

Diploma Hochschule

Private Fachhochschule Nordhessen

Studiengang „Psychologie mit Schwerpunkt klinische Psychologie und
psychologisches Empowerment Master of Science“

MASTER-THESIS

Qualitative Untersuchung der psychosozialen Auffälligkeiten sowie der notwendigen erzieherischen Kompetenzen bei Kindern mit fetaler Alkoholspektrum-Störung

Wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science
(M.Sc.)

Vorgelegt von: Anna Wilming

Matrikelnummer 140251314

Studienzentrum online

Abgabe am: 27. Juni 2023

Betreuerin: Diplom-Psychologin Silvia Gurdan

Hinweis zur personenbezogenen Schreibweise:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Masterarbeit unterstützt und motiviert haben.

Ein besonderer Dank gilt allen Interviewpartnern, durch die meine qualitative Arbeit erst möglich wurde. Ihre interessanten Beiträge haben meine Masterarbeit maßgeblich geprägt. Mein Dank gilt ihrer Informationsbereitschaft zu subjektiven Erfahrungen und Empfindungen aus ihrem Alltag. Auch danke ich den Einrichtungen für ihre Kontaktherstellung und Bereitstellung der Räumlichkeiten.

Ebenso bedanke ich mich bei meinem Arbeitgeber und den Arbeitskollegen, die mir während des Studiums Freiräume gewährt haben. Meinem Partner und meinen Eltern möchte ich in diesem Zusammenhang für die emotionale Unterstützung und ihr Verständnis während meines gesamten Studiums danken.

Danke

Zusammenfassung

Einleitung: Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zählt zu den sensitivsten Umwelteinflüssen und einflussreichsten Risikofaktoren für die frühkindliche Entwicklung im Mutterleib. Die auf den Alkoholkonsum zurückgeführten Entwicklungsstörungen werden als fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD) bezeichnet. Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über die aktuelle Forschungslage zum Thema Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zu geben, insbesondere über die psychosozialen Folgeschäden für die frühkindliche Entwicklung sowie die damit verbundenen Herausforderungen für die Bezugspersonen. Es gibt einen Mangel an qualitativen Studien, welche das psychosoziale Verhalten aus der Perspektive der Bezugspersonen untersuchen.

Methodik: Sechs Pflegeeltern und drei Fachkräfte von jeweils drei Kindern mit FASD nahmen an einem Leitfadeninterview teil. Die thematische Analyse erfolgte per Inhaltsanalyse nach Mayring zu folgenden Themen: *Psychosoziale Herausforderungen sowie notwendige erzieherische Kompetenzen* im Umgang mit einem Kind mit FASD. Die transkribierten Interviews wurden mit MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse: Es wurden sechs Oberkategorien zu den psychosozialen Herausforderungen identifiziert: 1) Selbstregulation 2) soziale Probleme 3) Arbeitsgedächtnis 4) geistige Flexibilität 5) Aufmerksamkeitsspanne 6) Sprache. Zu den notwendigen erzieherischen Kompetenzen wurden fünf Themen (Struktur, emotionale Unterstützung, Ressourcen, Aktion/Handeln, Kommunikation) herausgestellt. Bestimmte Handlungsempfehlungen werden im Modell dargestellt.

Schlussfolgerung: Trotz des Fehlens eines konsistenten Verhaltensphänotyps für FASD deuten die Ergebnisse auf klare Herausforderungen aber auch Kompetenzen, die in diesem Umgang benötigt werden, hin. Fraglich ist jetzt, welche Rahmenbedingungen es braucht, um diese fördernden Maßnahmen passend einsetzen zu können, um die Entwicklung des Kindes bestmöglich zu begleiten.

Schlagnorte: Kinder, Fetale Alkoholspektrum-Störung, psychosoziale Herausforderungen, erzieherische Kompetenzen

Abstract

Introduction: The developmental disorders attributed to alcohol consumption during pregnancy are referred to as the most sensitive environmental influences and influential risk factors for early childhood development in the womb. The developmental disorders attributed to alcohol consumption are referred to as fetal alcohol spectrum disorders (FASD). The purpose of this paper is to provide an overview of the current research on alcohol consumption during pregnancy, in particular the psychosocial consequences for early child development and the associated challenges for caregivers. There is a lack of qualitative studies examining psychosocial behavior from the perspective of caregivers.

