehreren Studien zeigte sich gemäß Landgraf et al. (ebd.), dass die meisten Kinder mit FASD Schwächen in den Exekutivfunktionen haben. Unter der Exekutivfunktion werden höhere kognitive Funktionen, wie beispielsweise die Handlungsplanung, die Kontrolle und Anpassung der Handlungsausführung oder das Problemlösen verstanden. Somit stellt die Beeinträchtigung in diesen Funktionen eine große Herausforderung im selbstständigen Erledigen von Alltagsaufgaben für Betroffene dar (ebd.). Nach Wagner (2013: 54) handelt es sich bei der Beeinträchtigung der Exekutivfunktion häufig um die Kernbeeinträchtigung von Menschen mit FASD. Ebendiese (ebd.) führt an, dass diese Funktion in Verbindung mit Selbstregulation, sozialen und emotionalen Fähigkeiten, Selbstständigkeit und Anpassungsfähigkeit gebracht wird und somit diese Bereiche eine Herausforderung für Menschen mit FASD darstellen können. Der Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (2017: 7) geht davon aus, dass sich die Einschränkungen durch die Störung der Exekutivfunktionen auf alle Bereiche des Lebens auswirken und permanent bestehen können.

Darüber hinaus zeigt sich laut Landgraf et al. (2017: 111) in der Studienlage, dass Kinder und Jugendliche mit FASD überproportional häufig eine Störung der Lern- oder Merkfähigkeit aufweisen. Es wirkt beispielsweise naheliegend, dass dadurch Betroffene mit Herausforderungen in der Schule konfrontiert sein können. Hierzu schreibt der Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (2017: 8), dass es passieren kann, dass Menschen mit FASD auf Gelerntes und Gewusstes schlagartig keinen Zugriff mehr haben. In diesem Zusammenhang erscheint das Ergebnis einer deutschen Langzeitstudie, dass mehr als 50% der Kinder mit FASD eine Form der Sonderschule besuchen, nicht verwunderlich (Kindler et al., 2010: 176). Hierbei muss darauf verwiesen werden, dass diese Studie mehrere Jahre zurückliegt und es möglich ist, dass sich die Situation in Deutschland verändert haben könnte.

Landgraf et al. (2017: 112) berichten auch davon, dass es vorkommen kann, dass Kinder mit FASD in ihren sprachlich-kommunikativen Kompetenzen beeinträchtigt sind. Ungefähr 20% der betroffenen Kinder brauchen eine logopädische Behandlung, so Holtkamp (2010: 80). Bei vielen Kindern liegt jedoch nur eine Sprachentwicklungsverzögerung vor, sodass sie im Schul- und Jugendalter über gute sprachliche Fähigkeiten verfügen (Landgraf et al., 2017: 112). Dadurch kann es vorkommen, dass sie in Bezug auf ihr komplexes Sprach- bzw. Inhaltsverständnis und ihre Fähigkeit zum Planen und selbstständigen Handeln überschätzt werden (Landgraf/Hoff, 2019: 50). Dies kann bei dem Betroffenen zu einer chronisch frustrierenden Situation führen, in der sich der Betroffene durch die überhöhten Erwartungen überfordert fühlt (Landgraf et al., 2017: 112).

Viele Kinder mit FASD haben gemäß Landgraf et al. (ebd., 111) eine Störung der Rechenfertigkeiten. Das kann sich zum Beispiel besonders im Mathematikunterricht bemerkbar machen oder auch im Umgang mit Geld im Alltag (ebd.). Landgraf und Hoff (2019: 52) erklären dazu, dass teilweise selbst die Grundrechenarten nicht sicher beherrscht werden können und dadurch ein selbstständiges Einkaufen, Wohnen und Arbeiten oftmals unmöglich ist.

Des Weiteren können auch Beeinträchtigungen der räumlich-visuellen Wahrnehmung und der räumlich-konstruktiven Fertigkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit FASD auftreten (Landgraf et al., 2017: 111). Dadurch können beispielsweise Schwierigkeiten beim Zurechtfinden auf dem Schulweg hervorgerufen werden (ebd.).

In der Studienlage zeigt sich nach Landgraf et al. (ebd.), dass Kinder mit FASD häufig Auffälligkeiten im Verhalten und Schwierigkeiten in der sozial-emotionalen Regulation aufweisen. Die Autoren beschreiben, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten je nach

Altersstufe sehr unterschiedlich zeigen. Bereits im Säuglingsalter ist teilweise die eingeschränkte Regulationsfähigkeit feststellbar. Später, im Kindes- und Jugendalter, zeigt sich ein Teil der Kinder mit FASD distanzgemindert und verhält sich nicht dem Alter entsprechend vertrauensselig. Andere Kinder und Jugendliche mit FASD zeigen Schwierigkeiten im Einhalten von Regeln und Grenzen, wie Verhaltensweisen des Weglaufens, Zerstörens von Gegenständen und Verletzens von engen Bezugspersonen durch verbale oder körperliche Aggression (ebd.). Schmidt, Fietzek, Holodynski und Feldmann (2016: 22) nennen das soziale Verhalten deshalb „dissozial“. Dabei kommen Verhaltensweisen wie beispielsweise Lügen oder Stehlen laut den Autoren häufiger vor. Dieses Verhalten verfolgt dabei keine Absicht, sondern es resultiert aus dem fehlenden Verständnis für den persönlichen Besitz (ebd.).

Einige Kinder mit FASD zeigen häufig Impulsdurchbrüche auf, welchen keinen bzw. nur sehr nichtigen Gründen zugeordnet werden können (Landgraf et al., 2017: 112). Betroffene lassen sich in diesem Zeitabschnitt von ihren Bezugspersonen nicht beruhigen, wobei sie jedoch trotzdem wieder relativ schnell zu einem der Norm entsprechenden Verhalten zurückkehren (ebd., 113). Erfahrungsberichten von älteren Kindern bzw. Jugendlichen mit diesen Symptomen zufolge, spüren sie das Herannahen dieser Impulsdurchbrüche schon im Vorhinein, sind diesen jedoch komplett ausgesetzt und können nicht gegensteuern. Dabei ist eine spätere Reue über diese Wut und Aggression, in der Form des Impulsdurchbruchs, bei vielen Kindern und Jugendlichen gegeben (ebd.).

2.5 Therapieangebote

Trotz alledem, dass die alkoholbedingten hirnganischen Schädigungen irreversibel und nicht heilbar sind, gibt es viele Möglichkeiten, den Betroffenen auf dessen Lebensweg zu unterstützen (Feldmann, 2013: 23). Es ist wichtig zu erwähnen, dass es keine Therapie gibt, die ausschließlich auf Betroffene von FASD zugeschnitten ist (ebd., 24). Laut dem Landschaftsverband Rheinland (2015: 21) bestehen zur Frage spezifischer Therapien weiterhin Forschungsbedarf.

Das Wichtigste sieht Härter (2014: 26) in einem individuell an die Belastbarkeit des Betroffenen angepassten reizreduzierten Alltag mit wenigen Bezugspersonen. Die Bezugspersonen sollten sich gut mit dem Betroffenen und FASD auskennen, einen Zugriff auf Entlastung haben und dabei auf sich selbst achten (ebd.). Auftretende Begleiterscheinungen, die bereits kurz zuvor beschrieben wurden, können durch

speziell unterschiedliche Therapieangebote und Fördermaßnahmen positiv beeinflusst werden. Dadurch kann die Lebensqualität des betroffenen Menschen gesteigert werden (Feldmann, 2013: 24). Grundsätzlich lässt sich zu Therapieangebote sagen, dass sie regelmäßig auf ihre Wirksamkeit und ihre Nebenwirkungen, wie beispielsweise den Zeitaufwand, zu überprüfen sind (Härter, 2014: 26).

Konkrete Therapieangebote sind unter anderem Frühförderung, Physio- und Schlucktherapie, Logopädie sowie therapeutisches Reiten (FASworld e.V. Deutschland, 2008: 28). Verhaltenstherapeutische Maßnahmen sind nur dann sinnvoll, wenn sich die Inhalte sehr stark an den Schwierigkeiten aus dem Alltag orientieren, dabei kleinschrittig ausgerichtet sind und sehr konkrete Verhaltensveränderung beinhalten (Feldmann, 2013: 24). Dafür muss die Fachkraft über ein umfangreiches Wissen zu FASD verfügen und mit einer entsprechenden Geduld vorgegangen werden (ebd.).

Der Versuch einer medikamentösen Behandlung, meist mit Methylphenidat, ist laut Feldmann (ebd.) zu rechtfertigen und sollte nicht in der Hoffnung auf eine spontane Verhaltensveränderung des Kindes herausgezögert werden. Feldmann meint, dass die Einnahme von Medikamenten vor allem dann essenziell sei, wenn betroffene Kinder oder Jugendliche wegen deren ungestümen Verhaltens und ihrer Schwierigkeiten beim Einhalten von sozialen Regeln Ausgrenzung und Vereinsamung erfahren (ebd.). Es muss also individuell geprüft werden, ob eine medikamentöse Behandlung bei den Betroffenen sinnvoll ist. Mit Hilfe von Risperidon können Aggressionen und Impulsdurchbrüche deutlich vermindert werden. Die elterlichen Bedenken, dass sich durch eine medikamentöse Behandlung die Persönlichkeit eines Kindes verändern könnte, ist nach Feldmann nicht gegeben (ebd., 23f.). Die Medikamente ermöglichen eher, dass das betroffene Kind die Persönlichkeit sein kann, die es eigentlich ohne die Aufmerksamkeitsdefizite und Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von FASD, ist (ebd., 24).

Neben den Therapieangeboten gibt es auch für Betroffene und deren Angehörige weitere Unterstützungsangebote, auf die im nächsten Kapitel eingegangen wird.

2.6 Unterstützungsangebote

Bereits vor vielen Jahren schlossen sich laut Spohr (2015:16) Betreuer mit Adoptiv- und Pflegeeltern von Kindern mit FASD, aufgrund von fehlender Unterstützung der Politik und der Ärzteschaft, zu Selbsthilfegruppen zusammen. Holtkamp (2015: 85)

schreibt im Zusammenhang zu Betroffenenengruppen über Elterninitiativen. Diese sind Selbsthilfegruppen, in welchen sich betroffene Personen (Eltern, Pflege- und Adoptiveltern) zusammenschließen. Es wird sich dabei über Erfahrungen und Erlebnisse ausgetauscht. In einer Gruppe, in der sich die anderen in ähnlichen Situationen befinden, kann ein besonderes Maß an Verständnis erfahren werden und ein offener Austausch über Gefühle, Bedürfnisse, Sorgen und Konflikte stattfinden. Diese Art von Unterstützung ist für viele Eltern eine sehr wertvolle Hilfe, da sie dort erfahren können, dass sie mit ihren Problemen nicht allein sind (ebd.).

Des Weiteren gibt es Unterstützungsangebote aus Jugendhilfemaßnahmen. Die in einer Familie lebenden Kinder und Jugendlichen mit FASD haben, je nach ihren persönlichen Bedürfnissen, Anspruch auf Hilfen wie Betreuungs-, Einzelfall- oder Familienhilfen (Spohr, 2016: 208). Bei den Themengebieten Selbstständigkeit und Unterstützung im Alltag ist eine Betreuungs- oder Einzelfallhilfe sinnvoll. Wird die Familie hingegen stark im Umgang mit Verhaltensproblemen des betroffenen Kindes herausgefordert, ist eher eine Familienhilfe die geeignete Intervention und Unterstützung (z.B. § 35a SGB VIII) (ebd.).

Ferner sollte auch die Soziale Arbeit Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche mit FASD sowie für ihre Bezugspersonen zur Verfügung stellen, auf was im Weiteren genauer eingegangen wird.

2.7 Rolle der Sozialen Arbeit

Zum aktuellen Zeitpunkt liegt ausschließlich eine beschränkte Auswahl an Veröffentlichungen zur Rolle der Sozialen Arbeit im Bezug auf FASD vor. Es lässt sich dazu sagen, dass ein Bedarf an Publikationen vorhanden ist, da FASD besonders im Feld der Sozialen Arbeit eine wichtige Bedeutung zugeschrieben bekommen sollte. Im Folgenden wird aufgezeigt, an welcher Stelle die Soziale Arbeit eine Bedeutung bei FASD hat bzw. haben sollte.

Laut Maletz (2013: 66) sollen Sozialarbeitende zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit über FASD beitragen. Begründet wird dies damit, dass Aufklärung helfen kann, Vorwürfen und Schuldgefühlen, denen die betroffenen Kinder und deren Eltern oft ausgesetzt sind, wirksam zu begegnen (ebd.). Härter (2014: 17) schreibt, dass SozialarbeiterInnen aktiv zur Diagnose FASD beitragen sollen. Was dies konkret für die Praxis heißt, wird dabei nicht genauer beschrieben.

Wie Maletz schon beschreibt, soll die Soziale Arbeit zu einer Sensibilisierung der

Öffentlichkeit von FASD beitragen, um Betroffenen zu helfen. Ebenso sollte die Soziale Arbeit universelle Prävention von FASD betreiben. Unter universelle Prävention werden Maßnahmen verstanden, die an die gesamte Bevölkerung gerichtet sind und oft ohne professionelle Hilfe anwendbar sind. Dabei steht das Verhältnis von Nutzen der Maßnahme zum Aufwand in einem besonders positiven Verhältnis (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., 2019). Bei FASD könnte das zum Beispiel bedeuten, dass durch die Soziale Arbeit Aufklärungsarbeit an Berufsschulen oder in der Fußgängerzone betrieben wird, um bei der Bevölkerung ein Bewusstsein zu stärken, wie gefährlich Alkohol in der Schwangerschaft ist. Der Nutzen davon könnte beachtlich sein, da so die Prävalenz von FASD in Deutschland sinken könnte. Dies sollte dem Wunsch aller Beteiligten (beispielsweise Kind, (Pflege-)Eltern, Gesellschaft, Staat) entsprechen.

Zudem sollten Sozialarbeitende ein fundiertes Wissen über FASD vermittelt bekommen bzw. besitzen, um mit betroffenen KlientInnen, die in den unterschiedlichsten Bereichen von Sozialer Arbeit vorhanden sein könnten und deren Angehörigen professionell umgehen zu können. Informieren, Beraten und Weitervermitteln wären dabei wichtige Kernkompetenzen. Eng damit verbunden und daher empfehlenswert, ist es, wenn im Studium der Sozialen Arbeit allgemein das Thema FASD behandelt werden würde. Vor allem in Bereichen, in denen erhöhte Chancen bestehen, dass KlientInnen von FASD betroffen sind (beispielsweise bei der Arbeit im Jugendamt), sollten die Fachkräfte über ein entsprechend fundiertes Wissen verfügen. Michalowski (2016: 11) schreibt dazu passend, dass für Mitarbeitende in Jugend- und Sozialämtern FASD eine Herausforderung darstellt, da dort fundiertes Wissen über FASD vorhanden sein muss, um passende Hilfen anbieten zu können.

Auch sollten betroffene KlientInnen mit FASD generell durch die Soziale Arbeit eine Förderung der Lebenszufriedenheit erfahren sowie ihre Teilhabe an der Gesellschaft gefördert werden.

3. Pflegefamilien in Deutschland

Der folgende Teil der Arbeit wird sich mit Pflegefamilien in Deutschland beschäftigen. Es sei nochmals an dieser Stelle zu erwähnen, dass, aufgrund des Umfangs der Arbeit, ausschließlich ein Überblick über die Thematik gegeben wird.

Hinter der Begrifflichkeit „Pflegefamilie“ wird eine Vielzahl von Familienformen und -konstellationen verstanden, in denen Frauen und Männer soziale Elternschaft für Kinder und Jugendliche übernehmen (Macsenaere/Esser/Hiller, 2016: 7). Pflegefamilien nehmen ein Kind bzw. Jugendlichen in ihre Familie auf, welches laut Scheuerer-Englisch (2016: 231) aus meist schwerwiegenden Gründen nicht in seiner Ursprungsfamilie bleiben kann. Es besteht dabei keine biologische Verbindung zwischen dem Pflegekind und dessen Pflegeeltern, mit Ausnahme der Verwandtenpflege (Köhler/Kröper/Gehres, 2017: 58). Ein Hauptmerkmal, warum ein Kind oder ein Jugendlicher in Pflege gegeben wird, ist die Instabilität des familiären Kontexts, welche unterschiedlichste Ursachen haben kann, so Holtkamp (2015: 67).

Eine anerkannte, allgemeinverbreitete Definition für Pflegefamilien lässt sich in der Literatur nicht finden. So ist beispielsweise auch beim renommierten Brockhaus (2019) keine Definition für Pflegefamilien bzw. -eltern vorhanden.

Oberloskamp und Hoffmann (2006: 7) erklären, dass es für den Begriff „Pflegekind“ im bürgerlichen Recht keine genaue Definition sowie keine Umschreibung gibt. Daraus resultiert, dass in den Rechtsbereichen, in denen das Pflegekind vorkommt, nahezu jedes Gesetz von einem unterschiedlichen Pflegekindbegriff ausgeht (ebd.). Was jedoch allgemein zum Begriff Pflegekind gesagt werden kann, ist, dass ein Pflegekind eine Person unter 18 Jahren ist, die sich zur Pflege und Erziehung in einer Familie befindet, in der die leiblichen Eltern nicht inbegriffen sind (ebd.). Der Brockhaus (2019) beschreibt den Begriff Pflegekind ähnlich: „Kind (oder Jugendlicher), das sich für dauernd oder regelmäßig für einen Teil des Tages in einer Familie (Familienpflege) zu fremder Betreuung und Erziehung befindet.“

Wenn überlegt wird, was ein Pflege- und ein Adoptivkind unterscheidet, liegt der Unterschied gemäß Köhler et al. (2017: 58f.) in der zeitlichen Begrenzung und dem Kontakt zu den leiblichen Eltern des Kindes. Pflegeeltern müssen meist ihre Elternschaft aktiv mit den leiblichen Eltern des Pflegekindes teilen (ebd., 59).

3.1 Entwicklung und Zahlen des Pflegekinderwesens in Deutschland

Ziegler und Macsenaere (2016: 67) erläutern, dass sich die Pflegekinderhilfe als ein wichtiger Bestandteil stationärer Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe gefestigt hat. Noch in den 1990ern waren deutlich mehr Kinder und Jugendliche in Heimen untergebracht als in Pflegefamilien. Seit den 2000er Jahren nahm jedoch das Pflegekinderwesen deutlich zu, in absoluten Zahlen sowie relativ zur Anzahl der Heimunterbringungen. Inzwischen entspricht laut den Autoren (ebd.) die Anzahl der Pflegekinder der Anzahl an Kinder und Jugendlichen, die in Heimen untergebracht sind.

Macsenaere et al. (2016:7) berichten, dass pro Jahr 80.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland für eine befristete Zeit oder dauerhaft in Pflegefamilien leben, mit steigender Tendenz.

Für das Jahr 2014 betrug nach Fendrich, Pothmann und Tabel (2016: 74) die Anzahl an jungen Menschen in Vollzeitpflege 84.176. Zwei Jahre später schreiben Fendrich et al. (2018: 74), dass für das Jahr 2016 die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik 89.731 Leistungen der Vollzeitpflege gem. § 33 SGB VIII gezählt hat. In den letzten Jahren sind dabei Leistungen der Vollzeitpflege kontinuierlich gestiegen. Dabei lag der Zuwachs zwischen 2010 und 2016 bei rund 22% (ebd.). Laut dem Statistischen Bundesamt (2019) lebten 2018 81.400 Kinder und Jugendliche in einer Pflegefamilien. Es kann in diesem Zusammenhang ein Rückgang der Zahlen von ungefähr 8300, zwischen 2016 und 2018, festgestellt werden. Ein möglicher Grund könnte der im Jahr 2016 größere Anstieg durch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sein.

3.2 Rechtliche Grundlagen

Kinder und Jugendliche in der stationären Kinder- und Jugendhilfe unterzubringen, ist in §§27 ff. SGB VIII im Rahmen der Hilfen zur Erziehung geregelt. Vor allem in der Auseinandersetzung mit dem Pflegekinderwesen in Deutschland ist der § 33 SGB VIII von hoher Bedeutung (Nowacki/Remiorz, 2018: 16). Unter Vollzeitpflege wird nach diesem Paragraphen die Unterbringung, Betreuung, Versorgung und Erziehung eines Kindes oder Jugendliche rund um die Uhr außerhalb des Elternhauses in einer anderen Familie verstanden (Balloff, 2018: 345). In welche Formen sich die Vollzeitpflege unterteilen lässt, wird im nächsten Kapitel geschildert.

Die Voraussetzung für die Gewährung von Vollzeitpflege, in Form der Hilfe zur Erziehung, ist, dass ein erzieherischer Bedarf beim Kind besteht und die Hilfe für die

Entwicklung des Betroffenen notwendig und geeignet ist (Küfner/Schönecker, 2010: 50). Ein erzieherischer Bedarf besteht nicht erst dann, wenn es bereits zur Kindeswohlgefährdung gekommen ist, sondern bereits dann, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht mehr gewährleistet ist. Die Hilfe zur Gewährleistung des Kindeswohls muss dabei geeignet und notwendig erscheinen (ebd.).

Die leiblichen Eltern bleiben mit ihrem Kind gesetzlich verwandt, obwohl es nicht bei ihnen aufwächst und auch dann noch, wenn sie von einzelnen oder allen Elternrechten entmündigt sind (Wiemann, 2018: 15).

Zusätzlich seien an dieser Stelle die Vorschriften der §§ 36ff. SGB VIII über Mitwirkung und Hilfeplan (§ 36 SGB VIII), Steuerungsverantwortung und Selbstbeschaffung (§ 36a SGB VIII) sowie über die Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der Familie (§ 37 SGB VIII) zu erwähnen (Küfner/Schönecker, 2010: 50). Es besteht ein Anspruch der Personensorgeberechtigten auf Leistungen zum Unterhalt des Minderjährigen (§ 39 SGB VIII) und Krankenhilfe (§ 40 SGB VIII) (ebd.).

Auch sind folgende Paragraphen aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch für Pflegeeltern von Bedeutung: Elterliche Sorge bei Pflegerbestellung oder Familienpflege (§ 1630 Abs. 3 BGB), Herausgabe des Kindes, Bestimmung des Umgangs, Verbleibensanordnung bei Familienpflege (§ 1632 Abs. 4 BGB), Umgang des Kindes mit den Eltern (§ 1684 BGB), Umgang des Kindes mit anderen Bezugspersonen (§ 1685 BGB) und Entscheidungsbefugnisse der Pflegeperson (§ 1688 BGB).

3.3 Formen der Vollzeitpflege

Vollzeitpflege in einer Pflegefamilie differenziert sich aufgrund der jeweiligen zeitlichen Perspektive (Schleiffer, 2015: 150). Hierbei sind beispielsweise Kurzzeit-, Tages/Wochen-, Bereitschafts- und Verwandtenpflege, sowie Erziehungs- und Familiengruppen unterschiedliche Formen der Vollzeitpflege in Pflegefamilien (ebd., 150ff.). Prinzipiell unterteilen Nowacki und Remiorz (2018: 23) in zwei unterschiedliche Formen der Unterbringung in einer Pflegefamilie: vorübergehend oder über einen längeren Zeitraum hinweg. Das Familiennetzwerk Siegen (2020b) bezeichnet die zwei Formen als zeitlich unbefristete Vollzeitpflege (Dauerpflege) und zeitlich befristete Vollzeitpflege (Familiäre Bereitschaftsbetreuung).

Die Dauerpflege ist eine Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie über mehrere Jahre hinweg. Dabei ist das Ziel, dass die Pflegeeltern die Hauptbezugspersonen für das Pflegekind werden und es somit in die Pflegefamilie integriert wird. Voraussetzung

ist hierfür, dass das Pflegekind nicht zu seinen leiblichen Eltern zurückkehren kann, wobei trotzdem versucht wird, den Kontakt zur Herkunftsfamilie aufrecht zu erhalten. Die Bedingung ist dafür, dass das Kindeswohl dabei nicht gefährdet wird (ebd.). Ein Beispiel für Dauerpflege wäre unter anderem die Verwandtenpflege.

Die Familiäre Bereitschaftsbetreuung ist hingegen ein befristetes „familiäres Angebot der Krisenintervention“ (ebd.). Diese Betreuung soll einerseits vorübergehend dem Kind oder Jugendlichen Schutz bieten, andererseits soll in dieser Zeit der Hilfebedarf durch das Jugendamt geklärt werden. In diesem relativ kurzen Zeitraum, der von ein paar Tagen bis zu maximal acht Monaten reichen kann, wird der weitere Verbleib des Kindes oder Jugendlichen geklärt. Merkmale der familiären Bereitschaftsbetreuung sind der nicht vorhersehbare Beginn und die nicht vorhersehbare Aufenthaltslänge, wie zum Beispiel die Bereitschaftspflege (ebd.).

Im nächsten Kapitel wird sich damit beschäftigt, warum Pflegeeltern ein Pflegekind aufnehmen möchten und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen.