Methodology: The Study involved six foster parents and three professionals who were responsible for three children diagnosed with FASD. Each person was interviewed with a guided Interview. Thematic analysis was conducted via content analysis according to Mayring concerning the topics of Psychosocial challenges as well as necessary parenting skills when dealing with a child with FASD. The interviews were transcribed and analyzed using the software MAXQDA.

Results: The Analysis revealed six overarching categories of psychological challenges: 1) self-regulation 2) social problems 3) working memory 4) mental flexibility 5) attention span 6) language .

The analysis of the data revealed Five themes (structure, emotional support, resources, action/action, communication) These themes highlight the key areas that require attention in order to enhance educational outcomes. Additionally, the study presents specific recommendations for actions based on these themes, which are outlined in the model.

Conclusion: The results suggest there are clear challenges, as well as needed competencies, when interacting with a child with FASD. The question now is what framework is needed to appropriately use these supportive measures to best accompany the child's development.

Keywords: children, fetal alcohol spectrum disorder, psychosocial challenges, educational competencies, FASD

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	II
Tabellenverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD).....	3
2.2 Klassifikation/ Diagnostik	5
2.3 Prävalenz/ Epidemiologie	10
2.4 Komorbidität und Differenzialdiagnostik.....	12
3 Pränataler Alkoholkonsum und dessen Folgen	13
3.1 Auswirkungen auf Neurokognitiver- und Verhaltensebene in der frühen Kindheit	13
3.2 Lebensraum Pflegefamilie	18
3.3 Chancen und Fördermöglichkeiten	20
4 Forschungsgrundlage und Forschungsfragen	23
5 Methodisches Vorgehen	28
5.1 Qualitative Forschung.....	28
5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	29
5.2.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials	30
5.2.2 Fragestellung der Analyse.....	31
5.2.3 Ablauf der Analyse	32
5.3 Datenerhebung in Form eines Leitfadeninterviews.....	34
5.4 Stichprobenbeschreibung	37
6 Ergebnisdarstellung	42
6.1 Zusammenstellung der Ergebnisse	42
6.1.1 Herausforderungen im Umgang mit den psychosozialen Verhaltensweisen.....	42

6.1.2 Notwendige erzieherische Kompetenzen	54
6.2 Interpretation der Ergebnisse	65
7 Implikation für die praktische Tätigkeit	74
8 Diskussion.....	75
9 Fazit und Ausblick	77
Literaturverzeichnis	IV
Anhang.....	XVI
Anhang A: Informationsbogen.....	XVI
Anhang B: Einverständniserklärung	XVII
Anhang C: Anamnesebogen	XVIII
Anhang D: Interviewleitfaden	XIX
Anhang E: Proskription	XXIII
Anhang F: Kategoriensystem	XXIV

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ARBD	alkoholbedingte angeborene Malformationen
ARND	alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung
BMI	Body-Mass-Index
CBCL	Child Behavior Checklist
EFB	Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen
FAS	Fetales Alkohol Syndrom
FASD	Fetale Alkoholspektrum-Störung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10
N	Grundgesamtheit
pFAS	partiell fetales Alkoholsyndrom
PSI	Parental Stress Index
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
WET	Wiener Entwicklungstest
ZNS	zentrales Nervensystem

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1 Intrauterine Entwicklung (Moore & Persaud, 2019, zitiert nach Siegler et al., 2021, S. 60).....	4
Abbildung 2.2 Faziale Auffälligkeiten (Thomsen et al., 2021, S.10)	6
Abbildung 2.3 Lip-Philtrum-Guide (Markovic et al., 2022, S.536).....	7
Abbildung 2.4 Die diagnostischen Säulen (Anlehnung an S3-Leitlinie, eigene Darstellung).....	9
Abbildung 4.1 Hypothesen (eigene Darstellung).....	27
Abbildung 5.1 Einschlusskriterien der Stichprobe (eigene Darstellung)	39
Abbildung 6.1 Psychosoziale Herausforderungen und die Häufigkeit der codierten Segmente.....	43
Abbildung 6.2 Wortwolke (eigene Darstellung)	45
Abbildung 6.3 Netzwerk: Auswirkungen auf das soziale Umfeld (eigene Darstellung).....	53
Abbildung 6.4 Erzieherische Kompetenzen (eigene Darstellung)	54
Abbildung 6.5 Gesamtmodell (eigene Darstellung).....	64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1 Untersuchungsplan (eigene Darstellung).....	29
---	----