3.4 Motivlage und Voraussetzungen von Pflegeeltern

Die Motive, warum Personen ein Pflegekind aufnehmen, können vielerlei Gründe haben (Nowacki/Remiorz, 2018: 23). Holtkamps (2015: 68) nennt die eigene, ungewollte Kinderlosigkeit, das altruistische Handeln, einem benachteiligten Kind eine Familie geben zu wollen oder der unerfüllte Wunsch eines Adoptivkindes als häufig genannte Gründe. Nowacki und Remiorz (2018: 24) zählen dieselben Gründe wie Holtkamp auf und ergänzen dabei den Aspekt der Bereicherung der Partnerschaft, den Wunsch der Familienvergrößerung und den Wunsch des Konzepts einer Großfamilie.

Das Familiennetzwerk Siegen (2020a) fügt dem hinzu, dass die Motivation stark genug sein muss, um Herausforderungen und Krisen des Alltags als Pflegefamilie durchstehen zu können.

Da nun die Motivlage von Pflegeeltern kurz umrissen wurde, folgen die Voraussetzungen, die Menschen mitbringen müssen, um eine Pflegeperson werden zu können. Eschelbach (2014: 56) erläutert, dass grundsätzlich, rein rechtlich, jeder Erwachsener als Pflegeperson in Betracht gezogen werden kann. Das SGB VIII schreibt dazu keine Vorgaben, wie beispielsweise eine bestimmte Ausbildung, Vorstrafenfreiheit oder einen bestimmten Gesundheitszustand, vor, die von den Pflegeeltern erfüllt sein müssen (ebd.). Es können beispielsweise auch Alleinstehende

oder unverheiratete Paare ein Pflegekind aufnehmen (Familien für Kinder gGmbH, 2020). Die Aufgabe des Jugendamts ist hierbei in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine interessierte Person als Pflegeperson geeignet ist. In der Praxis gibt es dazu teilweise trotzdem Checklisten oder Mindestvoraussetzungen, die als Prüfungsmethode verwendet werden (Eschelbach, 2014: 56).

Helming, Eschelbach, Spangler und Bovenschen (2011: 443) sehen in der Literatur „die Gewähr von gesundheitlich, wirtschaftlich und räumlich ausreichenden Verhältnissen und bestimmte Persönlichkeitseigenschaften“ als Mindestanforderungen, die an Pflegeeltern herangetragen werden. Zu den Persönlichkeitseigenschaften zählt, dass die Person gern mit Kindern zusammenlebt, eine Reflexionsfähigkeit besitzt und rational einschätzen sowie emotional akzeptieren kann, welche Bedeutung es für das Pflegekind, dessen Ursprungs- und die eigene Familie hat, ein fremdes Kind bei sich aufzunehmen (ebd.).

3.5 Aufgaben der Pflegeeltern

Wenn Pflegeeltern ausgewählt wurden und deshalb ein Pflegekind bekommen, müssen sie gemäß Helming et al. (2010: 399) unterschiedlichste Herausforderungen aus dem Familienleben und der Jugendhilfe bewältigen. Dabei liege nach Santen, Pluto und Peucker (2019:15) häufig eine Vielzahl an „emotional stark aufgeladener Beziehungen“ vor, die durch das Zusammenwirken der Hauptakteure Herkunftsfamilie, Pflegekind, Pflegefamilie und Jugendamt entstehen. Folgende Aufgaben der Pflegeeltern werden exemplarisch genannt (Helming et al., 2010: 399):

- Dem Pflegekind bei der Verarbeitung von Trennungen, Bindungsproblemen und Unsicherheit helfen
- Mit schwierigem Verhalten des Pflegekindes umgehen zu lernen und können
- Aushandlungsprozesse mit dem Jugendhilfesystem, beispielsweise über den Umgangskontakt
- Managen des Umgangskontakts des Pflegekindes mit der Herkunftsfamilie
- Beistehen des Pflegekindes in Bezug auf die Beziehungen zu den leiblichen Eltern
- Zurechtkommen mit eigener Beziehung zur Herkunftsfamilie des Pflegekindes
- Navigieren durch soziale Systeme, um passende Unterstützung für das Pflegekind zu erhalten

Durch die Aufzählung der Aufgaben wird erkennbar, dass es sich um komplexe und vielfältige Aufgaben handelt, die Pflegefamilien im alltäglichen Leben integrieren sowie bewältigen müssen. Dabei sollte betont und wertgeschätzt werden, dass es sich bei Pflegefamilien in den meisten Fällen um Personen handelt, die keine Professionellen (per Beruf) sind, sich jedoch trotzdem solch einer herausfordernden Aufgabe stellen (Santen et al., 2019: 15).

3.6 Unterstützungsanspruch und -möglichkeiten von Pflegefamilien

Pflegefamilien haben Anspruch auf unterschiedliche Unterstützungsangebote, um die Aufgabe als Pflegeeltern bewältigen zu können.

Laut Schleiffer (2015: 176) ist es eindeutig, dass Pflegeeltern oft bei der Erziehung ihrer doch häufig erziehungsherausfordernden Pflegekinder Hilfe bedürfen. Hilfe bei der Erziehung sollten deshalb Pflegeeltern von Professionellen erwarten und beanspruchen können (ebd., 177). Es ist gesetzlich festgelegt, dass bereits vor und auch während der Aufnahme eines Pflegekindes ein Anspruch auf Beratung und Unterstützung besteht (§ 37 Abs. 2 SGB VIII). Dadurch unterliegt das fallzuständige Jugendamt der Verpflichtung, eigene Ressourcen, oder externe, wie beispielsweise in der Zusammenarbeit mit freien Trägern, den Pflegeeltern in ihrer Nähe zur Verfügung zu stellen (Rechtsanwälte Westerholt + Partner, 2018). Manche Kommunen werden aufgrund knapper Ressourcen vor eine zu bewältigende Herausforderung für die Praxis gestellt (Nowacki/Remiorz, 2018: 34). Wenn Pflegekinderdienste diese Beratungs- und Unterstützungsangebote nicht gewährleisten können oder auch, wenn ein weiterer Unterstützungsbedarf besteht, existiert für betroffene Pflegefamilien die Möglichkeit, diese Hilfen durch andere Stellen zu erhalten (ebd., 35). Im Rahmen der Hilfen zur Erziehung (§§ 27ff. SGB VIII) kann beispielsweise eine zusätzliche Erziehungsbeistandschaft beantragt werden oder sich eine Familienberatungsstelle gesucht werden, die bei den Herausforderungen und Fragen des Alltags mit dem Pflegekind unterstützen kann (ebd., 35). Insgesamt ist die Zusammenarbeit mit Pflegefamilien laut Nowacki und Remiorz (ebd., 34) abhängig von dem gegebenen Bedarf, welcher durch den gewünschten Bedarf der Pflegefamilie und der Einschätzung der Fachkräfte ermittelt wird. So ist es abhängig vom Zeitpunkt des Pflegeverhältnisses und kann aber auch individuell unabhängig, wie lange bereits das Pflegekind in der Pflegefamilie lebt, entstehen (ebd.).

Finanziell erhalten Pflegeeltern Unterhalt vom zuständigen Jugendamt, dem so

genannten Pflegegeld (Eschelbach, 2014: 64). Das Jugendamt zahlt einen Pauschalbetrag und gegebenenfalls „einmalige, anlassbezogene Beihilfen“. Dieser Betrag setzt sich aus den Kosten für den Sachaufwand sowie den der Pflege und Erziehung des Pflegekindes zusammen. Erhöht sich der Bedarf, wird laut Eschelbach (ebd., 64f.) auch der Pauschalbetrag entsprechend angepasst. Gesetzlich ist die Höhe des zu zahlenden Betrags nicht fest geregelt, sondern der jeweilige Jugendhilfeträger übernimmt diese Entscheidung (ebd., 65).

4. Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD

Im folgenden Kapitel wird sich mit Pflegefamilien beschäftigt, die ein Pflegekind mit FASD aufgenommen haben. Hierbei handelt es sich ebenfalls ausschließlich um einen Überblick.

Der Großteil aller Kinder mit FASD wachsen laut dem Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (2017: 16), wie bereits erwähnt, in Pflege- und Adoptivfamilien auf. Hommer (2006: 100) kam bereits 2006 aufgrund eigener Untersuchungen zu dem gleichen Ergebnis: Nur 10,5% der Kinder mit FASD lebten in ihrer Ursprungsfamilie, 73,3% lebten in Pflege- oder Adoptivfamilien und die restlichen 8,1% der Kinder mit FASD waren in Heimen untergebracht.

Universitätsklinikum Münster (2019) geht davon aus, dass 80% aller Kinder mit FAS aus ihrer Ursprungsfamilie herausgenommen werden. Somit habe jedes vierte bis fünfte Pflegekind FAS (ebd.).

Es zeigt sich nach Holtkamp (2015: 68) immer wieder in Untersuchungen, dass die meisten Kinder mit FASD wegen der gestörten Mutter-Kind-Beziehung und der Vernachlässigung des Kindes nicht in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen können. Schönecker (2010: 806) betont, dass besonders Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, die nicht in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen können, bei einer Fremdunterbringung Anspruch auf die bestmögliche Förderung ihrer Entwicklung und der Teilhabe haben. Dies kann somit auch auf Pflegekinder mit FASD übertragen werden. Häufig ist hierfür eine Pflegefamilie, aufgrund der Chance auf einen ausgeprägten Beziehungsaufbau und zur intensiveren Betreuungsintensität, die am besten geeignete Hilfeform (ebd.). Der Blick in die Praxis sieht laut der Autorin jedoch anders aus: Es kommt oftmals zu einer Verzögerung oder Verweigerung der Hilfe für Familienpflege (Pflegefamilie). Überdies müssen sich Pflegeeltern häufig mit vielen Hindernissen in der jeweiligen Zuständigkeit zeitaufwendig auseinandersetzen (ebd.).

4.1 Gesetzliche Bedingungen

Die gesetzlichen Grundlagen, die bereits im Kapitel 3.2 *Rechtliche Grundlagen* in Bezug auf Pflegefamilien dargestellt wurden, greifen auch bei Pflegefamilien mit einem Pflegekind mit FASD. Schönecker (2010: 807) schreibt, dass die Betreuung, Pflege und Erziehung eines Kindes mit Behinderung eine zeitliche und kräftemäßige Anstrengung sowie eine hohe Belastbarkeit benötigt. Dies trifft auch auf Pflegekinder mit FASD zu, da wie bereits in Kapitel 2.1 *Einordnung von FASD* erläutert wurde, dass

FASD häufig als eine Behinderung zählen kann. Pflegefamilien, die sich für die herausfordernde Aufgabe entscheiden, ein Pflegekind mit Behinderung bei sich aufzunehmen, brauchen deshalb eine besonders qualifizierte Begleitung und Unterstützung, was so auch der Gesetzgeber laut § 37 Abs. 2 SGB VIII vorsieht.

4.2 Problemlagen von Pflegeeltern mit einem Kind mit FASD

Laut der Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017b: 19) sind Pflegeeltern, die ein Kind mit FASD in der Familie aufgenommen haben, mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (ebd.) fasst diese in folgender Tabelle zusammen:

FASD	Probleme
Familie	Ursprungsfamilie, Besuchskontakte Pro und Kontra = Spannung, gerichtliche Auseinandersetzung, Retraumatisierung, Gestaltung der Besuchskontakte, Schuld und Ängste, Trennungsängste, Stress, Beschützen, Identität, Platz in der neuen Familie, Verteufelung oder Idealisierung der leiblichen Familie, Sozialer Aufstieg um 2-3 Stufen
Ausnahmezustand	Nichtwissen um FASD Unverständnis der Umwelt Trauma, Wut, Dissoziation Inselwissen
Stress	Wutanfälle, Hilflosigkeit, Überforderung, Gefühl, betrogen zu sein, wenig Unterstützung, „Beschuss“ von allen Seiten
Diagnose (Schock)	Odyssee bis zur Diagnose, wenig erfahrene Diagnostiker, Nichtakzeptanz durch Behörden, Krankheitsverarbeitung Phasen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Schock-Verleugnung 2. Aggression 3. Depression 4. Verhandeln 5. Akzeptanz

Tabelle 5: Problemlagen von Pflege- und Adoptiveltern

Durch diese Tabelle wird erkenntlich, mit welchen unterschiedlichsten Herausforderungen sich Pflegeeltern mit einem Pflegekind mit FASD auseinandersetzen und hierfür einen adäquaten Umgang finden müssen. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, bedarf es verschiedener Unterstützungsangebote und -maßnahmen und passende Rahmenbedingungen, welche im Folgenden aufgezeigt werden.

4.3 Vorbereitung und Qualifizierung der Pflegeeltern zum Thema FASD

Potenzielle Pflegeeltern müssen im Vorhinein darüber informiert werden, dass sich im Laufe der Zeit herausstellen kann, dass ihr Pflegekind FASD hat (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 22). Den potenziellen Pflegeeltern sollten die möglichen Auswirkungen der alkoholbedingten Schädigung erklärt werden. Dem Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (ebd., 24) nach, wird die Diagnose FASD meist erst später gestellt, wenn das Pflegekind bereits in der Pflegefamilie aufgenommen wurde. Die Auffälligkeiten des betroffenen Kindes oder Jugendlichen werden zunächst von den Pflegeeltern, aber auch von den Fachkräften, häufig falsch ausgelegt (Landesverband Rheinland, 2015: 21). Der Grund hierfür ist unter anderem, dass es den Familien häufig an einer adäquaten Vorbereitung zum Thema FASD fehlt. Die Diagnose kann einerseits die Pflegeeltern entlasten, sodass sie eine Erklärung für bestehende Probleme und gescheiterte Versuche erzieherischen Handelns darstellt. Andererseits kann auch die Ausweite der Diagnose in Vordergrund stehen, sodass sich von Erwartungen eines bestimmten familiären Lebens distanzieren muss (ebd.). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017b: 19) schreibt hierzu, dass die Diagnose von FASD für die meisten Angehörigen als eine Mischung aus Schock und Erleichterung wahrgenommen wird. Zum einen gibt es endlich für die Schwierigkeiten mit dem Kind einen Grund. Zum anderen werden aber auch Informationen über die Ursachen und die irreversiblen Schädigungen erhalten, was zu Gefühlen wie Angst und Trauer führen kann. Deshalb ist es wichtig, die Angehörigen von Kindern mit FASD mit ihren Ängsten und persönlichen Fragen in der Auseinandersetzung und in der Verarbeitung der Diagnose zu begleiten (ebd.).

Im Idealfall wird für Pflegeeltern, die sich entscheiden, ein Pflegekind mit FASD aufzunehmen oder für Familien, die plötzlich diese Diagnose erhalten, ein gesondertes Vorbereitungsmodul durchgeführt (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 23). In diesem Zusammenhang sollten folgende Themen bearbeitet werden (ebd.):

- Die medizinische Dimension von FASD
- Die Beschreibung von Auffälligkeiten in den verschiedenen Entwicklungsphasen
- Aufklärung über das Bindungsverhalten von Kindern mit FASD und die damit verbundenen Rückwirkungen auf das eigene Beziehungsverhalten
- Auswirkungen auf den Alltag als Familie und das soziale Umfeld
- Die anhaltende Intensität der Betreuung mit deren Auswirkung

- Informationen über Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten und die Sensibilisierung für die Ressourcen des Kindes

Außerdem wird in diesem Zusammenhang noch empfohlen, eine Pflegefamilie, welche bereits ein Pflegekind mit FASD aufgenommen hat, miteinzubeziehen (ebd.).

Abgesehen von diesen Angeboten braucht es weitere Unterstützung für Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD, die im Folgenden thematisiert wird.

4.4 Unterstützung, Beratung und Begleitung

Laut dem Aktionsbündnis Kinder mit Behinderungen in Pflegefamilien e.V. (Schäfer, 2016) sind familiäre Betreuungsverhältnisse insbesondere für Pflegekinder und die -familien bei intensiver Begleitung und Unterstützung durch die zuständigen Träger erfolgversprechend. Darunter werden unter anderem FachberaterInnen verstanden, die im Rahmen einer Vollzeitstelle zwischen zehn und zwölf Pflegefamilien begleiten, wodurch ein hohes Maß an individueller Ausrichtung und Flexibilität für die Pflegefamilie möglich ist. Darüber hinaus sind Entlastungsangebote für alle Mitglieder der Pflegefamilie (d.h. für die Pflegeeltern, das Pflegekind und die leiblichen Kinder der Pflegeeltern) von großer Bedeutung. Zusätzlich sollte es zum Leistungsangebot der zuständigen Träger gehören, die Pflegefamilien von bürokratischen bzw. administrativen Aufgaben zu entlasten. Hierbei geht es vor allem um Antragstellungen von notwendigen Leistungen für das Pflegekind, Auseinandersetzungen mit Krankenkassen sowie Klärungen von Zuständigkeitsfragen zwischen dem öffentlichen Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger (ebd.).

Schindler und Kreuels (2015: 62) schreiben, dass Pflegeeltern, die ein Kind mit Behinderung aufnehmen, die Teilhabe des Kindes in der Familie sowie in seinem sozialen Umfeld fördern. Die Pflegeeltern benötigen hierfür Beratung, Unterstützung, Begleitung und geeignete Rahmenbedingungen. Was genau unter geeigneten Rahmenbedingungen verstanden wird, wird an dieser Stelle nicht beschrieben. Verläuft die inklusive Teilhabe und Förderung des Kindes mit Behinderung erfolgreich, so sind auch die Bedingungen für einen guten Start in ein Erwachsenenleben gestellt, welches nicht in einer Parallelgesellschaft abläuft (ebd.).

Nach Kindler, Scheuerer-Englisch, Gabler und Köckeritz (2010: 178) berichten Pflegeeltern, die ein Kind mit FASD aufgenommen haben, vor allem dann von Erfolgen und Zufriedenheit, wenn sie sich gut über FASD und bestehende Behandlungsmöglichkeiten informiert fühlten. Aber auch, wenn bei Bedarf kurzfristig Entlastungs-

Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung standen. Diese Ergebnisse kamen bei einer experimentellen Studie heraus, in denen betroffene Pflegefamilien intensiv begleitet wurden. Für Pflegekinderdienste bedeutet das, dass die dortigen Mitarbeitenden über Fachwissen zu FASD verfügen müssen bzw. entsprechende Kooperationsbeziehungen zu medizinischen Einrichtungen bestehen müssen. Hierdurch können Pflegefamilien vorab und in der Anfangsphase intensiv begleitet werden (ebd.). Bereits 2015 schrieb der Landesverband Rheinland (21), dass das Thema FASD auch für die Fachkräfte in den Adoptions- und Pflegekinderdiensten zukünftig eine Herausforderung darstellen würde. Dabei wird insbesondere eine qualifizierte Beratung über lokale zur Verfügung stehende Hilfen zur Bewältigung des Alltags mit einem Kind mit FASD im Vordergrund stehen (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unterschiedliche Autoren auf die Bedeutung von Unterstützung in Form einer individuellen Betreuung, einer Entlastung (bei beispielsweise bürokratischen Aufgaben), fachthemenspezifischer Beratung und Hilfen bei der Erziehung verweisen. Kritisch ist anzumerken, dass nur selten ausgeführt wird, wie diese unterschiedlichen Arten von Unterstützung konkret in der Praxis aussehen können. Es wäre bei diesem Aspekt erstrebenswert, wenn noch mehr konkrete, praxisnahe Unterstützungsangebote zukünftig ausgearbeitet werden würden. So wäre es beispielsweise ideal, wenn Seminare für betroffene Pflegeeltern angeboten würden, um bei ihnen förderliche Eigenschaften, auf die im nächsten Kapitel eingegangen wird, zu stärken.

4.5 Förderliche Eigenschaften und Bedarf von Pflegeeltern mit einem Kind mit FASD

Es hat sich als positiv herausgestellt, wenn Kinder mit FASD in Pflegefamilien untergebracht werden, die die Fähigkeit besitzen, ein ausgeprägt strukturiertes Fürsorgemilieu zu gestalten (Kindler et al., 2010: 178).

Auch scheint es bedeutend zu sein, dass Pflegeeltern eine Haltung vertreten, in der die Versorgung eines Kindes mit Behinderung als sinnvolle Aufgabe erlebt wird (ebd.). Diese Haltung könnte auf den ersten Blick womöglich etwas banal wirken. Wenn jedoch bedacht wird, dass durch die Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen mit Behinderung eine große Anstrengung und hohe Belastbarkeit seitens der Pflegeeltern besteht, scheint die beschriebene Haltung ebenso wichtig zu sein (Schönecker, 2010: 806). Überdies ist es förderlich, wenn Pflegeeltern die Besonderheiten des Kindes durch FASD auch als positive Herausforderungen bewerten können, da dies die

notwendige Kraft gibt, den Alltag zu bewältigen (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 22).

Der Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (ebd., 21) berichtet davon, dass im optimalen Fall die Pflegepersonen eine stabile Partnerschaft führen oder eine andere Person haben, die sich im häuslichen Umfeld befindet und sie unterstützt. Hoff-Emden (2014: 97) fügt hinzu, dass ein stabiles soziales Netzwerk aus verschiedenen informierten Behörden, wie beispielsweise dem Jugendamt oder anderen Versorgungsämtern, aber auch der Schule und medizinisch-therapeutischen Einrichtungen, bestehen sollte. Hierbei werde nach Hoff-Emdens Meinung ein Kompetenzzentrum benötigt, welches die Betroffenen auch über die Kindheit und Jugendzeit hinaus betreut (ebd.).

Es sei auch ideal, wenn betroffene Pflegepersonen über eine Bereitschaft verfügen, Hilfe und Unterstützung anzunehmen (Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe, 2017: 22). Somit sollte die Inanspruchnahme von Unterstützung nicht als Schwäche angesehen werden, sondern als Ressource, da hierdurch regelmäßige Entlastungen möglich sind (ebd.). Dieselbe Meinung teilt auch Hoff-Emden (2014: 97), die empfiehlt, dass sich Eltern mit einem Kind mit FASD, Auszeiten nehmen sollten. Sie sollen die Zuwendungen aus der Pflegestufe für Menschen mit Einschränkungen der Alltagskompetenzen verwenden (ebd.).

Als einen weiteren Punkt nennt Hoff-Emden (ebd., 98), dass Eltern verstanden und ernst genommen werden möchten. Dafür sollte das soziale Umfeld über FASD informiert werden, da so oftmals Unverständnis und Ignoranz entgegengewirkt werden kann. An dieser Stelle wird auf die Wichtigkeit eines sozialmedizinischen Gutachtens und einer frühzeitigen, fundierten Diagnose hingewiesen, die bereits in Kapitel 2.3 *Diagnose* behandelt wurde. Eltern benötigen dazu Aufklärung und Schulungen über FASD, die sie beispielsweise durch Vorträge und Foren erhalten können (ebd.). Des Weiteren benennt Hoff-Emden (ebd., 99), dass der Austausch mit anderen Betroffenen wichtig sein kann, wie auch schon bereits in Kapitel 2.6 *Unterstützungsangebote* erwähnt.

5. Forschungsfrage

In den bereits vorangegangenen Kapiteln wurden die beiden Themen FASD sowie Pflegefamilien in Deutschland literaturbezogen dargestellt. Hierbei wurde auch auf Pflegefamilien mit einem Pflegekind mit FASD in Deutschland eingegangen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass FASD ein komplexes Thema mit Herausforderungen in der Diagnose, für den Betroffenen selbst und dessen Umfeld darstellt. Durch Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten kann geholfen werden, jedoch niemals die alkoholbedingten Schädigungen rückgängig gemacht werden. Insgesamt besteht im Allgemeinen an einigen bedeutenden Stellen noch mehr Forschungsbedarf zu FASD.

Zu Pflegefamilien ist zu sagen, dass sie im Allgemeinen eine wichtige Form der Hilfen zur Erziehung darstellen und deshalb eine konstruktive Unterstützung unabdingbar ist. Besonders bei Pflegefamilien, die ein Pflegekind mit FASD aufgenommen haben, verlangt das Kind den Pflegeeltern viel ab und so ist es essenziell, dass passende Rahmenbedingungen für alle Beteiligten von Beginn an vorherrschen.

Der nächste Schritt der Arbeit wird sein, dass die beide Themenstränge zusammengeführt werden. Hierfür wurde die Methode des Qualitativen Interviews gewählt und bei einer Pflegemutter von einem Pflegekind mit FASD angewendet. Die Forschungsfrage dazu lautet: Welche Unterstützung benötigen Pflegefamilien mit einem Pflegekind, das von FASD betroffen ist? Es wird im Folgenden die Vorgehensweise des Erstellens und Auswertens des Interviews und die Ergebnisse des Interviews beschrieben. Die Arbeit endet mit einer Diskussion mit abgeleiteten Handlungsempfehlungen für die Praxis der Arbeit des Jugendamtes.

6. Forschungshintergrund

Als Nächstes wird sich mit dem geführten Interview auseinandergesetzt. Es wird zunächst der Forschungshintergrund dargelegt, wobei auch das qualitative Vorgehen begründet wird. Danach folgt eine Beschreibung der Vorbereitung sowie der Durchführung des Interviews.

6.1 Begründung qualitatives Vorgehen

Für diese Arbeit wurde ein qualitatives Interview aufgrund mehrerer Gründe geführt, die im Folgenden exemplarisch anhand dreier Säulen nach Mayring (2016) aufgezeigt werden.

Ein wichtiger Grund ist die Einzelfallbezogenheit (Mayring, 2016: 25). Dabei sei zu erwähnen, dass es beim wissenschaftlichen Denken auch immer den Versuch gibt, über Einzelfälle hinauszugehen und allgemeinere Aussagen zu finden. Beim rein quantitativen Vorgehen besteht die Gefahr, dass sich zu sehr vom Ausgangsmaterial, dem Einzelfall, entfernt wird (ebd.). Diese Gefahr ist beim qualitativen Interview in weitaus abgeschwächter Form gegeben, was somit einen Vorteil darstellt.

Die Offenheit stellt einen weiteren wesentlichen Grund dar (ebd., 27). Aufgrund der offenen Fragen beim Interview können Ergebnisse generiert werden, die die forschende Person noch nicht bedacht hat. Es wird somit ein großer Mehrwert erzielt. Folglich spielt die Voreingenommenheit des Forschers eine kleinere Rolle als beispielsweise bei einem geschlossenen Fragenbogen.

Der letzte exemplarische Grund, warum sich für die qualitative Vorgehensweise entschieden wurde, ist die Ganzheitlichkeit des Menschen (ebd., 33). Durch das qualitative Interview hat der Interviewpartner die Möglichkeit, sich möglichst ganzheitlich zu präsentieren. Je nachdem, worauf der Interviewende eingehen und was von sich preisgegeben werden möchte. Es kann dadurch ein möglichst ganzheitliches Bild des Interviewenden entstehen, was auch bei der Auswertung der erhobenen Daten von Bedeutung sein kann.

Nachdem sich für das qualitative Interview entschieden wurde, mussten einige Aspekte bedacht werden, bevor es zur Interviewdurchführung kommen konnte. Diese Vorbereitung wird im nächsten Kapitel erläutert.

6.2 Vorbereitung des Interviews

Zur Durchführung der Befragung wurde die Erhebungsmethode des leitfadengestützten Interviews gewählt sowie dieser erarbeitet (vgl. Kapitel 10.3 *Leitfaden*).

Helfferrich (2014: 559) definiert das leitfadengestützte Interview als eine Form des Interviews, das durch einen ausgearbeiteten Leitfaden strukturiert wird. Es handelt sich um eine oftmals angewandte, ausdifferenzierte Methode, welche gut ausgearbeitet ist und zum Erzeugen von qualitativen Daten angewendet wird (ebd.). Ein Interviewleitfaden hat nach Kaiser (2014: 52) verschiedene Funktionen. Die Strukturierung des Gespräches durch Festlegung der Anzahl und der Reihenfolge der Fragen stellt eine der Funktionen dar (ebd.). Zudem ist es durch den Leitfaden möglich, an Aspekte, die dringend erwähnt werden sollten, wie beispielsweise Hintergrundinformationen über den Interviewpartner, erinnert zu werden (ebd., 54). Der Ablauf einer Befragung lässt sich grob in verschiedene Phasen gliedern, wobei eine Hinführung, in welcher ein Kennenlernen stattfindet und die Rahmenbedingungen des anstehenden Interviews thematisiert werden, die erste Phase darstellt (Niebert/Gropengießer, 2014: 122ff.). Daran sich anschließend, wird sehr offen gefragt und somit dem Befragten die Möglichkeit gegeben, seine Vorstellungen zu der Thematik aufzuzeigen. Auf den weiten Einstieg in das Interview folgend, werden Impulse und Nachfragen zur Vertiefung vorgebracht (ebd.).

Der Leitfaden für das vorliegende Interview wurde in drei thematische Blöcke unterteilt: Vergangenheit- Gegenwart- und Zukunft.

Bei der geführten Befragung handelt es sich um ein problemzentriertes Interview. Dabei geht Mayring (2016: 67) davon aus, dass die Erhebung auf eine bestimmte Problemstellung zentriert ist. Demnach ist die Problemstellung des geführten Interviews die Unterstützung von Pflegefamilien mit einem Pflegekind mit FASD. Das durchgeführte Interview wird der deskriptiven Feldforschung zugeordnet, da das Phänomen FASD im Kontext Pflegefamilien aus der Sicht einer Pflegemutter betrachtet wird. Das Ziel der deskriptiven Feldforschung, eine Kultur aus der Sichtweise ihrer Mitglieder kennenzulernen und darzustellen, wird auch beim Interview verfolgt (Hussy/Schreier/Echterhoff, 2013: 203).

Für die konkrete Durchführung wurde nach Rücksprache über den Leitfaden mit Herr John, ein Termin mit der Interviewpartnerin ausgemacht. Zwischenzeitlich wurde der Leitfaden nochmals überarbeitet und mit diesem das Interview am 12. November 2019 per Skype geführt sowie währenddessen aufgezeichnet.

6.3 Beschreibung der Fallauswahl- Vorstellung der Interviewpartnerin

Bei der Fallauswahl wurde das Top-down-Verfahren angewendet. Für Hussy et al. (2013:196) kennzeichnet dieses Verfahren, dass die Kriterien für die Zusammensetzung der Stichprobe vorab bestimmt werden. So wurde bewusst eine Pflegefamilie ausgewählt, die ein Pflegekind mit FASD aufgenommen haben und dieses schon mehrere Jahre in der Familie lebt.

Das Interview wurde mit einer Pflegemutter aus Thüringen geführt. Diese hat zusammen mit ihrem Mann einen Jungen mit FAS im Alter von zwei Jahren zur Dauerpflege aufgenommen. Als das Pflegekind in die Familie kam, war unbekannt, dass es FAS hat. Erst nach ungefähr drei Jahren erfuhr die Pflegemutter durch einen Fernsehbeitrag von der Existenz von FASD und bemerkte dabei, dass die beschriebenen Symptome auf ihren Pflegesohn zutreffen. Die Diagnosestellung FAS ist zum Zeitpunkt des Interviews zwei Jahre her. Der Junge ist zum Zeitpunkt des Interviews acht Jahre alt, geht auf eine herkömmliche Grundschule und hat noch Kontakt zu seinen leiblichen Eltern. Die Pflegemutter arbeitet in Teilzeit, der Pflegevater arbeitet in Vollzeit und es leben keine weiteren Kinder in der Familie.

Es wurde sich dafür entschieden, ausschließlich ein Interview zu führen, da mehrere Interviews einen zu großen Umfang für die vorliegende Arbeit dargestellt hätten und dadurch nur eine oberflächlichere Bearbeitung erfolgt hätte können.

Im weiteren Verlauf wird auf die Auswertung des Interviews eingegangen.

6.4 Auswertung des Interviews nach Mayring

Nach der Interviewdurchführung wurde es transkribiert (vgl. *10.4 Transkript des Interviews*). Bei der Auswertung wurde sich an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring orientiert. Es fand grundsätzlich eine induktive Kategorienbildung statt, bei der Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet wurden. Dabei wurde sich nicht auf im Vorhinein formulierte Theorienkonzepte bezogen (Mayring, 2015: 85). Als erster Schritt erfolgte die Erstellung der Analyseeinheiten, der Kodiereinheiten. Diese beschreibt nach Mayring, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der für die Auswertung verwendet wird (ebd., 61). Die festgelegten Analyseeinheiten wurden einzeln in eine Tabelle mit Seiten- und Zeilenangabe eingefügt (vgl. *10.5 Tabelle zur Erstellung des Kategoriensystems*, zweite Spalte). Somit reduzierte sich das Material stark, da Unwesentliches weggelassen wurde. Danach erfolgte eine Paraphrasierung der inhaltsbedeutenden

Textabschnitte, wofür nicht inhaltstragende Textbestandteile weggelassen und die bedeutenden Textabschnitte zu grammatikalischen Kurzformen umformuliert wurden (ebd., 71). Beispielsweise wurde aus „Da habe ich mich auch gut unterstützt gefühlt von der Frau Doktor K., die mir einige Literaturtipps gegeben hat und ich habe dann die Bücher oder im Internet gelesen.“ (S. 61, Z. 59-61) zu: Gut unterstützt gefühlt von Fachärztin durch Literaturtipps.

Als nächster Schritt wurde das Abstraktionsniveau angehoben und dabei geprüft, welche inhaltsgleichen Paraphrasen gestrichen werden konnten, wodurch erneut eine Reduktion des Materials stattfand (ebd., 71). Bei dem bereits genannten Beispiel lautet es beispielsweise: Unterstützung von Fachärztin durch Literaturempfehlungen. Des Weiteren wurden unwichtige Paraphrasen weggelassen und sich mehrmals über das Material verteilte Paraphrasen zusammengefasst (ebd.). Das kann in der Tabelle unter den Punkt der Generalisierung gefunden werden.

Am Ende wurde kontrolliert, ob die neuen Aussagen noch das Ausgangsmaterial darstellen (ebd.). Im letzten Schritt fand die Integration und damit die Kategorienbildung statt (vgl. 4. Spalte). Die Aussagen der Generalisierung wurden durchgegangen, welche zu einer Ober- bzw. Unterkategorie zusammengefasst werden konnten. Um bei dem genannten Beispiel zu bleiben, wurde es zur Unterkategorie Unterstützung von Fachärztin durch Literaturempfehlungen. Die dazugehörige Oberkategorie ist *ÄrztInnen*. Auf das daraus resultierende Kategoriensystem wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

7. Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dem Interview

Aus dem geführten Interview konnten zur Darstellung des Ergebnisses vier Themenfelder mit zwölf Oberkategorien und jeweils einzelnen Unterkategorien abgeleitet werden.

Inhaltlich bezogen sich die Ergebnisse auf folgende Aspekte:

- Externe Partner
- Eigene Rolle als Pflegeeltern
- Lebenswelt des Pflegekindes
- Prävention

Auf den nächsten Seiten befindet sich das Kategoriensystem (vgl. S. 35-39):

.

Themenfeld	Oberkategorie	Unterkategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
Externe Unterstützungsmöglichkeiten	1. Jugendamt	1.1 Vorbereitungs- und Anfangsphase	Fehlende Aufklärung und Unterstützung vorab und in den Anfangsjahren	„Oder bevor wir ein Kind aufnehmen, dass man uns gesagt hätte, es ist eben auch möglich, dass das Kind eine Alkohol- oder Drogenschädigung haben könnte und was das dann eben bedeutet.“ (S. 66, Z. 261- 263) „das müsste eben dann auch das Jugendamt mitorganisieren, wer ist hier im Landkreis betroffen von Pflegeeltern und dass es da eben so eine Gruppe gibt, wo man da sich regelmäßig austauschen könnte. Oder im Jugendamt irgendeine Anlaufstelle“ (S. 70, Z. 436-438) „Weil unser Jugendamt will ja bis heute von FAS nicht so viel hören.“ (S. 60, Z. 24f.) „Als wir dann beim Hilfeplangespräch gesagt haben, dass wir die Vermutung haben (...), dass J. FAS hat, hat man erst einmal große Fragezeichen in den Augen gesehen.“ (S. 61, Z. 73-75)
		1.2 Konkrete gerichtete Wünsche	Konkret genannte Wünsche nach einer lokalen, durch das Jugendamt organisierten Selbsthilfegruppe und einer Anlaufstelle im Jugendamt für FASD	
		1.3 Umgang mit FASD	Desinteresse, fehlende Offenheit, Wertschätzung und Unterstützung sowie Unwissenheit bei FASD	
	2. Integrationshelfer	2.1 Erfolgreiche Beantragung eines Integrationshelfers	Integrationshelfer für Schule ab dritter Schulwoche	„der dann es auch geschafft hat, dass J. ich glaub in der dritten Schulwoche einen Integrationshelfer hatte.“ (S. 66, Z. 282f.) „Aber als wir dann eben mehr wollten, mehr Stunden und alles, da hat dann sein Vorgesetzter dann abgeblockt.“ (S. 67, Z. 284f.) „Und als wir dann in die Zuständigkeit des Sozialamts gekommen sind, haben wir auch den Integrationshelfer für die Ferien genehmigt bekommen.“ (S. 67, Z. 291f.)
		2.2 Ablehnung von Stundenerhöhung für Integrationshelfer	Ablehnung der Stundenerhöhung durch das Jugendamt	
		2.3 Erfolgreiche Beantragung der Stundenerhöhung und -ausweitung des Integrationshelfers in den Ferien	Genehmigung der Stundenausweitung durch das Sozialamt	

		2.4 Diskrepanz der Meinungen von Jugend- und Sozialamt aufgrund von Mitarbeitenden	Aufgrund von Mitarbeitenden in verschiedenen Ämtern unterschiedliche Entscheidungen	„Es sind nur Sachen, die muss man nicht verstehen: Ein Landratsamt, zwei unterschiedliche Auffassungen in den Ämtern. Deswegen es fällt und steht mit den Mitarbeitern.“ (S.67, Z. 292-294)
	3. ÄrztInnen	3.1 Geringe Anzahl an FachärztInnen 3.2 Unterstützung von Fachärztin durch Literaturempfehlung 3.3 Hilfe durch ÄrztInnen des SPZ im Bezug auf Medikamenten und bei verhaltensauffälligen Verhalten 3.4 Unwissenheit über FASD bei Kinder- und Jugendärztin des Gesundheitsamts	Wenige FachärztInnen Unterstützung durch Empfehlung von Fachliteratur durch Fachärztin Unterstützung durch Ärztinnen im Bezug auf Medikamente und herausforderndes Verhalten Fehlendes Wissen über FASD bei Ärztin des Gesundheitsamts	„es gibt ja nicht sehr viele Ärzte“ (S. 60, Z. 26) „Da habe ich mich auch gut unterstützt gefühlt von der Frau Doktor K., die mir einige Literaturtipps gegeben hat“ (S. 61, Z. 59f.) „Entweder an die Ärztinnen des SPZ, wenn es sich gerade um die Medikamente geht. Die kennt sich jetzt dann auch gut mit diesem Thema aus. (...) gerade auch im Umgang, wenn er so extrem verhaltensauffällig ist.“ (S. 64, Z. 194-197) „Als ich ihr sagte wir sind gerade dabei die Diagnose FAS abzuklären, schaut sie mich an: Was ist denn FAS?“ (S. 61, Z. 76f.)
	4. Therapieangebote	4.1 Zufriedenheit mit Ergotherapie 4.2 Entspannung und Eigenwahrnehmung durch Reittherapie	Positive Bewertung der Ergotherapie Positive Auswirkungen durch Reittherapie	„Wir gehen noch zur Ergotherapie mit J. Sie hat sich auch sehr mit dem Thema beschäftigt, da sind wir jetzt ganz zufrieden“ (S. 65, Z. 224f.) „Weil auf dem Pferd, da spürt er ganz viel. So diese ganze Frustration ist da halt dann weg.“ (S. 64, Z. 163f.)
	5. Pflege- und Krankenkasse	5.1 Finanzielle Unterstützung durch Pflegegeld und durch Pflege- und Krankenkassen	Finanzielle Unterstützung durch verschiedene Versicherungen und durch Ämter	„Finanziell sind wir gut aufgestellt, weil wir eben das Pflegegeld von Jugendamt bekommen, oder jetzt vom Sozialamt und dann eben auch noch über die Pflegekasse, das Geld.“ (S. 69, Z. 399f.)
Lebenswelt des Pflegekindes	6. Schule	6.1 Weiterführende Schule	Finden einer passenden, weiterführenden Schule und Zweifel am Erreichen eines	„Da wünsche ich mir eben für ihn, dass wir das richtige Schulsystem, die richtige Schule, finden.“ (S. 68, Z. 337f.)

		<p>6.2 Reibungsloses Wiederholen einer Jahrgangsstufe</p> <p>6.3 Umgang mit FASD</p> <p>6.4 Mathematikunterricht</p> <p>6.5 Rahmenbedingungen</p>	<p>Schulabschlusses</p> <p>Problemloses Wiederholen einer Jahrgangsstufe</p> <p>Unterstützung und Beschäftigung mit FASD durch Lesen der Informationsmaterialien und Anwendung der Ratschläge im Unterricht</p> <p>Probleme bei Mathematik und Hilfe für eigenständiges Lösen von Rechenaufgaben mithilfe von Veranschaulichungsmaterial</p> <p>Durch Schultagslänge Reizüberflutung mit resultierenden Verhaltensauffälligkeiten und Wichtigkeit einer kleinen Klassengröße</p>	<p>„Die Frage ist, wird er jemals einen Schulabschluss haben.“ (S. 68, Z. 355)</p> <p>„Eben, dass es reibungslos klappt, (...), wo das geht ohne Probleme“ (S. 67, Z. 317f.)</p> <p>„In der Schule erhalten wir sehr viel Unterstützung. Die haben sich auch sehr intensiv mit dem Thema beschäftigt. Wir haben den Informationsmaterial mitgegeben und die haben das auch wirklich durchgelesen für sich und wenn die Sachen, die da als Tipps gegeben wurden, wenden die auch im Unterricht an.“ (S. 66, Z. 255-259)</p> <p>„Und wenn du ihn fragst sag mir mal 6+1. 10. Nochmal. Acht? Drei? Das geht gar nicht. Absolut gar kein Mengenverständnis. In der Schule, da rechnet er mit Punktmengen. (...) Damit klappt es prima.“ (S. 63, Z.134-138)</p> <p>„Im Moment ist herausfordernd, dass gerade durch die Schule sehr viele Reize auf ihn einströmen. Er mit diesen Reizen oft sehr überfordert ist.“ (S. 62, Z. 97f.)</p> <p>„Er lernt jetzt mit 15 Kindern und das ist für ihn ideal so.“ (S. 67, Z. 304)</p>
	7. Leben als Erwachsener	<p>7.1 Unterstützung zur Führung eines selbstbestimmten Lebens</p> <p>7.2 Finden einer Einrichtung für den beruflichen Werdegang</p>	<p>Unterstützung bei der Führung eines selbstbestimmten Lebens mit Aspekt des Wohnens</p> <p>Unterstützung beim beruflichen Werdegang durch eine Einrichtung mit Spezialisierung auf Menschen</p>	<p>„dass man da auch Unterstützung erhält, wenn er auch mal wirklich das nicht kann, dass er alleine leben kann.“ (S. 69, Z. 367f.)</p> <p>„Dass man dann eben so eine Einrichtung findet, die sich dann auch auf Behinderte in dieser Richtung spezialisiert hat und da fördern können.“ (S. 68, Z. 356f.)</p>

			mit Behinderung und deren beruflichen Leben	
Rolle als Pflegeeltern	8. Diagnose	8.1 Hilfestellung durch Literatur 8.2 Herausfordernde Anfangszeit durch Planung und Durchführung von vielen Terminen zur gesundheitlichen Abklärung sowie bürokratischen Vorgehens 8.3 Ambivalente Gefühle 8.4 Enorme Umstellung des eigenen Lebens auf Kind mit FASD	Mithilfe von Fachliteratur Generierung von Verständnis für FASD, des Pflegekindes und Erklärungen für andere Nach Erhaltung der Diagnose herausfordernde Zeit aufgrund von unterschiedlicher Abklärungsterminen Erleben unterschiedlicher Gefühle durch Erhalt der Diagnose Anpassung des eigenen Lebens ans Kind und an dessen Einschränkungen	„Das hat viel geholfen, um diese Krankheit zu verstehen und ihn zu verstehen und ums auch anderen zu erklären, warum er eben so ist.“ (S. 61, Z. 62f.) „Das war erst einmal eine Herausforderung, eben diese Liste von ihr herarbeiten, was man abchecken soll.“ (S. 61, Z. 68-70) „einerseits war ich total enttäuscht, die Diagnose für ihn zu haben. Und auf der anderen Seite so bisschen Erleichterung.“ (S. 61, Z. 55f.) „Man muss sich eben total umstellen mit einem FAS-Kind. Das ist nicht so wie mit einem gesunden Kind: Geh mal in dein Zimmer und spiele. Das geht selten gut.“ (S. 64, Z. 180-182)
	9. Betroffenen-austausch	9.1 Online-Selbsthilfegruppe 9.2 Organisierte Pflegeelterntreffen 9.3 Positive Aspekte von Selbsthilfegruppen	Betroffenen-austausch durch Gruppe im Internet Betroffenen-austausch durch Pflegeelterntreffen des Landesverbands für Pflege- und Adoptiveltern Thüringen Sich verstanden fühlen und hilfreiche Antworten für Probleme durch Eltern mit gleicher Situation und fachkundigen ReferentInnen	„ich bin in Facebook in einer Gruppe (...), die ist eine Gruppe von FAS Deutschland“ (S. 64, Z. 198f.) „die organisieren mit verschiedenen Jugendämtern Pflegeelterntreffen und da sind immer sehr fachkundige Referenten dabei.“ (S. 65, Z. 226f.) „Da fühlt man sich aufgehoben, weil man da nur unter Pflegeeltern ist und man bekommt mit, wie viele Pflegekinder FAS haben und dann fühlt man sich dort verstanden.“ (S. 65, Z. 228f.)
	10. Betreuung	10.1 Unterstützung durch	Unterstützung durch das	„Unterstützung von anderen, zu denen wir auch

		soziales Umfeld 10.2 Spontane Unterstützung bei Ausnahmen	soziale Umfeld bei der Betreuung des Pflegekindes Unterstützung bei der Betreuung des Pflegekindes bei Ausnahmesituationen wie Krankheit	einfach mal sagen können: (...) könnt ihr mal auf J. eine Woche lang aufpassen. Das fehlt mir noch bisschen.“ (S. 69, Z. 378-380) „wenn man dann mal krank ist oder so, das weißt du (...) vorher nicht.“ (S. 69, Z. 386)
	11. Erziehung	11.1 Hilfestellungen für herausforderndes Verhalten 11.2 Herausforderndes Verhalten des Pflegekindes an Tagen nach Treffen mit leiblichen Eltern 11.3 Ausgleich für das Pflegekind	Besuch mit Beobachtung und Beratung durch Professionelle für herausfordernde Situationen Zuhause sowie grundsätzliche Beratung Folgen im Verhalten des Pflegekindes durch Treffen mit leiblichen Eltern Möglichkeiten für einen Ausgleich für das Pflegekind durch Fahrrad fahren oder in den Wald gehen	„Vielleicht auch jemand, der nachmittags zu uns kommt und sich die Situation anschaut. (...) Und dann ganz konkret sagen kann dieses und jenes“ (S. 70, Z. 409-411) „Wenn die Treffen mit den leiblichen Eltern erst ein paar Tage her sind, dann haben wir fast jeden Tag so ein Geschrei und Gestampfe.“ (S. 62, Z. 117f.) „Entweder aufs Fahrrad setzen und fahren, fahren, fahren oder in den Wald ihn austoben lassen.“ (S. 63, Z. 150f.)
Prävention	12. Verschiedene Präventionsarten	12.1 Universelle Prävention und Verständnis für FASD 12.2 Selektive Prävention über FASD bei jungen Frauen	Aufklärung der Allgemeinheit über FASD und Generierung von Verständnis für FASD Aufklärung von jungen Frauen über FASD	„Da wünsche ich mir einfach mehr Verständnis und auch, dass es in der Öffentlichkeit mehr publik gemacht wird.“ (S. 70, Z. 422f.) „Wo ich dann immer hoffe, dass es sich die entsprechenden jungen Frauen ansehen.“ (S. 70, Z. 427f.)

Es wird nun genauer auf das Kategoriensystem eingegangen, wobei sich auch auf die Forschungsfrage bezogen wird und sie in diesem Zuge beantwortet wird.

Angefangen beim Themenfeld Externe Partner gliedert es sich in die Oberkategorien *Jugendamt, Integrationshelfern, ÄrztInnen, Therapieangebote* und *Pflege- und Krankenkassen*. Insgesamt liegt bei diesem Themenfeld der Schwerpunkt beim *Jugendamt*, was im weiteren Verlauf noch aufgezeigt wird. Es ist durch die Auswertung des Interviews deutlich geworden, dass ein Unterstützungsbedarf seitens der Pflegefamilie durch das Jugendamt besteht und dieser nicht angemessen geleistet wurde. So brauchen Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD eine Vorbereitungsphase mit Aufklärung zu FASD, bevor das Pflegekind in der Familie lebt. Auch in der Anfangsphase, wenn die Frage aufkommt, ob das Kind von FASD betroffen sein könnte, sollte das Jugendamt unterstützend zur Seite stehen. Außerdem sollte seitens des Jugendamts im Umgang mit der Pflegefamilie mit Offenheit, Wertschätzung und Fachwissen zum Thema FASD begegnet werden. Konkrete Wünsche sind daneben eine spezielle Anlaufstelle im Jugendamt für FASD sowie, dass das Jugendamt lokale Treffen für betroffene Pflegeeltern organisiert.