1 Einleitung

„We can't direct the wind, but we can adjust the sails“

„Dieses Zitat von Thomas S. Monson (2012) beschreibt das Zusammenleben mit einem Kind/Jugendlichen mit FASD sehr treffend: es gibt zahlreiche unplanbare und stürmische Situationen. Was heute gut lief, kann morgen wieder ganz anders sein. Bei „Gegenwind“ pädagogische Routinen wie Konsequenz und Strenge durchzusetzen, kann das Boot leicht in gefährliche Schräglage bringen: Der junge Mensch mit FASD reagiert mit Wut, Aggression, Rückzug und Versagensgefühlen, denn es fehlt an Einsicht, Verständnis und perspektivischen Lerneffekten.“ (Richter et al., 2015)

In Deutschland existiert eine alkoholpermissive Gesellschaft. Im Ländervergleich liegen wir im oberen Bereich. Im Jahr 2020 wurde ab dem 15. Lebensalter ein Verbrauch an Reinalkohol mit 10 Litern pro Kopf berechnet (Bundesministerium für Gesundheit, 2023). Alkohol ist eines unserer häufigsten „Umweltgifte“. Der Alkoholkonsum wird stark vom sozialen Umfeld beeinflusst, aber auch eingefordert. Oftmals benötigt man eine Rechtfertigung für den Alkoholverzicht. Für den eigenen Alkoholkonsum und die Inkaufnahme möglicher Gesundheitsrisiken ist jeder Mensch selbst verantwortlich. Dies ändert sich mit einer Schwangerschaft, da das Ungeborene nicht „mitreden kann“, aber das Folgerisiko trägt. Der mütterliche Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann irreversible Schädigungen bei dem Ungeborenen verursachen. Oftmals werden im Kindergarten und Vorschulalter die Verhaltensauffälligkeiten und Defizite erstmals auch außerhalb des häuslichen Umfeldes erkannt. Jetzt zeigt sich im Vergleich zu den Gleichaltrigen der unterschiedlich stark ausgeprägte allgemeine Entwicklungsrückstand. Die betroffenen Kinder sind meist motorisch, sprachlich, kognitiv und emotional-sozial entwicklungsverzögert. Sie nehmen in hohem Maße gesundheitliche Leistungen, wie häufige Arztbesuche oder therapeutische Maßnahmen, in Anspruch. Somit ist es von entscheidender Bedeutung, dass Fachkräfte das Gesamtbild von FASD verstehen, damit sie besser auf die Bedürfnisse des Kindes und der Familie eingehen und familienorientierte Interventionen entwickeln können (Spohr, 2016).

Die fetale Alkoholspektrum-Störung beeinträchtigt nicht nur die Betroffenen in ihrer Alltagsbewältigung selbst, sondern stellt auch die Bezugspersonen sowie das weitere Umfeld vor große Herausforderungen. Das Eingangszitat von Monsons (2012) zu den Herausforderungen wird von Richter et al. (2015) prägnant beschrieben. Oftmals sind Pflegefamilien damit konfrontiert, da ein Großteil der Kinder mit FASD nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie lebt. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Phase des Kleinkindalters von Pflegekindern mit FASD.