Die nächste Oberkategorie heißt *Integrationshelfer*. Diese Kategorie wurde bewusst nicht zur Oberkategorie *Schule* hinzugefügt, da es sich hierbei um den Aspekt des Umgangs mit dem Jugend- und Sozialamt handelt und nicht, um den direkten Umgang in der Schule mit dem Pflegekind geht. Im Interview wird erkenntlich, dass die Beantragung eines Integrationshelfers durch das Jugendamt erfolgreich verlaufen ist, sodass das Pflegekind ab der dritten Schulwoche von einem Integrationshelfer begleitet wurde. Hierbei könnte sich gefragt werden, warum der Integrationshelfer nicht bereits ab dem ersten Schultag das Pflegekind unterstützt hat, damit die besten Rahmenbedingungen für einen gelungenen Start in die Schule gegeben wären. Als weitere Unterkategorie gibt es die Ablehnung der Stundenerhöhung durch das Jugendamt. Somit wäre hier der Unterstützungsbedarf, dass die Beantragung der Stundenerhöhung des Integrationshelfers bewilligt wird, damit passende Rahmenbedingungen für das betroffene Kind in der Schule, in der Ferienbetreuung und im Hort vorherrschen. Gegensätzlicher Weise wurde im weiteren Verlauf die Stundenerhöhung durch das Sozialamt genehmigt. Der Grund hierfür könnte in den unterschiedlichen Meinungen und Mitarbeitenden des Jugend- und Sozialamts liegen. Es wäre wünschenswert und für Pflegefamilien hilfreich, wenn die beiden Ämter ähnliche Arbeitsweisen vertreten würden. Beide Ämter sollten sich dabei mit den Bedürfnissen, die die Pflegefamilie, unterstützt durch externe Meinungen (z. B. Hortmitarbeitenden),

äußert, konstruktiv beschäftigen.

Zum Thema *ÄrztInnen* kann durch das Interview gesagt werden, dass diese Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD unterstützen können, indem sie ihnen Fachliteratur empfehlen, wenn noch nicht viel Wissen über FASD bei den Pflegefamilien vorhanden ist. Auch wird es als Unterstützung wahrgenommen sowie benötigt, dass ÄrztInnen bei dem Aspekt der passenden Medikamente für das Pflegekind beraten und Unterstützung für herausforderndes Verhalten des Pflegekindes bieten. Außerdem konnte bei dem Interview festgestellt werden, dass noch nicht allen ÄrztInnen FASD bekannt ist und ihnen somit das benötigte Fachwissen fehlt. Vor allem, wenn es sich um Kinder- und JugendärztInnen handelt, besteht Handlungsbedarf, um Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD entsprechend unterstützen zu können. Des Weiteren wurde kritisiert, dass es noch nicht genügend FachärztInnen für FASD gibt.

Unterstützung können Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD laut dem Interview durch *Therapieangebote*, wie Ergo- und Reittherapie, erhalten. Beides wurde positiv bewertet, wobei besonders die Reittherapie dem Pflegekind einen Ausgleich bieten kann.

Zum finanziellen Aspekt von Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD kam beim Interview heraus, dass die Unterstützung durch *Pflege- und Krankenkasse* sowie das Pflegegeld vom Jugendamt wichtig ist.

Das nächste Themenfeld Lebenswelt des Pflegekindes unterteilt sich in die Oberkategorien *Schule* und *Leben als Erwachsener*. Es werden der Oberkategorie *Schule* fünf Unterkategorien zugeordnet, wodurch die Komplexität und die Aktualität dieses Themas für die Pflegefamilie aus dem Interview erkenntlich wird. Durch die Auswertung wird deutlich, dass Pflegeeltern mit einem Kind mit FASD Unterstützung bei der Wahl der weiterführenden Schule benötigen könnten. Die Pflegemutter bezweifelt jedoch, dass ihr Pflegekind jemals einen Schulabschluss schaffen wird. Hier könnte, durch Aufklärungsarbeit über die Wahrscheinlichkeit des Erreichens eines Schulabschlusses und über die möglichen Perspektiven ohne Schulabschluss, Unterstützung geleistet werden. Als nächste Unterkategorie sei der Wunsch nach dem problemlosen Wiederholen einer Jahrgangsstufe zu nennen. Damit dieser Wunsch realisiert werden könnte, bräuchte es Schulpersonal, welches besonders auf das Pflegekind eingehen und es unterstützen könnte. Für den generellen Umgang mit FASD in der Schule stellte sich durch die Auswertung des Interviews heraus, dass es als hilfreich und unterstützend erlebt wurde, als sich das Schulpersonal die

mitgebrachten Informationsmaterialien zu FASD durchgelesen hat und die Ratschläge direkt im Unterricht im Umgang mit dem Pflegekind angewendet hat. Somit erleben es Pflegeeltern mit einem Kind mit FASD als unterstützend, wenn die Schule eine Offenheit gegenüber FASD zeigt und gleichzeitig versucht, auf das Pflegekind entsprechend individuell einzugehen. Als eine weitere Unterkategorie gibt es den Mathematikunterricht, bei welchem von Problemen beim Rechnen berichtet wird. Als Unterstützungsmöglichkeit wird hierzu konkretes Veranschaulichungsmaterial genannt, mit welchem es gelingen kann, dass Rechenaufgaben eigenständig gelöst werden. Bei der letzten Unterkategorie, den Rahmenbedingungen, stellte sich heraus, dass es aufgrund der Länge des Schulalltags zu einer Reizüberflutung beim Pflegekind und damit zu resultierenden Verhaltensauffälligkeiten kommt. Es könnte sich dazu gefragt werden, wie in der Schule die Reizüberflutung für Kinder und Jugendlichen mit FASD verringert werden könnte. Es geht hervor, dass die Klassengröße eine wichtige Rahmenbedingung darstellt. Damit das Pflegekind (und somit auch die Pflegeeltern) unterstützt wird, ist es wichtig, dass das Pflegekind in einer nicht zu großen Klasse unterrichtet wird. Im Interview wird 15 SchülerInnen als maximale Klassengröße genannt.

Die Oberkategorie *Leben als Erwachsener* gliedert sich in zwei Unterkategorien, die wichtige Bereiche eines Lebens als Erwachsener beinhalten: Wohnen und Arbeiten. Beim Thema Wohnen als Erwachsener bedarf es laut der Auswertung des Interviews externe Unterstützung, sodass insgesamt ein möglichst selbstbestimmtes Leben für das Pflegekind möglich ist. Beim beruflichen Werdegang ist der Unterstützungsbedarf eine Einrichtung, die sich auf Menschen mit Behinderung und deren beruflichen Werdegang spezialisiert hat.

Das dritte Themenfeld Eigene Rolle als Pflegeeltern gliedert sich in die Oberkategorien *Diagnose*, *Betroffenenaustausch*, *Betreuung* und *Erziehung*. Hierbei stehen die Pflegeeltern, und nicht das Pflegekind, im Mittelpunkt. Bei der Oberkategorie *Diagnose* ist die Hilfestellung durch Literatur eine Unterkategorie, bei der die Pflegeeltern Unterstützung durch das Lesen von Literatur zu FASD erhalten haben. Dadurch kann Verständnis für FASD, für das eigene Pflegekind und Erklärungen zu FASD für andere generiert werden. Darüber hinaus wurde die Anfangszeit, aufgrund zahlreicher Termine zur medizinischen Abklärung und bürokratischem Vorgehen, als sehr herausfordernd erlebt. Es herrschten dazu ambivalente Gefühle seitens der Pflegemutter bezüglich der Diagnose vor, mit denen umgegangen werden musste. Außerdem verlangt es den Pflegeeltern eine enorme Umstellung des eigenen Lebens auf das Pflegekind mit

FASD und dessen Einschränkungen ab. So könnte überlegt werden, ob bei den Abklärungs-terminen, dem bürokratischen Vorgehen, dem Umgang mit den Gefühlen bezüglich der Diagnose und der Lebensumstellung eine professionelle Unterstützung für die Pflegeeltern angeboten wird. Zur weiteren Oberkategorie *Betroffenaustausch* gibt es die Unterkategorien der Online-Selbsthilfegruppe und der organisierten Pflegeeltern-treffen. Als Unterstützung wird der Austausch und sich dadurch von anderen Betroffenen verstanden zu fühlen, die hilfreichen Antworten und die fachkundigen ReferentInnen wahrgenommen. Bei der Oberkategorie *Betreuung* wird auf die Unterstützung des sozialen Umfelds verwiesen. Darüber hinaus wird die Notwendigkeit der spontanen Unterstützung bei der Betreuung in Ausnahmesituationen, wie beispielsweise Krankheit, genannt. Bei der letzten Oberkategorie *Erziehung* besteht der Wunsch nach Hilfestellungen für herausforderndes Verhalten des Pflegekinde. Als Möglichkeiten wären hierfür Beratung und Hausbesuche einer Fachkraft mit Beratung für herausfordernde Situationen mit dem Pflegekind zu nennen. Daneben wird von herausfordernden Verhaltensweisen des Pflegekinde an Tagen nach Treffen mit den leiblichen Eltern berichtet. Hierbei könnte sich gefragt werden, wie Pflegeeltern und das Pflegekind konkret im Umgang mit den leiblichen Eltern unterstützt werden können. Als Ausgleichsmöglichkeit für das Pflegekind werden Fahrradfahren und Austoben im Wald genannt, sodass das Kennen solcher Ausgleichsmöglichkeiten als Unterstützung wahrgenommen wird.

Das letzte Themenfeld Prävention umfasst die Oberkategorie *verschiedene Präventionsarten*, welche sich wiederum in die Unterkategorien selektive- und universelle Prävention und Verständnis für FASD unterteilt. Bei der Kategorie universelle Prävention und Verständnis für FASD könnten Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD es allgemein als Unterstützung erleben, wenn die Allgemeinheit besser über FASD aufgeklärt wäre und dadurch auch ein größeres Verständnis für FASD vorherrschen würde. Bei der selektiven Prävention von jungen Frauen könnten Pflegefamilien dadurch zwar nicht selbst konkrete Unterstützung erfahren, wüssten jedoch, dass womöglich für andere (Pflege-)Eltern, die Herausforderung eines Kindes mit FASD großzuziehen, abgewendet werden würde. Folglich könnte das Kind ein Leben als gesunder Mensch führen.

8. Diskussion

In diesem letzten Teil der Arbeit wird nochmal das erforschte Ergebnis zusammengefasst und anschließend Limitationen erläutert. Zuletzt werden durch das Interview abgeleitete Handlungsempfehlungen genannt sowie beschrieben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auf die Forschungsfrage „Welche Unterstützung benötigen Pflegefamilien mit einem Pflegekind, das von FASD betroffen ist?“ folgende Antworten durch das geführte Interview gefunden wurden: Es gibt verschiedene Bereiche, in denen betroffene Pflegefamilien Unterstützung benötigen und bekommen sollten. Angefangen bei einer vorzeitigen, aufklärenden Arbeit des Jugendamts und dessen fortlaufenden Unterstützung durch einen offenen, wertschätzenden und qualifizierten Umgang mit FASD, geht es über in Unterstützung bei der Diagnose und der danach folgenden Zeit für die Pflegeeltern in der Rolle als Eltern. Hierbei sind Betroffenengruppen eine gute Unterstützungsmöglichkeit sowie Möglichkeiten, beim Betreuen des Pflegekindes auf ein soziales Umfeld und spontane Unterstützung in Ausnahmesituationen zurückgreifen zu können. Bei der Erziehung wird Unterstützung besonders bei herausfordernden Situationen in Form von Beratung benötigt. Außerdem ist es für Pflegeeltern von Vorteil, Ausgleichsmöglichkeiten für das Pflegekind zu kennen. Externe Partner, von denen betroffene Pflegefamilien Unterstützung erhalten können sowie brauchen, sind ÄrztInnen (mit Fachwissen), Therapieangebote, die sich positiv auf das Pflegekind auswirken und finanzielle Unterstützung durch Pflege- und Krankenkasse sowie Jugend- bzw. Sozialamt. Darüber hinaus brauchen betroffene Pflegefamilien, bis ins Erwachsenenalter ihres Pflegekindes hinein, Unterstützung in den Themengebieten Wohnen und Arbeiten. Des Weiteren werden betroffene Pflegefamilien unterstützt durch eine universelle Prävention der Gesellschaft mit Verständniserzeugung für FASD, sowie einer selektiven Prävention bei jungen Frauen.

Wenn das methodische Vorgehen betrachtet wird, muss selbstverständlich darauf verwiesen werden, dass ausschließlich eine Person befragt wurde. Es muss darauf geachtet werden, dass nicht zu sehr versucht wird, von einem Einzelfall auf eine gesamte Zielgruppe zu schließen. Das bedeutet, es darf nicht zu sehr pauschalisiert werden. Trotzdem wird davon ausgegangen, dass durch die Auswertung dieses Einzelfalles es einen Mehrwert an Wissen gab und auch Themen aufgeworfen wurden, die höchstwahrscheinlich auch bei anderen Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD von Bedeutung sein können.

Außerdem wurde ausschließlich die Pflegemutter und nicht zusätzlich der Pflegevater

befragt, sodass im Interview ausschließlich eine einseitige, subjektive Sichtweise der Situation abgebildet wurde. In diesem Zuge hätte es somit auch sinnvoll sein können, den Pflegevater dazu noch separat zu befragen.

Wie bereits an anderer Stelle begründet, wurde sich für die qualitative Forschung entschieden. Es sei anzumerken, dass auch andere Vorgehensweisen, wie beispielsweise Beobachtungen und Fragebögen, hilfreich und richtig hätten sein können. Jedoch stellte die qualitative Inhaltsanalyse für diese Art von Arbeit den effizientesten und den interessantesten Weg aufgrund „ihrer eher offenen, eher deskriptiven, eher interpretativen Methodik“ dar (Mayring, 2015: 23).

Zu erwähnen sei noch, dass durch diese Arbeit eine Zielgruppe befragt wurde, die in der Gesellschaft eher weniger Aufmerksamkeit zugeteilt bekommt und es deshalb auch nicht so einfach ist, eine Befragung durchzuführen.

Durch das geführte Interview können konkrete Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Die Handlungsempfehlungen könnten an unterschiedliche Betroffene wie beispielsweise an FachärztInnen, an Schulpersonal oder an Ämter gerichtet sein. Aufgrund des mehrmaligen Nennens und ausführlichen Beschreibens der fehlenden Unterstützung des Jugendamts wurde sich dafür entschieden, vier Handlungsempfehlungen für dieses aus dem Interview herauszuarbeiten. Durch das Interview können folgende Handlungsempfehlungen für die Arbeit des Jugendamts mit Pflegefamilien, die ein Pflegekind mit FASD haben und auch teilweise für die Arbeit mit Pflegefamilien, die generell ein Pflegekind aufnehmen wollen, abgeleitet werden:

- Vorzeitige Aufklärung über die Möglichkeit einer pränatalen substanzspezifischen Schädigung des Pflegekindes sowie dessen Auswirkung
- Gründung von lokalen Betroffenenengruppen
- Aufklärung aller Mitarbeitenden über FASD
- Schaffung einer speziellen Anlaufstelle für FASD im Jugendamt

Durch das Interview wurde erkenntlich, dass die Pflegeeltern im Vorhinein nicht durch das Jugendamt in der Vorbereitungsphase über die Möglichkeit, dass ihr zukünftiges Pflegekind eine pränatale substanzspezifische Schädigung haben könnte und was dies für Auswirkungen hätte, aufgeklärt wurden. Da jedoch das Risiko bei Pflegekindern erhöht ist, dass sie eine pränatale alkoholspezifische Schädigung haben könnten und auch das Wissen darüber nicht vollständig in der Bevölkerung verbreitet ist (siehe Interview), wird empfohlen, auf die Möglichkeit der pränatalen alkoholspezifischen Schädigung frühzeitig hinzuweisen. Dadurch würde den potenziellen Pflegeeltern die

Chance gegeben, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, bevor es sie möglicherweise selbst betrifft. Sie könnten sich somit bewusst für ein Pflegekind entscheiden, trotz des Risikos, dass es eine substanzspezifische Schädigung vor der Geburt erlitten haben könnte. Auch hätten die Pflegeeltern somit mindestens einmal von der Existenz solcher pränatalen substanzspezifischen Schädigungen gehört. Hierbei ist es insgesamt wichtig, die Pflegeeltern nicht zu verschrecken, jedoch realistisch über die Situation aufzuklären. Das könnte konkret für die Arbeit des Jugendamts heißen, dass es alle potenziellen Pflegeeltern noch in der Vorbereitungsphase darüber aufklärt, was pränatale substanzspezifische Schädigungen bei einer Person auslösen können, welche existieren und wie damit umgegangen werden kann. Falls mögliche Pflegeeltern zum festen Entschluss kommen, dass sie kein Pflegekind mit einer pränatalen substanzspezifischen Schädigung aufnehmen können bzw. wollen, könnte das zu diesem Zeitpunkt Leid für sie selbst und dem möglichen Pflegekind ersparen. Wenn sich Pflegeeltern noch in der Vorbereitungsphase dazu entscheiden, dass sie bewusst ein Pflegekind mit FASD aufnehmen wollen, könnte mit ihnen ein Vorbereitungsmodul wie in Kapitel 4.3 *Vorbereitung und Qualifizierung der Pflegeeltern zum Thema FASD* beschrieben, durchgeführt werden. Insgesamt würde so den potenziellen Pflegeeltern vermittelt werden, dass das Jugendamt das Thema FASD ernst nimmt und es auch dabei unterstützt.

Die zweite Handlungsempfehlung, die Organisation lokaler Betroffenengruppen durch das Jugendamt, stammt direkt von der Interviewpartnerin. In diesen Gruppen könnten sich Pflegeeltern von einem Pflegekind mit FASD aus einer bestimmten Region treffen und sich dort austauschen. Was für einen Mehrwert solche Selbsthilfegruppen bringen können, wurde bereits in Kapitel 2.6 *Unterstützungsangebote* sowie im Interview beschrieben. Wenn die Betroffenengruppe durch das Jugendamt organisiert werden würde, könnte es sich um eine lokale Gruppe handeln mit den Vorteilen der geringen Anfahrt und dass Betroffene womöglich die gleichen bzw. ähnliche Rahmenbedingungen im Alltag betreffen. Beispiele hierfür wären: Wo finde ich den nächsten Facharzt? Wer ist eine gute Reittherapeutin vor Ort? Welche Schule wird von anderen empfohlen? Dadurch, dass das Jugendamt Bescheid wissen sollte, wer ein Kind oder Jugendlichen mit FASD als Pflegekind bei sich aufgenommen hat, könnte das Jugendamt auch die Betroffenen kontaktieren und sie informieren, wenn Treffen der Betroffenengruppe stattfinden. Das Jugendamt könnte solche Betroffenengruppen zusätzlich für sich als Plattform betrachten sowie nutzen, wodurch es in Kontakt mit

den Pflegeeltern bleiben könnte. Dadurch würden sie sich beispielsweise nicht nur zu Hilfeplangesprächen sehen. So wären lokale organisierte Betroffenenengruppen vom Jugendamt ein konkrete Unterstützungsmöglichkeit für betroffene Pflegeeltern, um deren Situation ernst zu nehmen, sie aktiv zu unterstützen und ihnen einen Raum zu bieten.

Die nächste Handlungsempfehlung, die Aufklärung aller Mitarbeitenden des Jugendamts über FASD, stellt eine interne Wissensvermittlung dar. Alle Mitarbeitenden sollten fundiertes Wissen zu FASD haben, da die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sie in ihrem beruflichen Alltag mit Menschen, die FASD haben, in Kontakt stehen. Um mit ihnen und ihren Bezugspersonen professionell umgehen zu können, bedarf es ein breites Fachwissen über FASD. Nur so können die Betroffenen durch das Jugendamt eine positive Unterstützung erfahren. Dabei stellt eine Voraussetzung für die Aufklärung der Mitarbeitenden über FASD dar, dass das Jugendamt das Thema FASD ernst nimmt und auch dessen Relevanz den Mitarbeitenden vermittelt. Es muss somit eine Offenheit gegenüber FASD bei den Mitarbeitenden vorhanden sein, damit die Wissensvermittlung zielführend ist. Konkret könnte dies für die Arbeit im Jugendamt bedeuten, dass es für neue Mitarbeitenden eine Schulung zum Thema FASD gibt sowie für die bereits angestellten Mitarbeitenden eine einmalige Schulung durchgeführt wird. Darüber hinaus sollte das Jugendamt für seine Mitarbeitende regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu dieser Thematik anbieten, damit die Mitarbeitenden auf dem neusten Stand bleiben und Veränderungen zu FASD, wie beispielsweise der Leitlinienerweiterung der Diagnose von FASD von 2016, erfahren.

Als letzte Handlungsempfehlung sei noch die Schaffung einer speziellen Anlaufstelle für FASD im Jugendamt zu nennen. Diese konkrete Handlungsempfehlung wurde von der Interviewpartnerin selbst genannt. Wenn es im Jugendamt eine spezielle Anlaufstelle gäbe, könnte diese intern die genannten Punkte der vorzeitigen Aufklärung der potenziellen Pflegeeltern über die Möglichkeit und die Auswirkungen einer pränatalen alkoholspezifischen Schädigung des Pflegekindes übernehmen sowie das genannte Vorbereitungsmodul durchführen. Außerdem könnte die Anlaufstelle verantwortlich für die lokalen Betroffenenengruppen sein und sich um die regelmäßige Aufklärung aller Mitarbeitenden über FASD kümmern. In der Funktion für betroffene Pflegeeltern könnte die Anlaufstelle eine AnsprechpartnerIn für konkrete Fragen und Herausforderungen bei FASD sein. Die Anlaufstelle könnte beispielsweise die Pflegeeltern in der Anfangszeit bei der Diagnoseabklärung bzw. -stellung unterstützen. Außerdem könnte diese Stelle ein Unterstützungspartner durch Beratung und

Weitervermittlung in den Themen (die durch das Interview erkenntlich wurden) Therapie- Schule- Beruf- Wohnen als Erwachsener- Betreuung und Erziehung sein. Damit wäre den betroffenen Pflegeeltern eine konkrete Anlaufstelle gegeben, die sich mit deren Lage auskennt und konstant als Überstützung an deren Seite beistehen könnte. Es müssen, zusammenfassend, passende Rahmenbedingungen seitens des Jugendamts für Pflegeeltern mit einem Pflegekind mit FASD geschaffen werden, damit die herausfordernde Aufgabe, die betroffenen Pflegefamilien gestellt ist, für alle Beteiligte erfolgreich gelingen kann.

9. Literaturverzeichnis

Balloff, Rainer (³2018): Kinder vor dem Familiengericht. Praxishandbuch zum Schutz des Kindeswohls unter rechtlichen, psychologischen und pädagogischen Aspekten. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Brockhaus (2020): Pflegekind. <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/pflegekind>. 07.04.20.

Coenen-Englert, Nicola (2019): FASD im Vorschulalter – Diagnostik, Beratung und Begleitung. In: FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD- mittendrin statt außen vor!. 20. FASD-Fachtagung in Berlin. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH. S. 13-23.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2017a): Die Fetale Alkoholspektrumstörung. Die wichtigsten Fragen der sozial rechtlichen Praxis. Berlin: o. V.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2017b): Stressreduktion bei FASD Betroffenen, deren Bezugspersonen und sozialer Umwelt durch Elterncoaching Ein Handbuch zum Coaching von Bezugspersonen FASD Betroffener. Training für Trainer. Berlin: o.V.

Erencin, Antje (2016): Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) - eine diagnostische Herausforderung?. In: Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD- eine Herausforderung!. 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 13-24.

Eschelbach, Diana (2014): Rechtliche Rahmenbedingungen der Vollzeitpflege. In: Kuhls, Anke/Glaum, Joachim/Schröer, Wolfgang (Hrsg.): Pflegekinderhilfe im Aufbruch. Aktuelle Entwicklungen und neue Herausforderungen in der Vollzeitpflege. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 54-71.

Falke, Susanne/Stein, Sabine (²2018): Ein (Pflege)Kind mit FASD - und glücklich!. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Familien für Kinder gGmbH (2020): Voraussetzungen, um Pflegeeltern zu werden. https://www.pflegekinder-berlin.de/index.php?article_id=15. 04.02.20.

Familiennetzwerk Siegen (2020a): Motive für die Aufnahme eines Pflegekindes. <https://www.familiennetzwerk-siegen.de/pflegeelternbewerber/informationen/motive-f%C3%BCr-die-aufnahme-eines-pflegekindes/>. 03.02.20.

Familiennetzwerk Siegen (2020b): Pflegeformen. <https://www.familiennetzwerk-siegen.de/pflegeelternbewerber/informationen/pflegeformen/>. 04.02.20.

FASworld e.V. Deutschland (2008): Lebenslang durch Alkohol. Lingen: o.V.

Fegeler, Ulrich (2017): Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD). <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/krankheiten/fetale-alkoholspektrumstoerungen-fasd/diagnose/>. 07.04.20.

Feldmann, Reinhold (2013): Faul, frech, schlecht erzogen, ... - oder doch FASD?!? Leben mit dem Fetalen Alkoholsyndrom. In: PFAD FÜR KINDER (Hrsg.): Faul, frech, schlecht erzogen, ... - oder doch FASD?!? Leben mit dem Fetalen Alkoholsyndrom. Aichach: o.V. S. 9-28.

Fendrich, Sandra/Pothmann, Jens/Tabel, Agathe (2016): Monitor Hilfen zur Erziehung 2016. Dortmund: Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund.

Fendrich, Sandra/Pothmann, Jens/Tabel, Agathe (2018): Monitor Hilfen zur Erziehung 2016. Dortmund: Eigenverlag Forschungsverbund DJI/TU Dortmund.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (2020): Glossar Gesundheitswissen. Prävention. http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_glossar&b=P&__cms_object=138. 02.01.20.

Härter, Henrike (2014): Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholspektrumstörung (FASD)- Diagnostik und Grundlagen. In: Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/ FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht....15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 17-28.