Das Interesse an der Bearbeitung dieses Themas ergibt sich durch das Arbeitsfeld der Forschenden. In der Frühförderung zeigen sich immer wieder Kleinkinder mit unterschiedlichen Auffälligkeiten im Verhalten aber auch äußerlich. Es ist nicht immer klar zu erkennen, wodurch sich die Abweichungen begründen. Durch weitere Empfehlungen an Fachärzte und spezifische Diagnostiken werden dann entsprechende Diagnosen festgestellt. Die Forschende möchte zum einen ihren Blick aber auch den der anderen für bestimmte Auffälligkeiten schärfen und sensibilisieren aber auch in der Lage sein konkrete Handlungsempfehlungen für die Bezugspersonen auszusprechen.

Obwohl die Problematik bekannt ist, wurde im deutschsprachigen Raum bisher wenig Forschung betrieben. Im Gegensatz dazu findet man in der englischsprachigen Literatur einige Hinweise.

Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht zum theoretischen Hintergrund der Fetalen Alkoholspektrum-Störung. Im theoretischen Teil werden psychosoziale Herausforderungen sowie erzieherische Anforderungen der Pflegeeltern und Fachkräfte im Umgang mit Kindern mit FASD erarbeitet. Im ersten Schritt werden die vorhandene Literatur sowie Forschungsarbeiten gesichtet. Es zeigt sich eine Forschungslücke auf, welche mittels dieser Master-Thesis bearbeitet wird. Es wurden Interviews mit den Bezugspersonen geführt. Diese Untersuchung soll dazu beitragen, einen Einblick zu den psychosozialen Herausforderungen und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf der Betroffenen in ihrem Alltag zu geben sowie spezifische Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschung her-

auszustellen. Hierzu werden die Ergebnisse der Interviews mit den Herausforderungen und den erforderlichen erzieherischen Kompetenzen in einem Modell zusammengefasst.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Fetale Alkoholspektrum-Störung (FASD)

Erstmalig wurden die Folgen von mütterlichem Alkoholkonsum auf deren Nachwuchs im Jahr 1968 beschrieben (Lemoine et al., 2003). Einige Jahre später wurde dann der Begriff des „Fetalen Alkohol Syndroms (FAS)“ eingeführt (Jones et al., 1973). Bei dieser Alkoholproblematik wirkt Alkohol als Teratogen, durch Ethanol und dessen Metaboliten, wenn er die Plazenta und die unausgebildete Blut-Hirn-Schranke des ungeborenen Kindes passiert. Der Alkoholspiegel des Ungeborenen kann über dem der Mutter liegen und somit schon in geringer Menge schädigend sein. Denn durch den biochemisch noch unreifen Organismus finden Entgiftungsprozesse verzögert statt. Die kleinste Alkoholmenge kann schon bedenklich sein. Es ist belegt, dass die pränatale Ethanolexposition sich während der Embryonal- und Fötalzeit auf das Ungeborene auswirkt und eine Vielzahl an Folgeschäden auf unterschiedlichen Ebenen hervorbringt. (May et al., 2013). Die teratogenen Auswirkungen auf das Kind sind abhängig vom Zeitpunkt des Einwirkens (*siehe Abbildung 2.1*). Denn für jedes Organsystem gibt es während der Schwangerschaft eine sensible Phase. Dieses sogenannte Timing spielt für die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die Organentwicklung eine entscheidende Rolle.

Phase der Zygote: Hier gilt das Alles-Oder-Nichts Prinzip. Es kommt entweder zu einem embryonalen Tod oder zur Einnistung. Die Zygote reagiert im Allgemeinen nicht auffällig auf Umweltfaktoren.

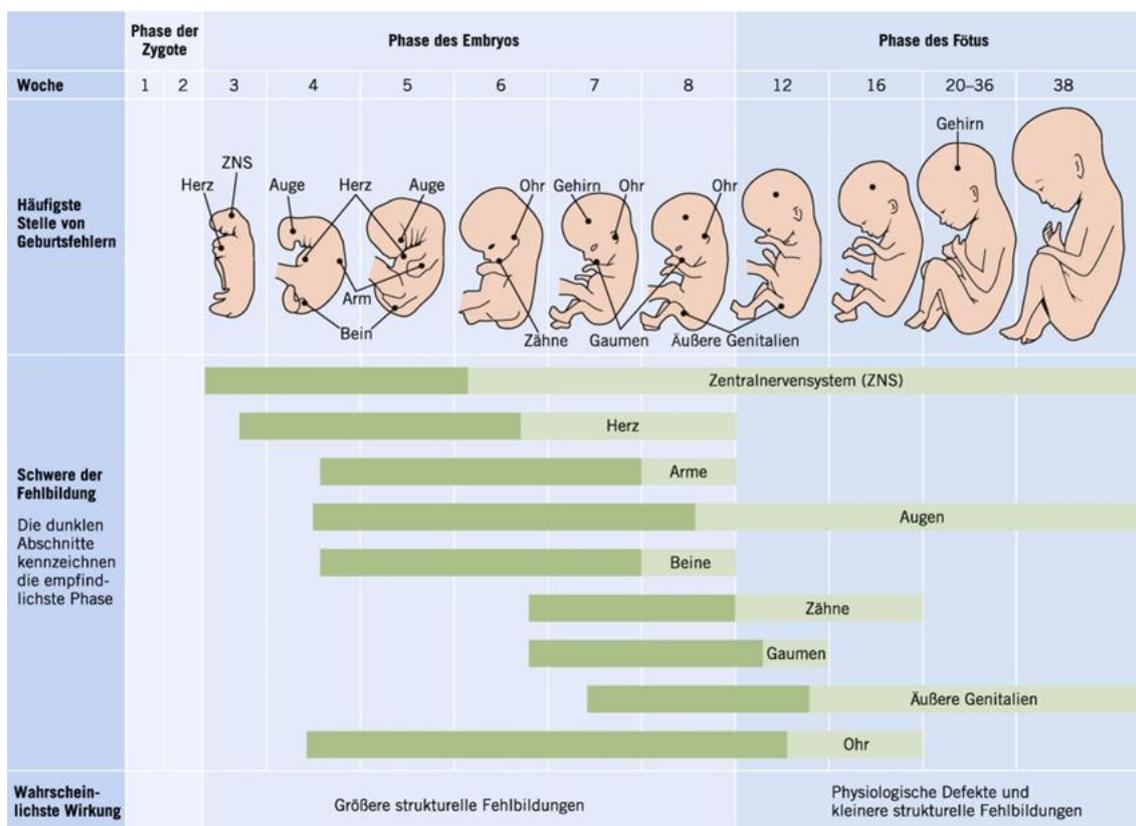
Phase des Embryos: Dieser Zeitraum wird als „kritisch“ beschrieben. Hier entwickeln sich alle großen Organsysteme, wie beispielsweise das Neuralrohr.

Phase des Fötus: Grob angelegte Organe werden in ihrer weiteren Entwicklung komplimentiert. Der dunkelgrüne Balken stellt den Hauptzeitraum der Entwicklung des Organs dar, der hellgrüne die Spezifizierung. Somit ist der dunkelgrün dargestellte Zeitraum auch der sensible Bereich für Schädigungen (Siegler et al., 2021).

Epigenetische Prozesse (Gene) können ebenfalls durch den Alkoholkonsum der Mutter beeinflusst werden (Nulman et al., 2018).

Abbildung 2.1

Intrauterine Entwicklung (Moore & Persaund, 2019, zitiert nach Siegler et al., 2021, S. 60)



2.2 Klassifikation/ Diagnostik

Inwieweit sich Entwicklungsstörungen bei Kindern auf den mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zurückführen lassen, ist nur bedingt über Angaben der Mutter festzustellen. Insbesondere wenn das Kind vielfältige Verhaltensauffälligkeiten zeigt, kann es rückwirkend schwer sein, zu identifizieren, ob der Alkoholkonsum der Mutter als pränataler Risikofaktor entscheidend war. Zur Diagnosestellung sind eine umfassende ärztlich-psychologische Verhaltensbeurteilung sowie einige neuropsychologische Testungen notwendig. Sie stellen die Basis für einen gezielten Einsatz von Interventionsmaßnahmen und Beratungsangeboten dar. Dazu sind ein multiprofessionelles Team sowie ein hohes Maß an Zeit erforderlich (Schindler & Hoff-Emden, 2017).