Helfferich, Cornelia (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 559-574.

Helming, Elisabeth/Eschelbach, Diana /Spangler, Gottfried /Bovenschen, Ina (2010): Einschätzung der Eignung und Vorbereitung von Pflegepersonen. In: Kindler, Heinz/Helming, Elisabeth/Meysen, Thomas/Jurczyk, Karin (Hrsg.): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. S. 399-445.

Hoff-Emden, Heike (2014): Was brauchen Eltern von FASD-Kindern?. In: Lepke, Katrin/Michalowski, Gisela/Feldmann, Reinhold/ FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD: Wenn Liebe allein nicht ausreicht.... 15. FASD-Fachtagung in Ludwigshafen/Rhein. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 97-99.

Holtkamp, Kai (2010): Das fetale Alkoholsyndrom - Wie können Pflegefamilien mit einem an FASD erkranktem Kind unterstützt werden? Unter besonderer Berücksichtigung der Ansätze aus der Arbeit mit demenzkranken Menschen. Münster: Grin Verlag.

Holtkamp, Kai (2015): Das fetale Alkoholsyndrom: Unterstützungsmöglichkeiten für den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen. Hamburg: Diplomica Verlag.

Hommer, Merle-Katrina Elisabeth (2006): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte: Schullaufbahn und soziale Entwicklung. Untersuchungsergebnisse bei 135 Kindern. Münster: Medizinische Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität.

Hussy, Walter/Schreier, Margit/Echterhoff, Gerald (2013): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.

ICD-10-GM (2020): Q86. <https://www.icd-code.de/icd/code/Q86.0.html>. 07.04.20.

Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS.

Kindler, Heinz/Scheuerer-Englisch, Hermann/Gabler, Sandra/Köckeritz, Christine (2010): Pflegekinder: Situation, Bindungen, Bedürfnisse und Entwicklungsverläufe. In: Kindler, Heinz/Helming, Elisabeth/Meysen, Thomas/Jurczyk, Karin (Hrsg.): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. S. 128-225.

Köhler, Annemaria/Kröper, Evelyn/Gehres, Walter (2017): Die Gestaltung geteilter Elternschaft in Pflegefamilien, deren fachliche Begleitung und die Rückkehr von Pflegekindern. In: Bergold, Pia/Buschner, Andrea/Mayer-Lewis, Birgit/Mühling, Tanja

(Hrsg.): Familien mit multipler Elternschaft. Entstehungszusammenhänge, Herausforderungen und Potentiale. Opladen/Berlin/Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Küfner, Marion/Schönecker, Lydia (2010): Rechtliche Grundlagen und Formen der Vollzeitpflege. In: Kindler, Heinz/Helming, Elisabeth/Meysen, Thomas/Jurczyk, Karin (Hrsg.): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. S. 48-99.

Landgraf, Mirjam N./Giese, Renate M./Heinen, Florian (2017): Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnose, neuropsychologische Testung und symptomorientierte Förderung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 45 (2). S.104-117.

Landgraf, Mirjam N./Heinen, Florian (2017): Fetale Alkoholspektrumstörungen. S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Landgraf, Mirjam N./Hoff, Tanja (2019): Fetale Alkoholspektrumstörung. Diagnostik, Therapie, Prävention. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2015): Jugendhilfereport 03.15. Adoption. Ein vielfältiges Aufgabenfeld im Wandel. Köln: o.V.

Landschaftsverband Rheinland und Westfalen-Lippe (Hrsg.) (2017): Fetale Alkoholspektrum-Störungen in der Praxis der Pflegekinderhilfe. Eine gemeinsame Arbeitshilfe der Landesjugendämter Rheinland und Westfalen. Köln/Münster: o.V.

Macsaenaere, Michael/Esser, Klaus/Hiller, Stephan (Hrsg.) (2016): Pflegekinderhilfe zwischen Profession und Familien. Beiträge zur Differenzierung und Qualifizierung eines der größten Bereiche erzieherischer Hilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Maletz, Kristin (2013): Reaktion des Umfeldes auf Kinder mit einer alkoholbedingten Schädigung und deren Herkunfts-, Pflege- und Adoptiveltern. In: PFAD FÜR KINDER (Hrsg.): Faul, frech, schlecht erzogen,... - oder doch FASD?!?. Leben mit dem Fetalen Alkoholsyndrom. Aichach: o.V. S. 56-66.

Mayring, Philipp (¹²2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (⁶2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Michalowski, Gisela (2016): Vorwort. In: Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD - eine Herausforderung!. 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 10-12.

Niebert, Kai/Gropengießer, Harald (2014): Leitfadengestützte Interviews. In: Krüger, Dirk/ Parchmann, Ilka/Schecker, Horst (Hrsg.): Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung. Heidelberg: Springer Spektrum. S. 121-132.

Nordhues, Philipp/Weischenberg, Marlit/Feldmann, Reinhold (²2015): Das fetale Alkoholsyndrom. Eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern. In: Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke - Ausblicke. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 18-34.

Nowacki, Katja/Remiorz, Silke (2018): Bindung bei Pflegekindern. Bedeutung, Entwicklung und Förderung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Oberloskamp, Helga/Hoffmann, Brigit (⁵2006): Wir werden Adoptiv- oder Pflegeeltern. Verfahren im In- und Ausland. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Rechtsanwälte Westerholt + Partner (2018): Pflegeeltern haben einen Anspruch auf Beratung und Unterstützung durch das Jugendamt. https://www.die-rechtsanwaelte.com/aktuelles/2018/09/2018_09_13_pflegeeltern-haben-einen-anspruch-auf-beratung.php. 30.01.20.

Santen, Eric van/Pluto, Liane/Peucker, Christian (2019): Pflegekinderhilfe - Situation und Perspektiven. Empirische Befunde zu Strukturen, Aufgabenwahrnehmung sowie Inanspruchnahme. Weinheim: Beltz Juventa.

Schäfer, Dirk (2016): Fachtag des „Aktionsbündnis Kinder mit Behinderungen in Pflegefamilien“. <http://www.inklusion-pflegekinder.de/publikationen/fachtag-des-aktionsbueundnis-kinder-mit-behinderungen-in-pflegefamilien.html>. 07.04.20.

Scheuerer-Englisch, Hermann (2016): Pflegeeltern im freiwilligen Kontext mit Beratungsstellen: Ursachen, Merkmale und Anforderungen für eine gelingende

Beratung. In: Macsenaere, Michael/Esler, Klaus/Hiller, Stephan (Hrsg.): Pflegekinderhilfe zwischen Profession und Familien. Beiträge zur Differenzierung und Qualifizierung eines der größten Bereiche erzieherischer Hilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 231-245.

Schindler, Gila (2012): Deutsches Sozialrecht auf dem Prüfstand – schnelle und unkomplizierte Hilfe für Menschen mit FASD?. In: Paditz, Ekkehart/Ipsiroglu, Osman/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): FASD 2011. Facetten eines Syndroms. 13. Fachtagung in Neumünster. Dresden: kleanthes Verlag für Medizin und Prävention. S. 111-125.

Schindler, Gila/Kreuels, Peter (2015): Inklusion beginnt am Anfang eines Lebens. In: Frühe Kindheit. 18(5). S. 62-63.

Schleiffer, Roland (2015): Fremdplatzierung und Bindungstheorie. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schmidt, Hannah/Fietzek, Michaela/Holodynski, Manfred/Feldmann, Reinhold (2016): FAS-Erste-Hilfe-Koffer. Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Schönecker, Lydia (2010): Pflegekinder mit Behinderung. In: Kindler, Heinz/Helming, Elisabeth/Meysen, Thomas/Jurczyk, Karin (Hrsg.): Handbuch Pflegekinderhilfe. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.. S. 806-815.

Spoehr, Hans-Ludwig (2015): 40 Jahre FASD in Deutschland. In: Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepkre, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke - Ausblicke. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 15-18.

Spoehr, Hans-Ludwig (2016): Das Fetale Alkoholsyndrom. Im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin: De Gruyter.

Universitätsklinikum Münster (2019): "Ich liebe sie, wie sie sind": Kinder mit Fetalem Alkohol-Syndrom. https://www.ukm.de/index.php?id=vollstaendiger_artikel&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bnews%5D=7618&cHash=3ca846ccea2e93ba8281327fec46d89e. 07.04.20.

Wagner, Jessica (2013): FASD und Exekutivfunktionen. In: Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke - Ausblicke. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. S. 50-58.

Wiemann, Irmela (⁵2018): Adoptiv- und Pflegefamilien ein Zuhause geben. Informationen und Hilfen für Familien. Köln: Balance buch + medien verlag.

Ziegler, Holger/Macsenaere, Michael (2016): (Wirkungs-)Forschung in der Pflegekinderhilfe: Aktueller Stand und Ausblick. In: Macsenaere, Michael/Esser, Klaus/Hiller, Stephan (Hrsg.): Pflegekinderhilfe zwischen Profession und Familien. Beiträge zur Differenzierung und Qualifizierung eines der größten Bereiche erzieherischer Hilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 67-75.

10. Anhang

10.1 Tabelle 1

Häufige Begleiterkrankungen bei FASD (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Diagnose (ICD 10)	Diagnose
F90	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F70	Leichte Intelligenzminderung
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörung
F81	Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung
F90.0	Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung
F94	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F98	Primäre Enuresis
F98.1	Enkopresis
G44.8	Kopfschmerzsymptomatik
F32.0-32.3, 32.8	Depression
F10.2, F 17.2	Suchterkrankungen (z. B. Abhängigkeit von Alkohol oder Tabak)
Q21.1	Angeb. Vitium cordis, z. B. Vorhofseptumdefekt (angeboren)
Q60.5	Angeb. Renale Fehlbildungen, z. B. Nierenhypoplasie
Q62.8, Q64.7	Angeb. Fehlbildungen des Ureters und der Harnblase

10.2 Tabelle 2

Tab. 3.1: Mögliche Fehlbildungen als Folge intrauteriner Alkoholexposition (Hoyme et al. 2005)

Bereich	Mögliche Malformationen
Herz	Vorhofseptumdefekt, Transposition großer Gefäße, Ventrikelseptumdefekt, »conotruncal« Herzfehler
Skelett	Radio-ulnare Synostose (zusammengewachsene Unterarmknochen), Wirbelkörperdefekte, Kontrakturen (Versteifung) großer Gelenke, Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)
Niere	aplastische/hypoplastische/dysplastische Nieren, Hufeisennieren/Ureterduplikationen (Harnleiter-Verdoppelung)
Augen	Strabismus (Schielen), Ptosis (Herabhängen des Oberlids), Anomalien von Netzhautgefäßen, Optikushypoplasie
Ohren	Schalleitungs-, Innenohrschwerhörigkeit
geringe Anomalien	hypoplastische Nägel, kurze kleine Finger, Klinodaktylie des kleinen Fingers, Pectus carinatum/excavatum (Kiel-/Trichterbrust), Kamptodaktylie, »hockey stick crease«, Refraktionsfehler, »railroad track ears«

10.3 Leitfaden

Leitfrage	Stichwörter	Konkrete Frage/Gesagtes	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Einstieg/ Aufwärmen</p> <p>Vergangenheit Wie kam das Kind in die Familie?</p>	<p>Angenehme Atmosphäre schaffen</p>	<p>Schön, dass wir zusammen heute das Interview führen können. Wie bereits besprochen, wird alles Gesprochene später für meine Arbeit anonymisiert und so muss sich deswegen keine Gedanken darüber gemacht werden.</p> <p>Bitte sprechen Sie im Interview einfach darüber, wie es Ihnen in der Rolle als Pflegemutter geht.</p> <p>Das Interview habe ich in drei inhaltliche Blöcke eingeteilt: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.</p> <p>Fangen wir doch mal gleich mit einer Frage zu Vergangenheit an: Wie kam es dazu, dass [Name des Kindes] zu Ihnen kam?</p>	
<p>Welche Informationen und Wissen bereits vorhanden, bevor Pflegekind in die Familie kam?</p>	<p>Information Wissen FASD</p>	<p>Welche Informationen und Wissen hatten Sie bereits über FASD bevor [Name des Kindes] zu Ihnen kam?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Können Sie auf ... noch genauer eingehen? - Können Sie noch ein bisschen mehr zu ... sagen? - Können Sie dafür eine konkrete Situation beschreiben? - Können Sie es anhand eines Beispiels verdeutlichen? - Inwieweit? - Wie genau?
<p>Wie hat sich FASD im ersten Jahr bemerkbar gemacht?</p>	<p>Ersten Jahr FASD Bemerkbar</p>	<p>Im ersten Jahr als [Name des Kindes] in Ihrer Familie neu war, wie hat sich da seine Behinderung, also FASD, bemerkbar gemacht?</p>	<p>(siehe oben)</p>

Wie und von wem wurden Sie in der ersten Zeit begleitet, als sich herausgestellt hat, dass Ihr Pflegekind FASD hat?	Wie und wer Erste Zeit Begleitung FASD	Wie und von wem wurden Sie in der ersten Zeit begleitet, als sich herausgestellt hat, dass [Name des Kindes] FASD hat?	(siehe oben)
Was war dabei hilfreich/ herausfordernd/ gewünscht?	Dieser Zeit Hilfreich, Herausfordernd, Gewünscht	Was war dabei in dieser Zeit hilfreich, was war herausfordernd und was hätten Sie sich noch gewünscht?	(siehe oben)
Wann wurde die Diagnose FASD des Pflegekindes erhalten?	Diagnose	Wann wurde Ihnen diagnostiziert, dass [Name des Kindes] FASD hat?	(siehe oben)
Gegenwart		Okay gut, nun würde ich gerne mit Fragen weitermachen, die Ihren Alltag im Moment betreffen	
Was läuft gut/herausfordernd im Alltag mit dem Pflegekind?	Läuft gut, herausfordernd Alltag	Was läuft gut und was ist herausfordernd im Alltag mit [Name des Kindes] im Moment?	(siehe oben)
Wo erhalten Sie Unterstützung und Hilfe, wenn Sie Fragen zum Thema FASD haben?	Unterstützung und Hilfe Fragen Thema FASD	An wen wenden Sie sich, wenn Sie Unterstützung und Hilfe brauchen und wenn Sie Fragen zum Thema FASD haben?	(siehe oben)
Was würden Sie sich noch für Unterstützung für Ihr Kind aktuell wünschen?	Unterstützung Aktueller Wunsch	Was würden Sie sich noch für Unterstützung für Ihr Kind aktuell wünschen?	Gibt es konkrete Beispiele für bestimmte Netzwerke, finanzielle-, medizinische-, oder therapeutische Unterstützung...?
Zukunft		Jetzt haben wir uns schon mit der Vergangenheit und gerade mit der Gegenwart beschäftigt. Ich habe nun noch als letzten Frageblock ein paar Fragen zur Zukunft vorbereitet.	(siehe oben)

Was würden Sie sich für Ihr Kind für die nächsten fünf Jahre wünschen?	Nächsten fünf Jahre Wunsch	Was würden Sie sich für [Name des Kindes] für die nächsten fünf Jahre wünschen?	(siehe oben)
Was würden Sie sich für Ihr Kind für die nächsten zehn Jahre wünschen?	Nächsten zehn Jahre Wunsch	Was würden Sie sich für [Name des Kindes] für die nächsten zehn Jahre wünschen?	(siehe oben)
Was bräuchte Ihr Kind für konkrete Unterstützung für die Wünsche, die Sie für ihn haben?	Konkrete Unterstützung Wünsche	Was bräuchte [Name des Kindes] für konkrete Unterstützung für die Wünsche, die Sie für ihn haben?	(siehe oben)
Was würden Sie sich für Unterstützung für sich als Elternteil wünschen?	Unterstützung Elternteil Wunsch	Was würden Sie sich für Unterstützung für sich als Elternteil wünschen?	(siehe oben)
Was würden Sie sich für Kinder mit FASD in der Gesellschaft wünschen?	Kinder mit FASD Gesellschaft Wünsche	Was würden Sie sich für Kinder mit FASD in der Gesellschaft wünschen?	(siehe oben)
Was würden Sie sich im Allgemeinen für Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD wünschen?	Allgemeinen Pflegefamilien Kind mit FASD Wunsch	Was würden Sie sich im Allgemeinen für Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD wünschen?	(siehe oben)

10.4 Transkript des Interviews

(siehe nächste Seite)

I: Interviewerin, IP: Interviewpartnerin

1 I: Gut, dann fangen wir doch gleich mal mit der Vergangenheit an mit der ersten Frage: Wie kam es
2 dazu, dass J. zu euch kam?

3 IP: Wir haben uns als Pflegeeltern beworben und dann hat das ganze Verfahren ein bisschen
4 gedauert, vom Verfahrensbeginn bis er zu uns kam waren es neun Monate. Dann hat sich das
5 Jugendamt praktisch gemeldet.

6 I: Dann die zweite Frage: Welche Informationen und Wissen hattet ihr bereits über FASD bevor J. bei
7 euch war?

8 IP: Gar keine.

9 I: Im ersten Jahr, als J. neu in eure Familie reinkam, wie hat sich da seine Behinderung, also FASD,
10 bemerkbar gemacht?

11 IP: Da wussten wir immer noch nichts drüber. Wir haben erst über FAS erfahren, da muss ich
12 überlegen, da war er schon fünf, fast sechs glaub ich sogar. Also fünf war er auf jeden Fall schon. Und
13 da war er ja schon drei Jahre bei uns.

14 I: Dann kam er also mit zwei Jahren zu euch?

15 IP: Bisschen über zwei Jahre war er gewesen.

16 I: Gut, so in der ersten Zeit, als ihr sozusagen gewusst habt, dass J. FAS hat, von wem wurdet ihr da
17 begleitet?

18 IP: Eigentlich von gar niemanden am Anfang. Weil ich habe über diese Krankheit aus einer
19 Fernsehreportage erfahren. Ich habe hier so nebenbei mittags den Fernseher laufen lassen und dann
20 kam eine Reportage und ich habe nur so halb hingehört. Und irgendwann dachte ich was erzählt
21 denn der Mann da? Und dann dachte ich mir das kommt mir alles bekannt vor. Und dann habe ich
22 bisschen genauer hingehört, habe mir dann gemerkt fetales Alkoholsyndrom und habe dann
23 gegoogelt und wusste sofort dann, das passt 100 prozentig auf ihn. Und dann habe ich mich
24 eigentlich komplett darum alleine gekümmert. Weil unser Jugendamt will ja bis heute von FAS nicht
25 so viel hören. Und habe selber im Internet recherchiert, bin in Selbsthilfegruppen, hab nach einer
26 Ärztin gesucht. Also es gibt ja nicht sehr viele Ärzte, also wir haben uns komplett alleine gekümmert.
27 Und dann hatten wir paar Monate später im SPZ einen Termin.

28 I: Was ist das SPZ?
29

30 IP: Sozialpädiatrisches Zentrum. Da werden so Kinder begleitet, die eben entwicklungsverzögert sind
31 oder irgendwo Probleme haben. Und als ich dort sagte, ich habe da einen Termin bei der Frau Doktor
32 K. gemacht, die sich mit FAS sehr gut auskennt, da meinte dann die Ärztin ja da würden J. Probleme,
33 also wenn er das hätte, da würde Manches Sinn ergeben. Und dadurch waren wir bis dahin ohne
34 jegliche Unterstützung. Ich habe mich also um alles alleine gekümmert.

35 I: Also hast du von FAS erst wirklich bei der Reportage erfahren und dich dann selber auf den Weg
36 gemacht?

37 IP: Genau, weil eben unser Jugendamt nichts davon hören wollte.

38 I: Das heißt du bist also auch damit sozusagen hingetreten?

39 IP: Ne, wir haben da das Jugendamt hat einen Psychologen, ich sag mal, engagiert. Einmal im Monat
40 macht die so Treffen, da kannst du als Pflegeeltern hingehen und so deine Probleme erzählen. Die
41 arbeitet sehr eng mit dem Jugendamt zusammen, denke ich mal. Und als ich dann gesagt habe, ich
42 habe die Vermutung, dass J. FAS hat und dass das wohl einiges erklärt, da ist die mich richtig
43 angegangen. So nach dem Motto, ich soll als Laie keine Diagnose stellen. Das soll ich den Ärzten
44 überlassen. Also die ist mich richtig scharf angegangen. Worauf ich mir gedacht habe hier bekomme
45 ich keine Hilfe. Und auch bis heute ist das Jugendamt, wenn du Hilfe möchtest, nicht sehr zugeneigt
46 und hört da beim Thema FAS gar nicht hin. Wir sind jetzt zum Glück in der Zuständigkeit vom
47 Sozialamt, weil der IQ mittlerweile getestet ist und der IQ recht niedrig ist. Da ist bei uns das so
48 geregelt, dass das Sozialamt zuständig und die sind da etwas offener. Aber sobald du was vom
49 Jugendamt möchtest, wird Thema FAS ignoriert. So nach dem Motto seine Eltern hatten ja schon
50 keinen hohen IQ und was will man da erwarten.

51 I: Dann wird es mich noch interessieren von euch, als euch in der ersten Zeit herausgefunden habt,
52 dass Jason FAS hat, was für euch hilfreich war, was für euch herausfordernd war und was ihr euch in
53 dieser Zeit noch gewünscht hättet?

54 IP: Also ich hätte mir, die dritte Frage erst einmal, ich hätte mir gewünscht wirklich mehr
55 Unterstützung von Ämtern zu erhalten. Und so waren wir, einerseits war ich total enttäuscht, die
56 Diagnose für ihn zu haben. Und auf der anderen Seite so bisschen Erleichterung. Wir wissen jetzt
57 endlich, warum er so ist, wie er ist. Dass man eben weiß, okay er kann eben für manche Sachen
58 nichts, weil eben das Gehirn geschädigt ist. Es hat sich so manchen geklärt und man konnte auch so
59 eben im Kindergarten sagen er kann nichts dafür, weil er hat eine Gehirnschädigung. Da habe ich
60 mich auch gut unterstützt gefühlt von der Frau Doktor K., die mir einige Literaturtipps gegeben hat
61 und ich habe dann die Bücher oder im Internet gelesen. Das hat viel geholfen, um diese Krankheit zu
62 verstehen und ihn zu verstehen und ums auch anderen zu erklären, warum er eben so ist.

63 I: Und was war dann noch so herausfordernd in der Zeit?

64 IP: In der Zeit, herausfordernd war es ja eigentlich immer gewesen. Ja herausfordernd zu wissen, wir
65 müssen uns jetzt um ganz viel kümmern, weil auch die Ärztin gesagt hat: Als Erstes
66 Schwerbehindertenausweis beantragen, Pflegestufe beantragen, so. Du wusstest es werden noch
67 mehr Gänge zu erledigen. Oder sie hat auch gesagt zum Kinderkardiologen gehen, zum Orthopäden
68 gehen, zum HNO gehen, um alles abchecken zu lassen, was gestört oder geschädigt sein könnte. Das
69 war erst einmal eine Herausforderung, eben diese Liste von ihr herarbeiten, was man abchecken
70 soll.

71 I: Du hattest also gleich am Anfang gemeint, was du dir gewünscht hättest, mehr Unterstützung von
72 den Ämtern. Wie hätte das für dich aussehen können? Also könntest du dafür ein Beispiel nennen?

73 IP: Als wir dann beim Hilfeplangespräch gesagt haben, dass wir die Vermutung haben, als wir noch
74 nicht die Diagnose hatten, dass J. FAS hat, hat man erst einmal große Fragezeichen in den Augen
75 gesehen. Dann hatten wir beim Hilfeplangespräch im Kindergarten die Kinder- und Jugendärztin vom
76 Gesundheitsamt mit dabei. Als ich ihr sagte wir sind gerade dabei die Diagnose FAS abzuklären,
77 schaut sie mich an: Was ist denn FAS? Da war mir sofort klar, du brauchst hier nirgendwo mit
78 diesem Thema anfangen, die kennen sich alle damit nicht aus. Ja, es ist so man will es auch gar nicht,

79 glaub ich, sich damit beschäftigen teilweise. Weil es bedeutet vielleicht fürs Jugendamt, wir müssten
80 mehr Kosten irgendwo wieder übernehmen. So denk ich mir das immer, haben die das im
81 Hinterkopf.

82 I: Genau, die Frage hattest du schon beantwortet, aber ich stelle sie dir trotzdem noch: Wann wurde
83 euch genau diagnostiziert, dass J. FAS hat?

84 IP: Die genaue Diagnose da müsste ich nochmal nachschauen, da müsste ich dir nochmal schreiben.
85 Wir waren da im September als er fünf war, oder war er da gerade sechs geworden? Ich will's nicht
86 genau sagen, da müsste ich nochmal nachschauen, wann er genau die Diagnose bekommen hat. Die
87 müsste jetzt zwei Jahre her sein. Ja genau. Er ist ja jetzt in der Schule, ja es ist jetzt genau vor zwei
88 Jahren, also bisschen mehr als zwei Jahre ist es her.

89 I: Und wie alt ist er jetzt?

90 IP: Er ist jetzt acht. Ja, so mit sechs hatte man dann die schriftliche Diagnose.

91 I: Das waren ja jetzt schon ein paar Fragen zu Vergangenheit, dann würde ich jetzt ein paar Fragen zu
92 Gegenwart stellen. Und da würde es mich interessieren, was läuft gerade im Alltag gut mit J.?

93 IP: Im Alltag, wir hatten gerade stressige Tage, die nicht so gut gelaufen sind. Da muss ich überlege,
94 was überhaupt gut läuft.

95 I: Sonst kannst du auch gerne mit denen anfangen, weil ich wollte dann eh noch fragen, was
96 herausfordernd im Alltag im Moment ist.

97 IP: Im Moment ist herausfordernd, dass gerade durch die Schule sehr viele Reize auf ihn einströmen.
98 Er mit diesen Reizen oft sehr überfordert ist. Er bekommt fünf Stunden in der Woche
99 sonderpädagogische Förderung. Es bedeutet aber für ihn am Montag er hat schon normal fünf
100 Unterrichtsstunden und weil es im Moment nicht anders im Moment geht, holt ihn in der sechsten
101 Stunde ihn die Sonderpädagogin und macht mit ihm nochmal Einzelunterricht. Danach also in der
102 Zeit, wo er mit der Sonderpädagogin nochmal Unterricht hat, sind die anderen Kinder schon mal
103 draußen und können sich schon austoben. So, dann ist er fertig. Dann gehen die gleich zum
104 Mittagessen und dann hat er nochmal eine Viertelstunde um draußen zu Spielen und dann soll er
105 schon Hausaufgaben machen. Selbst für ein älteres Kind ist das schon deftig. Und dann dreht er so
106 richtig am Nachmittag auf. Ist mit ich schmeiße mal den Ranzen aus dem Auto raus, die Trinkflasche,
107 die fliegt im hohen Bogen über die Straße und wenn's nicht weit genug ist, tret ich mal noch mit dem
108 Fuß drauf, im Treppenhaus schreie ich alles zusammen. Wir sind hier im Mehrfamilienhaus und
109 stampfe die Treppen hoch und in der Wohnung schmeiße ich mich erstmal in den Flur und schreie
110 einfach nur. So läuft jetzt manchmal der Montag ab. Heute war aber ein guter Tag gewesen. Heute
111 war er sehr ausgeglichen und da läuft es dann auch gut. Da kann man mit ihm auch Sachen erklären,
112 heute haben wir auch zum Beispiel so eine Maske gebastelt, wie die auf den Verpackungen von den
113 Cornflakes drauf ist. Da war ein Eichhörnchen. Er liebt gerade Eichhörnchen. Das geht an langen
114 Tagen, wo er zu viele Reize hat, geht das nicht. Aber an so einen Tag wie heute, da hat er nur vier
115 Stunden gehabt, da ist es in Ordnung. Das ist eben immer tagesabhängig, ob etwas gut läuft oder ob
116 es eben nicht gut läuft. Oder dann eben auch noch, war ein Treffen mit seinen leiblichen Eltern oder
117 war das schon länger her. Wenn die Treffen mit den leiblichen Eltern erst ein paar Tage her sind,
118 dann haben wir fast jeden Tag so ein Geschrei und Gestampfe. Das ist eben, das hängt von sehr, sehr

119 vielen Faktoren ab, weil er eben auch noch traumatisiert zu alledem ist. Und er hat eben noch
120 Kontakt zu seinen leiblichen Eltern. Was sonst noch, ich vermische mal noch die Fragen, was sehr gut
121 bei ihm läuft: Auswendiglernen. Das haben wir, als er so vier, fünf war, das er im Kindergarten, wenn
122 alle Kinder zu Weihnachten den Eltern was vorgetragen sollten. J. war fast immer das einzige Kind,
123 was einen langen Text hatte und lange Sachen vorgetragen hat und das wirklich auswendig konnte,
124 ohne, dass ich das mit ihm zuhause geübt habe. Und heute haben sie in der Schule Martinsfest
125 gefeiert und ich wusste, er hat da auch einen Text, aber er legt ihn zuhause auch nicht raus und sagt
126 Mama den müssen wir mal üben. Er kann den. Er hört ihn zweimal, maximal dreimal. Und die Lehrer
127 denken immer wir üben das zuhause und ich hab den Lehrer gesagt wir haben nicht geübt, er hat mir
128 den Text nicht einmal gegeben. Deswegen so Bücher kann er komplett auswendig. Ja, ich sag da
129 immer wir brauchen eigentlich keinen Tiptoy Stift mehr für die Tiptoybücher. Das kann er alles
130 selber. Ja das ist so eine Sache, da ist irgendwas im Gehirn, wo er, keine Ahnung, ich kann`s nicht
131 erklären, also das funktioniert prima, das Auswendiglernen. Ja, deswegen wir müssen sehen, dass wir
132 vieles übers Auswendiglernen wahrscheinlich mit ihm, nicht mit Logik. Weil Mathematik funktioniert
133 gar nicht. Das wurde uns aber auch von der Ärztin erklärt. Das ist ein typisches FAS Problem.
134 Deswegen können diese Leute nie mit Geld umgehen. Und wenn du ihn fragst sag mir mal $6+1$. 10.
135 Nochmal. Acht? Drei? Das geht gar nicht. Absolut gar kein Mengenverständnis. In der Schule, da
136 rechnet er mit Punktmengen. Ich weiß nicht, ob du schon davon gehört hast, das ist immer schwer zu
137 erklären, kann ich dir auch mal noch ein Foto schicken. Da liegen die das aufeinander. Damit klappt
138 es prima. Da kann er auch die 10 zerlegen, also sieben plus drei, sechs plus vier. Das geht ohne
139 Probleme. Aber sobald er diese Zahlenmengen weglegt, geht gar nichts. Ich habe das auch für
140 zuhause nachgebastelt. Das ist ganz einfach und damit haben wir dann auch immer bisschen geübt.
141 Da sind einfach Punkte. Also ein Punkt ist logisch. Zwei sind nebeneinander. Drei sind zwei unten,
142 einer oben. Und bei fünf sind wie bei einem Würfel vier, aber der fünfte ist oben, nicht so in der
143 Mitte, sondern so oben. Und dann legst du die drei an und dann hast du acht Punkte übereinander.
144 Und dann fünf plus drei ist acht. Mit Minus machst du das genau anders rum. Da nimmst du zum
145 Beispiel die acht, legst drei drauf und dann bleiben nur die fünf übrig. Das ist mit verschiedenen
146 Farben. Ja ich schicke dir mal ein Bild davon. Weil damit kann er`s, aber ansonsten das sind so Dinge
147 die gar nicht gehen. Das Rechnen, das Verstehen von Zahlen, ja. Ja was funktioniert sonst so gar nicht
148 so gut? Ist schon spät abends. Jetzt ist G. nicht da, dem würde bestimmt noch was einfallen. Ja eben
149 was so gar nicht funktioniert, ist eben der Nachmittag mit viel Reizüberflutung. Da hilft dann nur
150 noch rausgehen. Entweder aufs Fahrrad setzen und fahren, fahren, fahren oder in den Wald ihn
151 austoben lassen.

152 I: Was heißt dann austoben?

153 IP: Steine werfen, Stöcke gegen irgendwelche Bäume und wenn da steht er 10 Minuten und haut den
154 Stock gegen den Baum. Da spürt er sich, weil er hat auch Wahrnehmungsstörungen, wurde uns
155 gesagt. Da braucht er das impulsive und wenn er dann eben so eine ganze Weile so draufgehauen
156 hat, so kann er sich wieder spüren und kommt wieder runter. Was montags sonst auch gut klappt
157 und das passt ja dann auch so eben zu den langen Tag, gehen wir seit zwei Jahren zur Reittherapie.
158 Und wir haben eben gemerkt, seitdem ja seit diesem Schuljahr der Montag so anstrengend ist und da
159 gehen wir danach zur Reittherapie, da kommt er total runter. Da kann man mit ihm auch
160 Hausaufgaben wieder machen. So Sachen wie Mathematik sind dann wieder so möglich. Wenn wir
161 dann um halb fünf zuhause, was für ihn eigentlich schon recht spät ist. Können wir uns um halb fünf
162 hinsetzen und ich sag mach mal die Hausaufgaben fertig. Und dann ist er da ratzi fatzi fertig und das

163 fällt ihm dann auch wieder total leicht. Weil auf dem Pferd, da spürt er ganz viel. So diese ganze
164 Frustration ist da halt dann weg.

165 I: Und diese Reittherapie macht ihr die dann einmal wöchentlich?

166 IP: Ja einmal wöchentlich. Die ist eigentlich für den Aufbau der Muskulatur gedacht, weil auch da die
167 Muskeln bei ihm schnell erschlaffen und seitdem er da Unterricht hatte, das ist auch so eine typische
168 FAS Erkrankung, seitdem haben sich die Muskeln schon gut gekräftigt und der Nebeneffekt ist eben,
169 dass er sich auf dem Pferd sehr gut spürt. Ich habe mich selber auch einmal draufgesetzt, weil die
170 Reitlehrerin sagte, ich soll mich draufsetzen. Das ist ein riesiges Pferd und dann sitzt man da so und
171 spürt man im ganzen Körper. Und das ist so wahrscheinlich für ihn so ich merke jeden Muskel,
172 vermute ich jetzt mal. Also das wird er unterbewusst so wahrnehmen und kommt dadurch so richtig
173 runter. Und wird so wie sagt man heute er entschleunigt. Ja und wenn es dann so andere Tage sind,
174 jetzt habe ich schon ganz viel, rauf aufs Fahrrad und ab wir fahren. Da war mal irgendein Nachmittag
175 und da hat er nur geschrien und geschrien. Da habe ich gesagt ab aufs Fahrrad und raus. Da ist er mir
176 dann erstmal eine ganze Weile hinterhergefahren und hat dann erstmal noch eine ganze Weile
177 geschrien und nein, ich will nicht und so. Und dann habe ich mich verfahren, ich bin einen Weg falsch
178 abgebogen. Es war zum Glück Sommer. Es war lange hell. Und dann bekamen wir langsam Hunger.
179 Wir waren über zwei Stunden am Ende unterwegs. Sind nach Hause gekommen, G. hatte schon das
180 Abendbrot fertig. Aber er war dann ruhig. Also solche Nachmittage gibt es auch. Man muss sich eben
181 total umstellen mit einem FAS-Kind. Das ist nicht so wie mit einem gesunden Kind: Geh mal in dein
182 Zimmer und spiele. Das geht selten gut. Deswegen habe ich auch gesagt, wir müssen das abends
183 machen. Weil wenn wir das nachmittags machen und er bekommt mit, man redet über ihn, das
184 gefällt ihm gar nicht und dann bekommt er ja auch nicht meine Aufmerksamkeit und dann würde er
185 halt sein Zimmer auseinander nehmen, solange ich genervt sagen würde wir brechen das jetzt ab und
186 ich kümmere mich um J..

187 I: Aber das ist ja auch kein Problem mit heute Abend, passt mir auch gut.

188 IP: So eine Nachmittagssache, so eine Sache kann man mit J. nicht am Nachmittag machen. Ist man
189 schon eingeschränkter dadurch. Ja, man muss so eben sein ganzes Leben doch oft auf das Kind
190 einstellen. Muss man sowieso wenn man ein Kind hat, aber mit so einem Kind muss man das eben
191 noch mehr.

192 I: An wen wendest du dich, wenn ihr Unterstützung oder Hilfe braucht eben zum Thema FASD oder
193 wenn ihr auch mal eine Frage darüber habt?

194 IP: Entweder an die Ärztinnen des SPZ, wenn es sich gerade um die Medikamente geht. Die kennt
195 sich jetzt dann auch gut mit diesem Thema aus. Obwohl sie sich vorher nicht so gesagt hat. Aber
196 seitdem wir die Diagnose habe, kann bei FAS dieses Mittel, da wurden gute Erfolge erreicht bei
197 anderen. Genau, sie frage ich viel, gerade auch im Umgang, wenn er so extrem verhaltensauffällig ist.
198 Was wir da machen können, wenn ich selber keine Lösung finde oder ich bin in Facebook in einer
199 Gruppe, die nennt sich, die ist eine Gruppe von FAS Deutschland, hast du von diesem Verein schon
200 einmal gehört?

201 I: Ja im Internet habe ich schonmal darüber gelesen.

202 IP: Ja, auf Facebook gibt's eine Seite und da kann man, wenn man Pflegeeltern ist oder Adoptiveltern
203 oder leibliche Eltern oder so Leute, die sich mit dem Thema beschäftigen, kann man in dieses Forum
204 eintreten und dann kann man seine Probleme schildern. Und in der Gruppe wird auch nicht über
205 jemanden hergezogen oder blöde Kommentare abgegeben, das geht alles sehr sachlich zu und da
206 bekomme ich auch teilweise sehr gute Antworten. Da wende ich mich halt auch ziemlich oft dahin.

207 I: Ist das dann sozusagen eine Online-Selbsthilfegruppe, wenn man Fragen hat?

208 IP: Ja genau, man stellt seine Fragen, beschreibt sein Problem und fragt dann was würdet ihr jetzt da
209 oder kennt ihr dasselbe Problem oder wie würdet ihr in dem Fall reagieren? Da bekommt man
210 eigentlich ziemlich viele gute Antworten.

211 I: Und die Antworten sind dann wahrscheinlich von Eltern oder auch Leuten, die ein Kind mit FAS
212 haben oder sind da auch Ärzte? Oder ist das einfach eine Gruppe untereinander?

213 IP: Wenn ich es richtig mitbekommen habe, sind da auch verschiedene Leute vom Jugendamt in der
214 Gruppe, die sich mit dem Thema beschäftigen. Deswegen sind wohl auch Leute wieder rausgetreten.
215 Aber da sich ja unser Jugendamt nicht so intensiv mit dem Thema beschäftigt, ist da unser
216 Jugendamt nicht dabei. Und größtenteils sind es aber denk ich Pflegeeltern und Adoptiveltern. Weil
217 FAS Deutschland wurde ja auch von Pflegeeltern gegründet, die FAS geschädigte Kinder haben.

218 I: Ah, dann ist das also auch eine Eigeninitiative?

219

220 IP: Genau, ich vermute jetzt mal 80 Prozent sind Pflegeeltern oder Adoptiveltern, die da dort drinnen
221 sind.

222 I: Gibt es sonst noch weitere Hilfe/Unterstützungsangebote, die ihr annimmt, außer die Ärztin und
223 die Gruppe in Facebook?

224 IP: Wir gehen noch zur Ergotherapie mit J. Sie hat sich auch sehr mit dem Thema beschäftigt, da sind
225 wir jetzt ganz zufrieden und ansonsten ne eigentlich nicht. Doch, es gibt einen Landesverband,
226 Thüringer Landesverband für Pflege- und Adoptiveltern, die organisieren mit verschiedenen
227 Jugendämtern Pflegeelterntreffen und da sind immer sehr fachkundige Referenten dabei. Da fahre
228 ich noch ziemlich oft hin. Da fühlt man sich aufgehoben, weil man da nur unter Pflegeeltern ist und
229 man bekommt mit, wie viele Pflegekinder FAS haben und dann fühlt man sich dort verstanden. Weil
230 erstmal die Eltern fast alle das gleiche Problem mit ihrem Kind haben und die Referenten sich sehr
231 gut mit den Themen FAS, Trauma und solche Sachen auskennen. Da nehme ich immer sehr viel für
232 mich mit. Das letzte Thema war Bindungsstörung. Was sehr viele Pflegekinder haben, aber gerade
233 auch die FAS Kinder und wo man dann weiß, okay im Alltag das bedeutet dann für J. dieses. Und wo
234 dann wieder das Treffen mit den leiblichen Eltern war, versteht man es und kann dann auf ihn anders
235 reagieren. Und reagiert dann, es funktioniert nicht immer, aber reagiert nicht mehr ganz so genervt
236 oder gleich so aufbrausend. Viele Leute sagen immer zu mir du machst das ja so schön ruhig, ich
237 denke aber immer du bist so aufbrausend. Also zuhause, da geht es schon manchmal sehr laut her.
238 Wie ich dann immer denke ah so ruhig läuft das nicht. Aber aus diesen Treffen nimmt man immer viel
239 mit, sodass man eben sagen kann ah ich reagiere mal in diesem Moment so und so, mal gucken, wie
240 er reagiert. Von der einen Referentin kam mal der Tipp, wenn die Kinder so richtig am Nachmittag
241 austicken, weil Reizüberflutung in der Schule war, einfach mal etwas machen, womit die nicht
242 rechnen. Beispiel gibt es doch so rote Clownsnasen, kennst du das? So eine aufsetzen und dann alles

243 ganz normal weitermachen. Und dann sagte sie: Na warten Sie mal, wie die Kinder reagieren. Das mit
244 der Clownsnase habe ich nicht gemacht, aber ich habe verschiedene Sachen gemacht. Und dann
245 guckt J., dann ist er ruhig und die Gedanken so hä? Aber er wird ruhig. Also Dinge tun, womit das
246 Kind nie rechnen würde. Das funktioniert super. Aber manche Sachen funktionieren eben nur eins,
247 zweimal, wie das mit der roten Clownsnase. Das macht man vielleicht zweimal und danach denke ich
248 wird das wohl nicht mehr so funktionieren. Oder sie hat gesagt, einfach mal einen Kopfstand, aus
249 dem Nichts einen Kopfstand machen oder so irgendwas.

250 I: Das wollte ich noch nachfragen: Du hast gemeint, du gehst regelmäßig zu den Treffen. Wie oft sind
251 die dann ungefähr?

252 IP: Nicht so oft, vielleicht ein, zwei, im halben Jahr so eins, zwei.

253 I: Wir sind ja jetzt gerade noch so bei Fragen in der Gegenwart und da wäre meine Frage noch: Was
254 würdest du dir noch so Unterstützung für euer Kind aktuell wünschen?

255 IP: Eben mehr durch das Jugendamt, dass das Jugendamt das noch mehr für sich wahrnimmt. In der
256 Schule erhalten wir sehr viel Unterstützung. Die haben sich auch sehr intensiv mit dem Thema
257 beschäftigt. Wir haben den Informationsmaterial mitgegeben und die haben das auch wirklich
258 durchgelesen für sich und wenn die Sachen, die da als Tipps gegeben wurden, wenden die auch im
259 Unterricht an. Aber das Jugendamt, da kommt gar nichts. Wie gesagt, wir brauchen da, glaub ich,
260 auch keine Informationsbroschüren hingeben. Die würden sich das nicht durchlesen, die würden das
261 in die Ecke legen. Und da würde ich mir einfach, da wünsche ich mir mehr. Oder bevor wir ein Kind
262 aufnehmen, dass man uns gesagt hätte, es ist eben auch möglich, dass das Kind eine Alkohol- oder
263 Drogenschädigung haben könnte und was das dann eben bedeutet. Und so im Vorfeld auch vom
264 Jugendamt ein paar Infos bekommen hätte. Das man nicht so ins Kalte geschmissen wird. Und dass
265 man jetzt eben nicht so im Regen stehen gelassen wird. Das ist zum Glück jetzt beim Sozialamt ein
266 bisschen anders. Aber das wird ja weitergehen, das Jugendamt wird ja immer irgendwo mit im Boot
267 bleiben. Und solange die Mitarbeiter, weiter die da das Sagen haben, nicht ändern, wird sich da zum
268 Thema FAS, denke ich, auch nicht viel ändern. Es ist eben so, es ist ein Pflegekind und da erwarte ich
269 mir auch vom Jugendamt Unterstützung. Ist ja nicht so, dass wir ihn adoptiert haben, dann ist es halt
270 mein Problem. Aber das ist eben so das ganz große Manko, da fehlt sehr viel Unterstützung. Ich weiß,
271 dass es anderen Pflegeeltern aus unserem Landkreis genauso geht.

272 I: Geht J. dann auf eine „normale“ Grundschule oder ist es eine spezielle Schule?

273 IP: Ne, er geht auf eine ganz normale Grundschule, weil in Thüringen Inklusion, das Thema hast du
274 sicherlich schon gehört, in Thüringen wird die Inklusion sehr streng durchgesetzt. Das bedeutet, dass
275 so gut wie gar kein Kind mehr auf die Förderschule geht. Es gibt Schulen für geistig Behinderte. Dafür
276 ist er aber zu intelligent und auf einer Förderschule das wurde uns gleich gesagt, das wird nicht
277 passieren und sie wollen auch gar nicht ihr Kind auf einer Förderschule, weil wenn da welche
278 eingeschult werden, dann mit ganz, ganz schlimmen Problemen und mit diesen Kindern wollen Sie
279 ihr Kind auch nicht in einer Klasse sehen wollen, wurde uns gesagt. Aber er hat einen
280 Integrationshelfer. Den haben wir eigentlich auch ziemlich schnell bekommen. Wir haben bevor er
281 schon in der Schule war, den Antrag gestellt, sind da dann glücklicherweise mal beim Jugendamt an
282 einen jüngeren Mitarbeiter gekommen, der sich intensiv dann auch mit FAS beschäftigt hat und der
283 dann es auch geschafft hat, dass J. ich glaub in der dritten Schulwoche einen Integrationshelfer hatte.

284 Aber als wir dann eben mehr wollten, mehr Stunden und alles, da hat dann sein Vorgesetzter dann
285 abgeblockt.

286 I: Mehr Stunden den Integrationshelfer, oder?

287 IP: Mehr Stunden den Integrationshelfer und auch in den Ferien für den Schulhort, weil ich ja
288 halbtags arbeiten gehe, sind wir auch darauf angewiesen, dass J. teilweise in den Ferienhort geht.
289 Und da haben die Hortner gesagt das funktioniert nicht, bitte organisieren Sie auch einen
290 Schulbegleiter für die Ferienzeiten und da führte dann beim Jugendamt wieder gar kein Weg rein.
291 Und als wir dann in die Zuständigkeit des Sozialamts gekommen sind, haben wir auch den
292 Integrationshelfer für die Ferien genehmigt bekommen. Es sind nur Sachen, die muss man nicht
293 verstehen: Ein Landratsamt, zwei unterschiedliche Auffassungen in den Ämtern. Deswegen es fällt
294 und steht mit den Mitarbeitern.

295 I: Jetzt haben wir ja auch schon über einige Fragen zur Gegenwart gesprochen und jetzt würde ich
296 nochmal ein paar Fragen zu Zukunft stellen. Was würdest du dir für J. für die nächsten fünf Jahre
297 wünschen?

298 IP: Dass er Mathematik versteht, dass er in der Schule weiterhin Spaß hat. Er ist in einer kleinen
299 Klasse. Das ist auch eigentlich ein Wunder, weil normalerweise hätte er in eine Klasse mit 29 oder 30
300 Kindern kommen sollen und irgendwie hat es die Schule aber geschafft, diese Klasse zu teilen. Aber
301 es ist eben Lehrermangel in Thüringen und die eine Lehrerin, von der anderen Hälfte, die ist im
302 Babyjahr und jetzt fehlt wieder eine Lehrerin. Das ist nicht so ganz klar, wie das nächste Jahr so
303 weitergehen kann mit der kleinen Klasse. Da würde ich mir eben wünschen, dass das irgendwie doch
304 funktioniert. Er lernt jetzt mit 15 Kindern und das ist für ihn ideal so. So haben es uns auch die Ärzte,
305 also die Frau Doktor K. aus L. empfohlen, so maximal eine Klassenstärke von 15. Und dass es eben
306 irgendwie weitergeht. Und ich vermute aber auch mal, dass er die zweite Klasse wiederholen muss,
307 weil er eben doch zu den anderen Kindern sieht man es doch schon. Genau, ich habe so bisschen
308 Angst, wenn er die zweite Klasse wiederholen muss, andere Kinder, andere Lehrer, dass ihm das
309 nochmal so überfordert. Das war auch im Kindergarten problematisch. Da haben sie dann damals
310 gesagt wir nehmen ihn noch nicht mit in die Vorschule, er kommt erst nächstes Jahr, ja
311 normalerweise wäre er über mit Stichtag zur Schuleinführung, wäre er mit den anderen Kindern
312 mitgegangen wäre, war er zwei Jahre in der Vorschule gewesen. Und dann haben die damals dann
313 gesagt er ist einfach noch nicht so weit, er geht einfach nochmal ein Jahr und das hat ihn damals ganz
314 schön, er hat damit lange zutun gehabt damit. Das war dann wieder so eine Zeit, da waren die ersten
315 Wochen dann auch wieder sehr anstrengend gewesen und deshalb habe ich dann so bisschen Angst,
316 dass wenn er die zweite Klasse wiederholen müsste, dass das dann eben auch passiert und das
317 wünsche ich mir dann eben nicht. Eben, dass es reibungslos klappt, dass er dann schon in einem
318 bestimmten Alter ist, wo das geht ohne Probleme, dann den Wechsel schafft. Müssen wir dann
319 sehen, wenn`s soweit ist.

320 I: Gibt`s sonst noch irgendetwas anderes für die nächsten fünf Jahre?

321 IP: Ja die nächsten fünf Jahre. Was passiert die nächsten fünf Jahre? Schwer, da habe ich mir noch
322 keine Gedanken darüber gemacht. Ich mach mir dann immer eher Gedanken darüber, wenn er dann
323 mal aus der Schule rausgeht, wie`s dann weitergeht. Weil in den nächsten fünf Jahren wird er in der
324 Schule sein und da hoffe ich eben, dass alles gut geht und dass er dann eben auch mal nach der
325 Grundschule, dass wir das richtige Schulsystem, wie es dann weitergeht, dass wir dann da auch die

326 richtige Entscheidung für ihn treffen. Das müsste ja dann auch trotz Wiederholung innerhalb der
327 nächsten fünf Jahre liegen. Weil dann gibt's nämlich dann die Möglichkeit eben dann auf die
328 Förderschule oder wir haben hier so eine Evangelische Schule und dass man dann sagt, er geht
329 entweder auf die Evangelische Schule, müsste man sich das Konzept dann mal eben noch genauer
330 anschauen. Weil da vermute ich, dass es dann auf einer normalen Schule nicht mehr möglich sein.