Der Begriff FASD umfasst nach aktuell gängiger Klassifikation vier Unterkategorien:

- das fetale Alkoholsyndrom (FAS),
- das partielle fetale Alkoholsyndrom (pFAS),
- die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND – alcohol related neurodevelopmental disorder)
- die alkoholbedingten angeborenen Malformationen (ARBD – alcohol related birth defects) (ebd.).

Die Unterkategorien unterscheiden sich in der Ausprägung der Auffälligkeiten und damit in den Kriterien, die in den diagnostischen Säulen erfüllt sein müssen. Menschen mit einer Alkoholspektrum-Störung zeigen oft Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Dafür sind die neurokognitiven Defizite, welche unabhängig von der Diagnoseform auftreten, verantwortlich (ebd.).

Zudem ist zu erwähnen, dass einzelne diagnostische Kriterien auch das Abbild anderer Störungen oder Erkrankungen sein können (z.B. familiärer Kleinwuchs). Erst aus dem Zusammenschluss aller Faktoren, die im Folgenden genannt werden, sowie dem Ausschluss anderer Ursachen, lässt sich die Diagnose mit hoher Wahrscheinlichkeit stellen (ebd.).

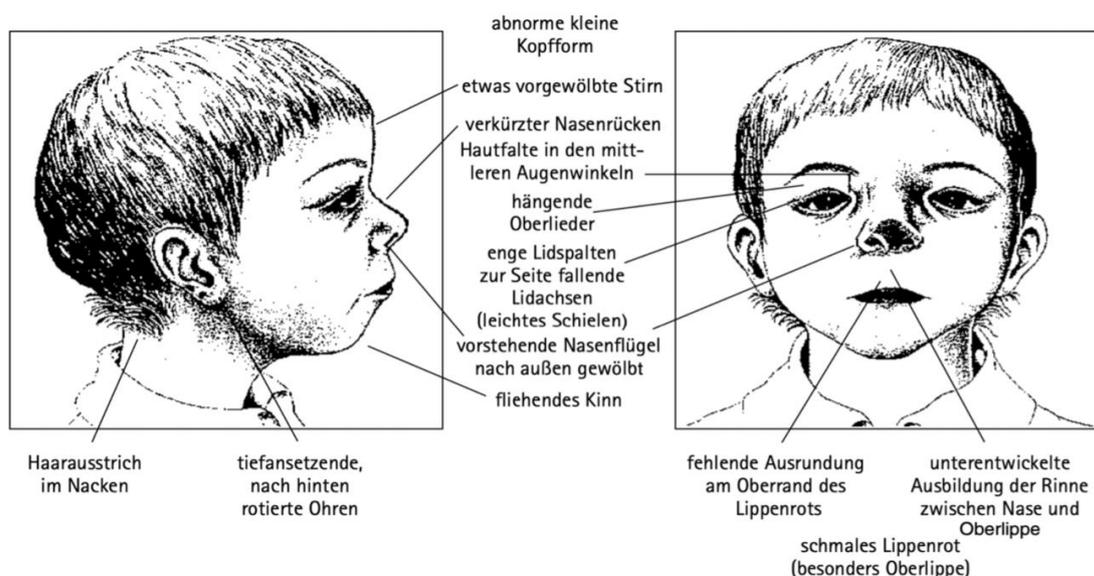
Es werden vier diagnostische Säulen unterschieden:

Wachstumsauffälligkeiten: Zur Beurteilung der Wachstumsauffälligkeiten werden Normtabellen herangezogen. Hier stellen sogenannte Perzentillinien einen Norm- bzw. einen Abweichungsbereich dar. Anhand dessen werden das Geburts- oder Körpergewicht, die Geburts- oder Körperlänge und/oder der Body-Mass-Index (BMI) bewertet. Der zu erwartende Kopfumfang und das Körpergewicht werden auch im Vorsorgeheft festgehalten, das in Deutschland jedes Kind mit der Geburt erhält. Die Säule der Wachstumsauffälligkeiten gilt als erfüllt, wenn mindestens einer der genannten Maße, aktuell oder zu einem anderen Zeitpunkt dokumentiert, unter oder an der sogenannten 10%-Perzentile liegt. Diese diagnostische Säule muss nur beim FAS, dem „Vollbild“ der FASD, erfüllt sein (Spohr, 2016).