331 I: Dann ab der fünften Klasse?

332 IP: Ja, weil es ab da dann große Klassen und dann auch große Schulen haben, so Gesamtschulen dann
333 eben. Ich weiß nicht, ob's das bei euch auch gibt. Da sind dann eben Hauptschüler und Realschüler,
334 lernen an einer Schule und dadurch hast du dann eben auch die gewisse Klassenanzahl. Da hast du
335 dann schonmal in einem Jahrgang drei Hauptschulen und zwei Realschulen oder so. Das hast du dann
336 in jedem Jahrgang und dementsprechend viele Schüler hast du dann in der Schule. Das denke ich
337 würde dann nicht funktionieren. Da wünsche ich mir eben für ihn, dass wir das richtige Schulsystem,
338 die richtige Schule finden.

339 I: Jetzt wäre noch meine Frage, die du auch schon vorhin kurz angeklungen hast: Was wäre dein
340 Wunsch für die nächsten 10 Jahre für J.?

341 IP: Dass wir da auch etwas für ihn finden, er mag Bagger und Forstfahrzeuge und Lastwagen. Dass
342 man da Unterstützung erstmal erhält. Oder ich weiß es gibt heutzutage schon so Einrichtungen oder
343 Träger, die sich direkt für behinderte Menschen und die Ausbildung spezialisieren. Und dass man da
344 in der Richtung für ihn was findet, wo er da die Ausbildung erstmal schafft, was ihn wirklich Spaß
345 macht, dass er dann nicht mal Dinge machen muss, die er doof findet. Weil dann wird's denk ich mal
346 nicht funktionieren, wirklich so irgendwas im Forstbereich oder keine Ahnung, so irgendwo bei einer
347 Baufirma, dass man irgend sowas findet, weil da geht er total drin auf. Das ist ja, wenn wir irgendwo
348 eine Baustelle sehen. Jetzt waren wir zur Mutter-Kind-Kur im Harz gewesen. Wenn er dort irgendwo
349 einen Förster gesehen hat oder irgendetwas, dann steht er da und guckt. Warum werden da die
350 Bäume abgesägt und die Rinde abgemacht und alles? Da kann er stundenlang so dastehen und
351 zugucken. So in der Richtung wird er wahrscheinlich mal hoffentlich beruflich gehen können. Das ist
352 eben auch bei normalen Kindern, ja die können das und dann wählt man so einen Beruf, aber bei ihm
353 wird's da ein bisschen schwieriger werden.

354 I: Wie meinst du inwiefern schwieriger? Also kannst du das bisschen beschreiben?

355 IP: Die Frage ist, wird er jemals einen Schulabschluss haben. Und für die meisten dieser Berufe
356 brauchst du ja einen Schulabschluss. Dass man dann eben so eine Einrichtung findet, die sich dann
357 auch auf Behinderte in dieser Richtung spezialisiert hat und da fördern können.

358 I: Was bräuchte J. für konkrete Unterstützung für die Wünsche, die du an ihn hast?

359 IP: Dass man eben solche Einrichtungen, dass es solche Einrichtungen gibt. Ich weiß es gibt solche
360 Einrichtung. Ich weiß aber auch nicht, ob es ausreichend gibt solche Einrichtungen. Dass er dann auch
361 wirklich so einen Platz bekommt, damit habe ich mich jetzt noch nicht beschäftigt. Weil ja, da
362 bräuchte er eben Unterstützung. Dahingehend, ja, dass dann auch mal so ein bisschen ein
363 selbstbestimmtes Leben möglich ist, dass er da Unterstützung erhält. Seine Eltern können nicht ohne
364 Betreuer leben. Die wohnen zwar selbstständig, sie sind auch nicht mehr zusammen. Die wohnen
365 zwar beide selbstständig, brauchen aber auch Unterstützung. Der Vater erhält die Unterstützung von

366 seiner Schwester. Die Schwester hilft ihm viel und die Mutter hat einen Betreuer. Und so in der
367 Richtung, dass man da auch Unterstützung erhält, wenn er auch mal wirklich das nicht kann, dass er
368 alleine leben kann. Und wir wissen ja auch nicht, wie es bei uns mal gesundheitlich weitergeht, ob er
369 bei uns wohnen kann, ob er es überhaupt will, weiß man ja auch nicht, dass er eben da auch
370 entsprechende Unterstützung erhält.

371 I: Jetzt kommt eine Frage, die dich noch selber betrifft: Was für eine Unterstützung würdest du dir für
372 dich als Elternteil wünschen?

373 IP: Entlastung im Alltag.

374 I: Wie könnte das konkret aussehen? Kannst du dazu ein Beispiel nennen?

375 IP: Muss ich dazu mal sagen, unsere Eltern, also meine Eltern und G. Eltern wohnen sehr weit weg. G.
376 Mutti wohnt ja oben in X. und meine Eltern wohnen in Y. Und da können wir so Richtung Oma und
377 Opa, da können wir gar nicht drauf aufbauen, wenn mal irgendwas ist. Und so bisschen
378 Unterstützung von anderen, zu denen wir auch einfach mal sagen können: Könnt ihr mal J. für eine
379 Nacht oder es geht mal was mit der Ferienbetreuung nicht könnt ihr mal auf J. eine Woche lang
380 aufpassen. Das fehlt mir noch bisschen. Wir haben zwar einen großen Freundeskreis, die haben aber
381 alle ihre eigenen Familien und auch teilweise sehr viele Kinder, wo man nicht sagen kann: Könnt ihr
382 euch das vorstellen, J. eine Woche lang am Nachmittag zu betreuen. Das fehlt uns ein bisschen, das
383 würde ich mir wünschen. Dass wir da noch irgendwie, es gibt den Familienunterstützenden Dienst,
384 da muss man solche Sachen zwei Wochen vorher anmelden und dann kümmern die sich darum. Das
385 kann man auch durch die Pflegestufe abrechnen. Das muss man aber eben zwei Wochen vorher
386 wissen. Ja und wenn man dann mal krank ist oder so, das weißt du halt zwei Wochen vorher nicht.

387 I: Das hört sich so an, als würdest du dir was Spontaneres wünschen?

388 IP: Ja genau. Eben so wie, wenn man Oma und Opa vor Ort hat, wo man spontan sagen kann J. ist
389 krank, ich muss aber auch arbeiten gehen. Könntet ihr ihn mal kurz nehmen. Zumindest den
390 Vormittag, wo ich arbeiten bin.

391 I: Du hast ja jetzt Entlastung genannt und das war ja auch gerade das Beispiel. Gibt es sonst noch
392 was, was du dir als Elternteil wünschen würdest?

393 IP: Entlastung bekommt man eigentlich gut durch die Pflegestufe. Da kann man das auch beantragen,
394 dass entweder der Pflegedienst sich um J. kümmert oder der unterstützende Dienst oder so. Da denk
395 ich, da haben wir schon Unterstützung. Jetzt habe ich deine Frage vergessen.

396 I: Kein Problem. Die Frage war, was du dir als Elternteil für Unterstützung wünschen würdest,
397 abgesehen von Entlastung. Also zum Beispiel Unterstützung für bestimmte Netzwerke, medizinisch,
398 finanziell, therapeutisch.

399 IP: Finanziell sind wir gut aufgestellt, weil wir eben das Pflegegeld von Jugendamt bekommen, oder
400 jetzt vom Sozialamt und dann eben auch noch über die Pflegekasse, das Geld. Da sind wir gut, von
401 der Krankenkasse sind wir gut unterstützt. Also alles, was wir beantragt haben, haben wir auch
402 genehmigt bekommen. Und ja, ich wünsche mir einfach, dass ich noch mehr noch Leute treffe, die
403 mir Tipps geben können, wie wir mit ihm umgehen können, grad in so problematischen Situationen.
404 Wenn alles gut läuft, dann braucht man eigentlich keine Unterstützung. Ja das so, er wird eben auch

405 größer und stärker. Und er dann sich eben hier hinschmeißt und auch mal tritt oder irgendwas, noch
406 kann ich mich da auch bisschen wehren und ihn festhalten, aber es wird irgendwann die Zeit
407 kommen, da ist er größer und stärker. Und so da muss ich gelernt haben, wie ich eben J.
408 runterbekomme, bevor es so eskaliert. So da wünsche ich mir, so vielleicht fachkundige Betreuung,
409 die mir da mal wirklich Tipps geben können so wie ich es ganz konkret machen kann. Vielleicht auch
410 jemand, der nachmittags zu uns kommt und sich die Situation anschaut. Auch wenn er da anders ist,
411 weil das ist ja der Vorführeffekt. Und dann ganz konkret sagen kann dieses und jenes, so oder so
412 reagieren. Damit er dann eben nicht noch mehr aufdreht, sondern runterfährt.

413 I: Dann sind wir auch schon fast am Ende. Ich habe noch zwei Fragen. Die eine Frage ist: Was würdest
414 du dir für Kinder mit FASD in der Gesellschaft im Allgemeinen wünschen?

415 IP: Dass es mehr Anerkennung findet, siehe Jugendamt. Aber auch, dass mehr die Bevölkerung
416 darüber Bescheid weiß, weil wir hatten, als J. in die Schule gekommen ist, sehr viel Probleme mit
417 anderen Eltern. Weil er sich eben selber nicht spürt und auch mal anders reagiert als gesunde Kinder.
418 Da haben sich sehr viele Eltern in der Schule über J. beschwert und dann hat die Lehrerin sie aber
419 auch aufgeklärt. Ich weiß nicht genau, was sie immer alles gesagt hat, aber seitdem kommen wir mit
420 den meisten Eltern klar, außer mit einem Elternpaar. Die regen sich teilweise immer noch über J. auf
421 und so nach dem Motto, letztens haben die zur Integrationshelferin gesagt ja was hat denn so ein
422 Kind hier überhaupt auf so einer Schule zu suchen. Da wünsche ich mir einfach mehr Verständnis und
423 auch, dass es in der Öffentlichkeit mehr publik gemacht wird. Dass es diese Krankheit gibt und was
424 diese Krankheit bedeutet. Dass sich das alles verwächst wie viele denken. Wenn er größer wird, wird
425 alles gut- so ist das aber nicht. Und da muss ich aber sagen, da macht der Verein FASD Deutschland
426 sehr gute Arbeit, dass es jetzt doch mehr an die Öffentlichkeit kommt. Man sieht mittlerweile ab und
427 zu Reportagen, zumindest auf den öffentlich-rechtlichen Fernsehsendern. Wo ich dann immer hoffe,
428 dass es sich die entsprechenden jungen Frauen ansehen.

429 I: Dann wäre das jetzt auch schon meine letzte Frage: Was würdest du dir im Allgemeinen für
430 Pflegefamilien mit einem Kind mit FASD haben, wünschen?

431
432 IP: Auf jeden Fall die Unterstützung vom Jugendamt. Und vielleicht noch mehr vor Ort, so
433 Selbsthilfegruppen. Dass man nicht immer so weit fahren muss. Das Internet, ja das ist schön und
434 gut, aber es ist trotzdem ein Stück unpersönlich. Wenn eben mehr Leute wissen, mein Kind hat FAS,
435 viele Pflegeeltern wissen es ja auch gar nicht, wie wir am Anfang. Dass man dann eben schaut, wer ist
436 hier, das müsste eben dann auch das Jugendamt mitorganisieren, wer ist hier im Landkreis betroffen
437 von Pflegeeltern und dass es da eben so eine Gruppe gibt, wo man da sich regelmäßig austauschen
438 könnte. Oder im Jugendamt irgendeine Anlaufstelle, aber da muss man eben auch als Jugendamt das
439 Thema FAS bisschen intensiver sich damit beschäftigen.

10.5 Tabelle zur Erstellung des Kategoriensystems (siehe nächste Seite)

Zeilen- angab e	Kodiereinheit	Paraphrasierung	Generalisierung	Integration/ Kategorie
S. 60, Z. 18- 23	„Eigentlich von gar niemanden am Anfang. Weil ich habe über diese Krankheit aus einer Fernsehreportage erfahren. Ich habe hier so nebenbei mittags den Fernseher laufen lassen und dann kam eine Reportage und ich habe nur so halb hingehört. Und irgendwann dachte ich was erzählt denn der Mann da? Und dann dachte ich mir das kommt mir alles bekannt vor. Und dann habe ich bisschen genauer hingehört, habe mir dann gemerkt fetales Alkoholsyndrom und habe dann gegoogelt und wusste sofort dann, das passt 100 prozentig auf ihn.“	Erfahren über Krankheit durch Fernsehreportage und Googlen	Generierung von Wissen zu FASD durch Medien	1.1 Vorbereitungs- und Anfangsphase → Oberkategorie (OK): 1. Jugendamt
S. 60, Z. 23- 25	„Und dann habe ich mich eigentlich komplett darum alleine gekümmert. Weil unser Jugendamt will ja bis heute von FAS nicht so viel hören.“	Alleine gekümmert, weil Jugendamt von FAS nicht viel hören will	Desinteresse an FAS beim Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 60, Z. 25f.	„Und habe selber im Internet recherchiert, bin in Selbsthilfegruppen, hab nach einer Ärztin gesucht.“	Selber im Internet recherchiert, in Selbsthilfegruppen gehen, Ärztin gesucht	Eigenständiges Suchen von Hilfsangeboten	1.1 Vorbereitungs- und Anfangsphase → OK: 1. Jugendamt
S. 60, Z. 26	„Also es gibt ja nicht sehr viele Ärzte, also wir haben uns komplett alleine gekümmert.“	Gibt nicht sehr viele Ärzte	Geringe Anzahl an FachärztInnen	3.1 Geringe Anzahl an FachärztInnen → OK: 3. ÄrztInnen
S. 60, Z. 37	„Genau, weil eben unser Jugendamt nichts davon hören wollte.“	Jugendamt nichts davon hören wollte	Desinteresse und fehlende Offenheit bezüglich FASD	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt

S. 61, Z. 39- 45	„Ne, wir haben da das Jugendamt hat einen Psychologen, ich sag mal, engagiert. (...) Die arbeitet sehr eng mit dem Jugendamt zusammen, denke ich mal. Und als ich dann gesagt habe, ich habe die Vermutung, dass J. FAS hat und dass das wohl einiges erklärt, da ist die mich richtig angegangen. So nach dem Motto, ich soll als Laie keine Diagnose stellen. Das soll ich den Ärzten überlassen. Also die ist mich richtig scharf angegangen. Worauf ich mir gedacht habe hier bekomme ich keine Hilfe.“	Vermutung FAS sagen, richtig angegangen werden von Psychologin, Diagnose Ärzten überlassen, Denken hier bekomme ich keine Hilfe	Fehlende Wertschätzung und Offenheit der Psychologin bei Äußerung der Vermutung FAS	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 61, Z. 45f.	„Und auch bis heute ist das Jugendamt, wenn du Hilfe möchtest, nicht sehr zugeneigt und hört da beim Thema FAS gar nicht hin.“	Bis heute Jugendamt, wenn du Hilfe möchtest, nicht sehr zugeneigt und hört bei FAS gar nicht hin	Desinteresse und fehlende Offenheit zu FASD bei Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 61, Z. 48- 50	„Aber sobald du was vom Jugendamt möchtest, wird Thema FAS ignoriert. So nach dem Motto seine Eltern hatten ja schon keinen hohen IQ und was will man da erwarten.“	Jugendamt ignoriert FAS	Fehlende Offenheit bezüglich FASD bei Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 61, Z. 54f.	„(...) ich hätte mir gewünscht wirklich mehr Unterstützung von Ämtern zu erhalten.“	Wunsch nach mehr Unterstützung durch Ämter	Wunsch nach Unterstützung durch Ämter	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 61, Z. 55- 58	„Und so waren wir, einerseits war ich total enttäuscht, die Diagnose für ihn zu haben. Und auf der anderen Seite so bisschen Erleichterung. Wir wissen jetzt endlich, warum er so ist, wie er ist. Dass man eben weiß, okay er kann eben für manche Sachen nichts, weil eben das Gehirn geschädigt ist.“	Erleichterung und Enttäuschung durch Diagnose	Ambivalente Gefühle bezüglich der Diagnose	8.3 Ambivalente Gefühle → OK: 8. Diagnose
S. 61, Z. 58f.	„Es hat sich so manchen geklärt und man konnte auch so eben im Kindergarten sagen er kann nichts dafür, weil er hat eine Gehirnschädigung.“	Im Kindergarten sagen können, er kann nichts dafür wegen Gehirnschädigung	Erklärung für das Verhalten im Kindergarten durch Diagnose	8.1 Hilfestellung durch Literatur → OK: 8. Diagnose

S. 61, Z. 59- 61	„Da habe ich mich auch gut unterstützt gefühlt von der Frau Doktor K., die mir einige Literaturtipps gegeben hat und ich habe dann die Bücher oder im Internet gelesen.“	Gut unterstützt gefühlt von Fachärztin durch Literaturtipps	Unterstützung von Fachärztin durch Literaturempfehlungen	3.2 Unterstützung von Fachärztin durch Literaturempfehlungen → OK: 3. ÄrztInnen
S. 61, Z. 61f.	„Das hat viel geholfen, um diese Krankheit zu verstehen und ihn zu verstehen und ums auch anderen zu erklären, warum er eben so ist.“	Geholfen Krankheit zu verstehen, ihn zu verstehen und um es anderen erklären zu können	Hilfestellung durch Literatur für Verständnis für FASD und dem eigenen Pflegekind und dadurch Erklärungen für andere	8.1 Hilfestellung durch Literatur → OK: 8. Diagnose
S. 61, Z. 64- 70	„Ja herausfordernd zu wissen, wir müssen uns jetzt um ganz viel kümmern, weil auch die Ärztin gesagt hat: Als Erstes Schwerbehindertenausweis beantragen, Pflegestufe beantragen, so. Du wusstest es werden noch mehr Gänge zu erledigen. Oder sie hat auch gesagt zum Kinderkardiologen gehen, zum Orthopäden gehen, zum HNO gehen, um alles abchecken zu lassen, was gestört oder geschädigt sein könnte. Das war erst einmal eine Herausforderung, eben diese Liste von ihr herarbeiten, was man abchecken soll.“	Herausforderung Liste von Gängen herarbeiten, was man abchecken soll	Herausfordernde Anfangszeit durch Planung und Durchführungen von vielen Terminen zur gesundheitlichen Abklärung sowie bürokratischen Vorgehens	8.2 Herausfordernde Anfangszeit durch Planung und Durchführungen von vielen Terminen zur gesundheitlichen Abklärung sowie bürokratischen Vorgehens → OK: 8. Diagnose
S. 61, Z. 73- 75	„Als wir dann beim Hilfeplangespräch gesagt haben, dass wir die Vermutung haben, als wir noch nicht die Diagnose hatten, dass J. FAS hat, hat man erst einmal große Fragezeichen in den Augen gesehen.“	Große Fragezeichen in den Augen gesehen als Vermutung gesagt beim Hilfeplangespräch	Unwissenheit über FASD beim Hilfeplangespräch	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 61f., Z. 75- 78	„Dann hatten wir beim Hilfeplangespräch im Kindergarten die Kinder- und Jugendärztin vom Gesundheitsamt mit dabei. Als ich ihr sagte wir sind gerade dabei die Diagnose FAS abzuklären, schaut sie mich an: Was ist denn FAS? Da war mir sofort klar, du brauchst hier nirgendwo mit diesem Thema anfangen, die kennen sich alle damit nicht aus.“	Unwissenheit von FASD bei Kinder- und Jugendärztin vom Gesundheitsamt	Unwissenheit über FASD bei Kinder- und Jugendärztin vom Gesundheitsamt	3.4 Unwissenheit über FASD bei Kinder- und Jugendärztin vom Gesundheitsamt → OK: 3. ÄrztInnen
S. 62, Z. 78- 81	„Ja, es ist so man will es auch gar nicht, glaub ich, sich damit beschäftigen teilweise. Weil es bedeutet vielleicht fürs Jugendamt, wir müssten mehr Kosten	Kein Interesse an Beschäftigung mit FASD beim Jugendamt	Desinteresse an Beschäftigung mit FASD beim Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt

	irgendwo wieder übernehmen. So denk ich mir das immer, haben die das im Hinterkopf.“			
S. 62, Z. 97-106	„Im Moment ist herausfordernd, dass gerade durch die Schule sehr viele Reize auf ihn einströmen. Er mit diesen Reizen oft sehr überfordert ist. Er bekommt fünf Stunden in der Woche sonderpädagogische Förderung. Es bedeutet aber für ihn am Montag er hat schon normal fünf Unterrichtsstunden und weil es im Moment nicht anders im Moment geht, holt ihn in der sechsten Stunde ihn die Sonderpädagogin und macht mit ihm nochmal Einzelunterricht. Danach also in der Zeit, wo er mit der Sonderpädagogin nochmal Unterricht hat, sind die anderen Kinder schon mal draußen und können sich schon austoben. So, dann ist er fertig. Dann gehen die gleich zum Mittagessen und dann hat er nochmal eine Viertelstunde um draußen zu Spielen und dann soll er schon Hausaufgaben machen. (...) Und dann dreht er so richtig am Nachmittag auf.“	Sehr viele Reize durch Schule auf ihn einströmen und dann am Nachmittag richtig aufdrehen	Reizüberflutung durch Schultaglänge mit resultierenden Verhaltensauffälligkeiten	6.5 Rahmenbedingungen → OK: 6. Schule
S. 62, Z. 116-118	„Oder dann eben auch noch, war ein Treffen mit seinen leiblichen Eltern oder war das schon länger her. Wenn die Treffen mit den leiblichen Eltern erst ein paar Tage her sind, dann haben wir fast jeden Tag so ein Geschrei und Gestampfe.“	Treffen mit leiblichen Eltern erst ein paar Tage her, dann fast jeden Tag Geschrei und Gestampfe	Herausforderndes Verhalten des Pflegekindes an Tagen nach Treffen mit leiblichen Eltern	11.2 Herausforderndes Verhalten des Pflegekindes an Tagen nach Treffen mit leiblichen Eltern → OK: 11. Erziehung
S. 62f., Z. 118-120	„Das ist eben, das hängt von sehr, sehr vielen Faktoren ab, weil er eben auch noch traumatisiert zu alledem ist. Und er hat eben noch Kontakt zu seinen leiblichen Eltern.“	Abhängig von vielen Faktoren, weil er auch noch traumatisiert ist und Kontakt zu seinen leiblichen Eltern hat	Anhaltender Kontakt zu leiblichen Eltern und Traumatisierung	11.2 Herausforderndes Verhalten des Pflegekindes an Tagen nach Treffen mit leiblichen Eltern → OK: 11. Erziehung
S. 63, Z. 132-135	„Weil Mathematik funktioniert gar nicht. (...) Und wenn du ihn fragst sag mir mal $6+1$. 10. Nochmal. Acht? Drei? Das geht gar nicht. Absolut gar kein Mengenverständnis.“	Mathematik funktioniert gar nicht, absolut kein Mengenverständnis	Probleme bei Mathematik	6.4 Mathematikunterricht → OK: 6. Schule

S. 63, Z. 135- 139	„In der Schule, da rechnet er mit Punktmengen. (...) Damit klappt es prima. Da kann er auch die 10 zerlegen, also sieben plus drei, sechs plus vier. Das geht ohne Probleme. Aber sobald er diese Zahlenmengen weglegt, geht gar nichts.“	10 zerlegen ohne Probleme durch Rechnen mit Punktmengen in der Schule	Eigenständiges Lösen von Rechenaufgaben mithilfe von Veranschaulichungsmaterial	6.4 Mathematikunterricht → OK: 6. Schule
S. 63, Z. 148f.	„Ja eben was so gar nicht funktioniert, ist eben der Nachmittag mit viel Reizüberflutung.“	Nachmittag mit Reizüberflutung funktioniert gar nicht	Probleme durch Reizüberflutung	6.5 Rahmenbedingungen → OK: 6. Schule
S. 63, Z. 149- 151	„Da hilft dann nur noch rausgehen. Entweder aufs Fahrrad setzen und fahren, fahren, fahren oder in den Wald ihn austoben lassen.“	Hilfe durch rausgehen: Fahrradfahren oder Austoben im Wald	Ausgleich durch Fahrradfahren oder Austoben im Wald	11.3 Ausgleich für das Pflegekind → OK: 11. Erziehung
S. 63, Z. 157- 159	„gehen wir seit zwei Jahren zur Reittherapie. (...) seit diesem Schuljahr der Montag so anstrengend ist und da gehen wir danach zur Reittherapie, da kommt er total runter.“	Bei Reittherapie total runterkommen	Entspannung durch Reittherapie	4.2 Entspannung und Eigenwahrnehmung durch Reittherapie → OK: 4. Therapieangebote
S. 64, Z. 168- 173	„der Nebeneffekt ist eben, dass er sich auf dem Pferd sehr gut spürt. (...) Also das wird er unterbewusst so wahrnehmen und kommt dadurch so richtig runter. Und wird so wie sagt man heute er entschleunigt.“	Sich auf dem Pferd sehr gut spüren und dadurch runterkommen	Entspannung und Eigenwahrnehmung durch Reittherapie	4.2 Entspannung und Eigenwahrnehmung durch Reittherapie → OK: 4. Therapieangebote
S. 64, Z. 173f.	„Ja und wenn es dann so andere Tage sind, jetzt habe ich schon ganz viel, rauf aufs Fahrrad und ab wir fahren.“	Auf das Fahrrad und fahren	Entspannung durch Fahrradfahren	11.3 Ausgleich für das Pflegekind → OK: 11. Erziehung
S. 64, Z. 180- 182	„Man muss sich eben total umstellen mit einem FAS-Kind. Das ist nicht so wie mit einem gesunden Kind: Geh mal in dein Zimmer und spiele. Das geht selten gut.“	Total umstellen durch Kind mit FAS	Enorme Umstellung durch Kind mit FAS	8.4 Enorme Umstellung des eigenen Lebens auf Kind mit FASD → OK: 8. Diagnose
S. 64, Z. 188- 191	„So eine Nachmittagssache, so eine Sache kann man mit J. nicht am Nachmittag machen. Ist man schon eingeschränkter dadurch. Ja, man muss so eben sein ganzes Leben doch oft auf das Kind einstellen. Muss man sowieso wenn man ein Kind hat, aber mit so einem Kind muss man das eben noch mehr.“	Ganzes Leben auf Kind einstellen	Einstellen des eigenen Lebens auf Kind	8.4 Enorme Umstellung des eigenen Lebens auf Kind mit FASD → OK: 8. Diagnose
S. 64,	„Entweder an die Ärztinnen des SPZ, wenn es sich	Hilfe durch Ärztinnen des	Hilfe durch Ärztinnen des	3.3 Hilfe durch

Z. 194-198	gerade um die Medikamente geht. Die kennt sich jetzt dann auch gut mit diesem Thema aus. Obwohl sie sich vorher nicht so gesagt hat. Aber seitdem wir die Diagnose habe, kann bei FAS dieses Mittel, da wurden gute Erfolge erreicht bei anderen. Genau, sie frage ich viel, gerade auch im Umgang, wenn er so extrem verhaltensauffällig ist. Was wir da machen können, wenn ich selber keine Lösung finde“	SPZ bei Medikamenten und im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten	SPZ in Bezug auf Medikamente und bei verhaltensauffälligem Verhalten	Ärztinnen des SPZ im Bezug auf Medikamenten und bei verhaltensauffälligen Verhalten → OK: 3. ÄrztInnen
S. 64, Z. 198f.	„ich bin in Facebook in einer Gruppe, die nennt sich, die ist eine Gruppe von FAS Deutschland“	Facebook-Gruppe von FAS Deutschland	Online-Selbsthilfegruppe	9.1 Online-Selbsthilfegruppe → OK: 9. Betroffenaustausch
S. 65, Z. 204-206	„Und in der Gruppe wird auch nicht über jemanden hergezogen oder blöde Kommentare abgegeben, das geht alles sehr sachlich zu und da bekomme ich auch teilweise sehr gute Antworten. Da wende ich mich halt auch ziemlich oft dahin.“	In der Gruppe geht sachlich zu und sehr gute Antworten	Respektvoller Umgang in der Gruppe und hilfreiche Antworten	9.3 Positive Aspekte von Selbsthilfegruppen → OK: Betroffenaustausch
S. 65, Z. 208-210	„Ja genau, man stellt seine Fragen, beschreibt sein Problem und fragt dann was würdet ihr jetzt da oder kennt ihr das selbe Problem oder wie würdet ihr in dem Fall reagieren? Da bekommt man eigentlich ziemlich viele gute Antworten.“	Problembeschreibung und hilfreiche Antworten darauf	Problembeschreibung und hilfreiche Antworten darauf	9.3 Positive Aspekte von Selbsthilfegruppen → OK: Betroffenaustausch
S. 65, Z. 224f.	„Wir gehen noch zur Ergotherapie mit J. Sie hat sich auch sehr mit dem Thema beschäftigt, da sind wir jetzt ganz zufrieden“	Zufrieden mit Ergotherapie	Zufriedenheit mit Ergotherapie	4.1 Zufriedenheit mit Ergotherapie → OK: 4. Therapieangebote
S. 65, Z. 225-227	„Doch, es gibt einen Landesverband, Thüringer Landesverband für Pflege- und Adoptiveltern, die organisieren mit verschiedenen Jugendämtern Pflegeelterntreffen und da sind immer sehr fachkundige Referenten dabei.“	Organisierte Pflegeelterntreffen durch den Landesverband für Pflege- und Adoptiveltern Thüringen mit fachkundigen Referenten	Organisierte Pflegeelterntreffen durch den Landesverband für Pflege- und Adoptiveltern Thüringen mit fachkundigen Referenten	9.2 Organisierte Pflegeelterntreffen → OK: 9. Betroffenaustausch
S. 65, Z. 227-232	„Da fahre ich noch ziemlich oft hin. Da fühlt man sich aufgehoben, weil man da nur unter Pflegeeltern ist und man bekommt mit, wie viele Pflegekinder FAS	Sich verstanden fühlen weil man nur unter Pflegeeltern ist, fast alle	Sich Verstanden fühlen durch Eltern mit gleicher Situation und fachkundigen	9.3 Positive Aspekte von Selbsthilfegruppen → OK: 9.

	haben und dann fühlt man sich dort verstanden. Weil erstmal die Eltern fast alle das gleiche Problem mit ihrem Kind haben und die Referenten sich sehr gut mit den Themen FAS, Trauma und solche Sachen auskennen. Da nehme ich immer sehr viel für mich mit.“	Eltern das gleiche Problem mit ihrem Kind haben und Referenten sich sehr gut mit FAS auskennen	Referenten	Betroffenaustausch
S. 66, Z. 255	„dass das Jugendamt das noch mehr für sich wahrnimmt“	Jugendamt mehr für sich wahrnehmen	Stärkere Wahrnehmung durch Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 66, Z.255-257	„In der Schule erhalten wir sehr viel Unterstützung. Die haben sich auch sehr intensiv mit dem Thema beschäftigt.“	Sehr viel Unterstützung erhalten durch Schule und intensive Beschäftigung mit dem Thema dort	Unterstützung durch Schule und Beschäftigung mit FAS	6.3 Umgang mit FASD → OK: 6. Schule
S. 66, Z. 257-259	„Wir haben den Informationsmaterial mitgegeben und die haben das auch wirklich durchgelesen für sich und wenn die Sachen, die da als Tipps gegeben wurden, wenden die auch im Unterricht an.“	Für sich durchlesen des Informationsmaterials und Tipps davon im Unterricht anwenden	Lesen des Informationsmaterials und Anwendung der Ratschläge im Unterricht	6.3 Umgang mit FASD → OK: 6. Schule
S. 66, Z. 259-261	„Aber das Jugendamt, da kommt gar nichts. Wie gesagt, wir brauchen da, glaub ich, auch keine Informationsbroschüren hingeben. Die würden sich das nicht durchlesen, die würden das in die Ecke legen. Und da würde ich mir einfach, da wünsche ich mir mehr.“	Keine Informationsbroschüren zum Jugendamt geben, da sie sich das nicht durchlesen würden	Fehlende Offenheit und Interesse beim Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 66, Z. 261-264	„Oder bevor wir ein Kind aufnehmen, dass man uns gesagt hätte, es ist eben auch möglich, dass das Kind eine Alkohol- oder Drogenschädigung haben könnte und was das dann eben bedeutet. Und so im Vorfeld auch vom Jugendamt ein paar Infos bekommen hätte. Das man nicht so ins Kalte geschmissen wird.“	Information über Möglichkeit einer Alkohol- oder Drogenschädigung des Pflegekindes und was das bedeutet bevor Kind aufgenommen	Frühzeitige Aufklärung über die Möglichkeit einer pränatalen substanzspezifischen Schädigung des Pflegekindes	1.1 Vorbereitungs- und Anfangsphase → OK: 1. Jugendamt
S. 66, Z. 264f.	„Und dass man jetzt eben nicht so im Regen stehen gelassen wird.“	Jetzt nicht im Regen stehen gelassen wird	Fehlende Unterstützung durch das Jugendamt bei FAS	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 66, Z. 268-	„Es ist eben so, es ist ein Pflegekind und da erwarte ich mir auch vom Jugendamt Unterstützung. Ist ja	Erwartung bei Pflegekind Unterstützung vom	Unterstützung vom Jugendamt da es sich	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt

270	nicht so, dass wir ihn adoptiert haben, dann ist es halt mein Problem. Aber das ist eben so das ganz große Manko, da fehlt sehr viel Unterstützung.“	Jugendamt da nicht adoptiert	ausschließlich um ein Pflegekind und nicht Adoption handelt	
S. 66, Z. 270f.	„Ich weiß, dass es anderen Pflegeeltern aus unserem Landkreis genauso geht.“	Anderen Pflegeeltern aus Landkreis genauso geht	Fehlende Unterstützung vom Jugendamt auch bei anderen Pflegeeltern in dem Landkreis	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 66, Z. 279-283	„Aber er hat einen Integrationshelfer. Den haben wir eigentlich auch ziemlich schnell bekommen. Wir haben bevor er schon in der Schule war, den Antrag gestellt, sind da dann glücklicherweise mal beim Jugendamt an einen jüngeren Mitarbeiter gekommen, der sich intensiv dann auch mit FAS beschäftigt hat und der dann es auch geschafft hat, dass J. ich glaub in der dritten Schulwoche einen Integrationshelfer hatte.“	Integrationshelfer schnell bekommen ab dritter Schulwoche	Erfolgreiche Beantragung eines Integrationshelfers ab der dritten Schulwoche	2.1 Erfolgreiche Beantragung eines Integrationshelfers → OK: 2. Integrationshelfer
S. 66, Z. 284f.	„Aber als wir dann eben mehr wollten, mehr Stunden und alles, da hat dann sein Vorgesetzter dann abgeblockt.“	Mehr Stunden durch Vorgesetzten abgeblockt	Ablehnung von Stundenerhöhung für Integrationshelfer	2.2 Ablehnung von Stundenerhöhung für Integrationshelfer → OK: 2. Integrationshelfer
S. 67, Z. 287-292	„Mehr Stunden den Integrationshelfer und auch in den Ferien für den Schulhort, weil ich ja halbtags arbeiten gehe, sind wir auch darauf angewiesen, dass J. teilweise in den Ferienhort geht. Und da haben die Hortner gesagt das funktioniert nicht, bitte organisieren Sie auch einen Schulbegleiter für die Ferienzeiten und da führte dann beim Jugendamt wieder gar kein Weg rein. Und als wir dann in die Zuständigkeit des Sozialamts gekommen sind, haben wir auch den Integrationshelfer für die Ferien genehmigt bekommen.“	Mehr Stunden und auch in den Ferien Integrationshelfer durch Sozialamt	Erfolgreiche Beantragung der Stundenerhöhung und -ausweitung in den Ferien des Integrationshelfers durch das Sozialamt	2.3 Erfolgreiche Beantragung der Stundenerhöhung und -ausweitung in den Ferien des Integrationshelfers → OK: 2. Integrationshelfer
S.67, Z. 292-294	„Es sind nur Sachen, die muss man nicht verstehen: Ein Landratsamt, zwei unterschiedliche Auffassungen in den Ämtern. Deswegen es fällt und steht mit den	Ein Landratsamt mit zwei unterschiedlichen Auffassungen in den	Diskrepanz der Meinungen von Jugend- und Sozialamt aufgrund der	2.4 Diskrepanz der Meinungen von Jugend- und Sozialamt

	Mitarbeitern.“	Ämtern wegen Mitarbeitern	Mitarbeitenden	aufgrund von Mitarbeitenden → OK: 2. Integrationshelfer
S. 67, Z. 298	„Dass er Mathematik versteht“	Mathematik verstehen	Verständnis für Mathematik	6.4 Mathematikunterricht → OK: 6. Schule
S. 67, Z. 302-305	„Das ist nicht so ganz klar, wie das nächste Jahr so weitergehen kann mit der kleinen Klasse. Da würde ich mir eben wünschen, dass das irgendwie doch funktioniert. Er lernt jetzt mit 15 Kindern und das ist für ihn ideal so. So haben es uns auch die Ärzte, also die Frau Doktor K. aus L. empfohlen, so maximal eine Klassenstärke von 15.“	Wunsch kleine Klasse so weitergeht, für ihn ideal	Kleine Klassengröße ideal	6.5 Rahmenbedingungen → OK: 6. Schule
S. 67, Z. 316-318	„dass wenn er die zweite Klasse wiederholen müsste, dass das dann eben auch passiert und das wünsche ich mir dann eben nicht. Eben, dass es reibungslos klappt, dass er dann schon in einem bestimmten Alter ist, wo das geht ohne Probleme, dann den Wechsel schafft.“	Wiederholen einer Klasse reibungslos klappt	Reibungsloses Wiederholen einer Jahrgangsstufe	6.2 Reibungsloses Wiederholen einer Jahrgangsstufe → OK: 6. Schule
S. 67f., Z. 324-330	„nach der Grundschule, dass wir das richtige Schulsystem, wie es dann weitergeht, dass wir dann da auch die richtige Entscheidung für ihn treffen. (...) Weil da vermute ich, dass es dann auf einer normalen Schule nicht mehr möglich sein.“	Richtige Entscheidung über Schulsystem nach der Grundschule treffen	Treffen der richtigen Entscheidung zur weiterführenden Schule	6.1 Weiterführenden Schule → OK: 6. Schule
S. 68, Z. 337f.	„Da wünsche ich mir eben für ihn, dass wir das richtige Schulsystem, die richtige Schule finden.“	Richtiges Schulsystem, die richtige Schule finden	Wunsch nach Finden der passenden Schule	6.1 Weiterführenden Schule → OK: 6. Schule
S. 68, Z. 341-346	„Dass wir da auch etwas für ihn finden, er mag Bagger und Forstfahrzeuge und Lastwagen. Dass man da Unterstützung erstmal erhält. Oder ich weiß es gibt heutzutage schon so Einrichtungen oder Träger, die sich direkt für behinderte Menschen und die Ausbildung spezialisieren. Und dass man da in der Richtung für ihn was findet, wo er da die Ausbildung	Finden, wo er die Ausbildung schafft, was Spaß macht durch Unterstützung einer Einrichtung oder Träger, die sich für behinderte Menschen und	Finden einer passenden Ausbildung durch Unterstützung einer spezialisierten Einrichtung/Träger	7.2 Finden einer Einrichtung für den beruflichen Werdegang → OK: 7. Leben als Erwachsener

	erstmal schafft, was ihn wirklich Spaß macht, dass er dann nicht mal Dinge machen muss, die er doof findet. Weil dann wird's denk ich mal nicht funktionieren“	Ausbildung spezialisieren		
S. 68, Z. 355f.	„Die Frage ist, wird er jemals einen Schulabschluss haben. Und für die meisten dieser Berufe brauchst du ja einen Schulabschluss.“	Frage wird er einen Schulabschluss haben	Zweifel am Erreichen eines Schulabschlusses	6.1 Weiterführenden Schule → OK: 6. Schule
S. 68, Z. 356f.	„Dass man dann eben so eine Einrichtung findet, die sich dann auch auf Behinderte in dieser Richtung spezialisiert hat und da fördern können.“	Einrichtung findet, die sich auf Behinderte in dieser Richtung spezialisiert hat und fördern kann	Finden einer Einrichtung im Bezug auf den beruflichen Werdegang für Menschen mit Behinderung	7.2 Finden einer Einrichtung für den beruflichen Werdegang → OK: 7. Leben als Erwachsener
S. 68, Z. 359-362	„Dass man eben solche Einrichtungen, dass es solche Einrichtungen gibt. Ich weiß es gibt solche Einrichtung. Ich weiß aber auch nicht, ob es ausreichend gibt solche Einrichtungen. Dass er dann auch wirklich so einen Platz bekommt, damit habe ich mich jetzt noch nicht beschäftigt. Weil ja, da bräuchte er eben Unterstützung.“	Platz in solcher Einrichtung bekommt, weil er da Unterstützung bräuchte	Unterstützung durch spezialisierte Einrichtung im Bezug auf den beruflichen Werdegang von Menschen mit Behinderung	7.2 Finden einer Einrichtung für den beruflichen Werdegang → OK: 7. Leben als Erwachsener
S. 68, Z. 362f.	„Dahingehend, ja, dass dann auch mal so ein bisschen ein selbstbestimmtes Leben möglich ist, dass er da Unterstützung erhält.“	Ein bisschen selbstbestimmtes Leben möglich durch Unterstützung	Unterstützung zur Führung eines selbstbestimmten Lebens	7.1 Unterstützung zur Führung eines selbstbestimmten Lebens → OK: 7. Leben als Erwachsener
S. 68f., Z. 366-370	„Und so in der Richtung, dass man da auch Unterstützung erhält, wenn er auch mal wirklich das nicht kann, dass er alleine leben kann. Und wir wissen ja auch nicht, wie es bei uns mal gesundheitlich weitergeht, ob er bei uns wohnen kann, ob er es überhaupt will, weiß man ja auch nicht, dass er eben da auch entsprechende Unterstützung erhält.“	Unterstützung erhält, wenn er nicht allein leben kann	Unterstützung beim Wohnen	7.1 Unterstützung zur Führung eines selbstbestimmten Lebens → OK: 7. Leben als Erwachsener
S. 69, Z. 373	„Entlastung im Alltag.“	Entlastung im Alltag	Entlastung im Alltag	OK: 10. Betreuung
S. 69,	„Und so bisschen Unterstützung von anderen, zu	Unterstützung für eine	Unterstützung bei der	10.1 Unterstützung

Z. 377-380	denen wir auch einfach mal sagen können: Könnt ihr mal J. für eine Nacht oder es geht mal was mit der Ferienbetreuung nicht könnt ihr mal auf J. eine Woche lang aufpassen. Das fehlt mir noch bisschen.“	Nacht oder eine Woche lang aufpassen	Betreuung durch das soziale Umfeld	durch soziales Umfeld → OK: 10. Betreuung
S. 69, Z. 383-386	„Dass wir da noch irgendwie, es gibt den Familienunterstützenden Dienst, da muss man solche Sachen zwei Wochen vorher anmelden und dann kümmern die sich darum. (...) Das muss man aber eben zwei Wochen vorher wissen. Ja und wenn man dann mal krank ist oder so, das weißt du halt zwei Wochen vorher nicht.“	Bei Krankheit Unterstützung beim Aufpassen	Spontane Unterstützung bei der Betreuung bei Ausnahmefällen	10.2 Spontane Unterstützung bei Ausnahmen → OK: 10. Betreuung
S. 69, Z. 399-402	„Finanziell sind wir gut aufgestellt, weil wir eben das Pflegegeld von Jugendamt bekommen, oder jetzt vom Sozialamt und dann eben auch noch über die Pflegekasse, das Geld. Da sind wir gut, von der Krankenkasse sind wir gut unterstützt. Also alles, was wir beantragt haben, haben wir auch genehmigt bekommen.“	Finanziell gut aufgestellt durch das Pflegegeld und das Geld von Pflege- und Krankenkasse	Finanzielle Unterstützung durch das Pflegegeld und durch Pflege- und Krankenkasse	5.1 Finanzielle Unterstützung durch Pflegegeld und durch Pflege- und Krankenkassen → OK: 5. Pflege- und Krankenkassen
S. 69, Z. 402f.	„Und ja, ich wünsche mir einfach, dass ich noch mehr noch Leute treffe, die mir Tipps geben können, wie wir mit ihm umgehen können, grad in so problematischen Situationen.“	Noch mehr Leute treffen, die Tipps geben können wie mit ihm umgegangen werden kann in problematischen Situationen	Hilfestellungen von anderen für den Umgang in problematischen Situationen	11.1 Hilfestellungen für herausforderndes Verhalten → OK: 11. Erziehung
S. 69f., Z. 404-409	„Ja das so, er wird eben auch größer und stärker. Und er dann sich eben hier hinschmeißt und auch mal tritt oder irgendwas, noch kann ich mich da auch bisschen wehren und ihn festhalten, aber es wird irgendwann die Zeit kommen, da ist er größer und stärker. Und so da muss ich gelernt haben, wie ich eben J. runterbekomme, bevor es so eskaliert. So da wünsche ich mir, so vielleicht fachkundige Betreuung, die mir da mal wirklich Tipps geben können so wie ich es ganz konkret machen kann.“	Gelernt haben wie er runterkommt, bevor es eskaliert durch fachkundige Beratung mit Tipps	Wunsch nach fachkundiger Beratung in Bezug auf herausforderndes Verhalten	11.1 Hilfestellungen für herausforderndes Verhalten → OK: 11. Erziehung
S. 70,	„Vielleicht auch jemand, der nachmittags zu uns	Jemand, der sich die	Individuelle Beobachtung	11.1 Hilfestellungen für

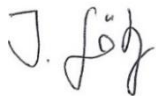
Z. 410-412	kommt und sich die Situation anschaut. (...) Und dann ganz konkret sagen kann dieses und jenes, so oder so reagieren. Damit er dann eben nicht noch mehr aufdreht, sondern runterfährt.“	Situation anschaut und konkret sagen kann, wie man reagieren soll, damit er nicht noch mehr aufdreht	und anschließende Beratung zuhause für herausfordernde Situationen	herausforderndes Verhalten → OK: 11. Erziehung
S. 70, Z. 415	„Dass es mehr Anerkennung findet, siehe Jugendamt.“	Mehr Anerkennung von FASD bei Jugendamt findet	Wunsch nach Anerkennung von FASD beim Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: Jugendamt
S. 70, Z. 415-417	„Aber auch, dass mehr die Bevölkerung darüber Bescheid weiß, weil wir hatten, als J. in die Schule gekommen ist, sehr viel Probleme mit anderen Eltern.“	Bevölkerung mehr über FASD Bescheid weiß	Universelle Prävention von FASD	12.1 Universelle Prävention und Verständnis für FASD → OK: 12. Verschiedene Präventionsarten
S. 70, Z. 422-425	„Da wünsche ich mir einfach mehr Verständnis und auch, dass es in der Öffentlichkeit mehr publik gemacht wird. Dass es diese Krankheit gibt und was diese Krankheit bedeutet. Dass sich das alles verwächst wie viele denken. Wenn er größer wird, wird alles gut- so ist das aber nicht.“	Mehr Verständnis für FASD und publik machen in der Öffentlichkeit	Wunsch nach Wissensvermittlung über FASD in der Bevölkerung und Verständnis dafür	12.1 Universelle Prävention und Verständnis für FASD → OK: 12. Verschiedene Präventionsarten
S. 70, Z. 426-428	„Man sieht mittlerweile ab und zu Reportagen, zumindest auf den öffentlich-rechtlichen Fernsehsendern. Wo ich dann immer hoffe, dass es sich die entsprechenden jungen Frauen ansehen.“	Hoffen, dass junge Frauen Reportagen über FASD sehen	Selektive Prävention von FASD bei jungen Frauen	12.2 Selektive Prävention von jungen Frauen über FASD → OK: 12. Verschiedene Präventionsarten
S. 70, Z. 432	„Auf jeden Fall die Unterstützung vom Jugendamt.“	Unterstützung durch das Jugendamt	Unterstützung durch das Jugendamt	1.3 Umgang mit FASD → OK: 1. Jugendamt
S. 70, Z. 432f.	„Und vielleicht noch mehr vor Ort, so Selbsthilfegruppen. Dass man nicht immer so weit fahren muss.“	Selbsthilfegruppen vor Ort	Lokale Selbsthilfegruppen	1.2 Konkrete gerichtete Wünsche → OK: 1. Jugendamt
S. 70, Z. 434-438	„Wenn eben mehr Leute wissen, mein Kind hat FAS, viele Pflegeeltern wissen es ja auch gar nicht, wie wir am Anfang. Dass man dann eben schaut, wer ist hier, das müsste eben dann auch das Jugendamt	Lokale Selbsthilfegruppen zum regelmäßigen Austausch von betroffenen	Vom Jugendamt organisierte lokale Selbsthilfegruppen für betroffene Pflegeeltern	1.2 Konkrete gerichtete Wünsche → OK: 1. Jugendamt

	mitorganisieren, wer ist hier im Landkreis betroffen von Pflegeeltern und dass es da eben so eine Gruppe gibt, wo man da sich regelmäßig austauschen könnte.“	Pflegeeltern organisiert durch das Jugendamt		
S. 70, Z. 438f.	„Oder im Jugendamt irgendeine Anlaufstelle, aber da muss man eben auch als Jugendamt das Thema FAS bisschen intensiver sich damit beschäftigen.“	Im Jugendamt Anlaufstelle für Thema FAS	Anlaufstelle im Jugendamt für FASD	1.2 Konkrete gerichtete Wünsche → OK: 1. Jugendamt

Eidesstaatliche Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Fürth, den 19.04.2020

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Fölg'. The signature is written in a cursive style with a large initial 'J' and a stylized 'Fölg'.