Faziale Auffälligkeiten: Von einer fazialen Auffälligkeit wird gesprochen, wenn die Betroffenen störungstypische Anomalien im Gesichtsbereich zeigen (siehe Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2

Faziale Auffälligkeiten (Thomsen et al., 2021, S.10)



Darunter fällt eine kurze Lidspalte (≤ 3 . Perzentile, entspricht mind. 2 Standardabweichungen unter der Norm), eine schmale Oberlippe (Rang 4 oder 5 auf dem Lip-Philtrum-Guide) sowie ein verstrichenes Philtrum (Rang 4 oder 5 auf dem Lip-Philtrum-Guide). Der Lip-Philtrum-Guide dient zur Einschätzung in Bezug auf die Dicke der Oberlippe sowie der Ausprägung des Philtrums, welches sich zwischen Nase und Oberlippe befindet (*siehe Abbildung 2.3*). Kriterien der Diagnostik sind beim FAS das Vorliegen aller drei-, beim pFAS mindestens zwei der drei und beim ARND keines oder nur eines der beschriebenen fazialen Merkmale. Der Zeitpunkt der Dokumentation darf beliebig sein (ebd.).

Abbildung 2.3

Lip-Philtrum-Guide (Markovic et al., 2022, S.536)



Auffälligkeiten im zentralen Nervensystem: Alkohol ist eine teratogene Substanz, die das sich entwickelnde Gehirn irreversibel schädigt und Auffälligkeiten im Bereich des zentralen Nervensystems (ZNS) hervorruft. Diese Auffälligkeiten lassen sich in zwei Bereiche (funktionell & strukturell) gliedern. Funktionelle Auffälligkeiten meinen eine eingeschränkte Funktionalität bzw. Leistungsfähigkeit (kognitiv, emotional,...). Unter strukturelle Auffälligkeiten fällt beispielsweise die Mikrozephalie. Diese Abweichungen lassen sich in einer cranialen Computertomografie oder einer Kernspintomografie darstellen, helfen jedoch nach klinischer Erfahrung nicht im diagnostischen Prozess weiter (Spohr, 2016).

Zu den funktionellen Auffälligkeiten zählen: eine globale Intelligenzminderung (Standard-IQ von weniger als 70 Punkten) oder eine signifikante kombinierte Entwicklungsverzögerung bei Kindern unter zwei Jahren. Weiteres Kriterium sind Leistungen mit mindestens zwei Standardabweichungen unter der Norm, entweder in mindestens drei der folgenden Bereiche oder in mindestens zwei der fol-

genden Bereiche in Kombination mit Epilepsie. Zu den Bereichen gehören: Sprache, Feinmotorik, räumlich-visuelle Wahrnehmung, Lern- und Merkfähigkeit, exekutive Funktionen, Rechenfertigkeiten, Aufmerksamkeit, soziale Fertigkeiten oder Verhalten (ebd.).

Beim pFAS und der ARND sind dieselben ZNS-Domänen betroffen wie beim FAS, es werden bei den erst genannten jedoch noch strengere ZNS-Kriterien verlangt als für das FAS. Beim pFAS und bei der ARND müssen immer mindestens drei der genannten ZNS-Auffälligkeiten für die Diagnose vorliegen, unabhängig davon, ob es sich um eine Mikrozephalie, den IQ oder ein Defizit in einer der funktionellen ZNS-Domänen handelt (ebd.).

Intrauterine Alkoholexposition: Nach der S3-Leitlinie soll der Alkoholkonsum der biologischen Mutter während der Schwangerschaft evaluiert werden, da dieser einen wichtigen Schlüssel für die genaue und eindeutige Diagnosestellung darstellt. Die Informationen dazu müssen aus einer verlässlichen Quelle stammen, z. B. aus verlässlicher Beobachtung, medizinischen Berichten oder Arztbriefen mit dem Hinweis auf einen stationären oder ambulanten Alkoholentzug während der Schwangerschaft oder direkt nach der Geburt des Kindes oder einer Behandlung alkoholbedingter organischer Erkrankungen. Am wünschenswertesten wäre es jedoch durch die eigenen Angaben der leiblichen Mutter selbst. Informationen allein „vom Hörensagen“ oder abgeleitet vom Lebensstil der betroffenen Frau reichen als Beleg für einen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nicht aus. In der S3-Leitlinie wird von einer mündlichen oder schriftlichen Angabe im Rahmen der Fremdanamnese gesprochen (Spohr, 2016).

Zur Diagnostizierung einer FAS braucht die Mutter den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft nicht zu bestätigen, da das Vorliegen fazialer Auffälligkeiten eine Sensitivität von 100 % und eine Spezifität von 99,8 % aufweist. Zur Diagnosestellung des pFAS ist ein bestätigter oder zumindest wahrscheinlicher Alkoholkonsum der biologischen Mutter während der Schwangerschaft gefordert. Um die Diagnose ARND stellen zu können, muss die intrauterine Alkoholexposition bestätigt sein (Astley, 2013).

Abbildung 2.4

Die diagnostischen Säulen (Anlehnung an S3-Leitlinie, eigene Darstellung)

	FAS	pFAS	ARND
Wachstumsauffälligkeiten	mind. eine Auffälligkeit	-	-
Faziale Auffälligkeiten	drei Auffälligkeiten	zwei Auffälligkeiten	-
Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems	eine Auffälligkeit	mind. drei Auffälligkeiten	mind. drei Auffälligkeiten
Intrauterine Alkoholexposition	Bestätigung nicht erforderlich	wahrscheinlich oder bestätigt	bestätigt

Im *ICD-10* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10) ist eine *Alkoholembryopathie mit Dysmorphien* unter Q86.0 zu finden. Das *ICD-11* zeigt diesbezüglich unter der Kategorie *Toxic or drug-related embryofetopathie* keine Veränderungen. Für pFAS und ARND liegen im *ICD-11* keine Beschreibungen vor (World Health Organization, 2019; World Health Organization, 2022).

Seit 2016 wird in Deutschland die evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie zur Diagnose von Fetalen Alkoholspektrum-Störungen bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren, empfohlen. Eine Aktualisierung befindet sich in Überarbeitung. Aus dieser Leitlinie geht hervor, dass die Diagnose für ARBD unter besonderer Vorsicht zu stellen ist. Grund dafür ist die für den pränatalen Alkoholkonsum

nicht ausreichend nachgewiesene Spezifität der Fehlbildungen. Die S3-Leitlinie stützt sich auf den *4-Digit Diagnostic Code*. Dieser bietet erfahrenen Diagnostikern ein Handwerkszeug für eine genauere, reproduzierbarere Diagnose. Dabei werden geografische und humangenetische Hintergründe berücksichtigt (Landgraf & Heinen, 2016).

Die Diagnostik des FASD geht mit weiteren Herausforderungen einher. Da nach Spohr (2016) die Diagnosestellung aufgrund des breiten Symptomspektrums erschwert ist, entstehen schnell Fehldiagnosen. Nur 20-30% der Betroffenen zeigen das Vollbild (FAS) auf. Neuste Forschungen beziehen Biomarker mit ein, um frühzeitig auf pränatale Alkoholexpositionen rückschließen und Verhaltensauffälligkeiten entgegen wirken zu können. Bevor sich eine starke pathologische Symptomatik zeigt, werden Risikokinder herauskristallisiert (Jaffee, 2018). Spohr et al. (2007) fanden in einer Studie heraus, dass die phänotypischen Merkmale der FASD sich im Alter verwachsen können. So zeigten bei der Erstuntersuchung beispielsweise 89% Wachstumsauffälligkeiten, 20 Jahre später nur noch 38%.

Diese Erkenntnis verdeutlicht, dass die Bedingungen zur Diagnosestellung im Erwachsenenalter erschwert sind. Deshalb ist eine möglichst frühe Diagnostik im Kindesalter relevant (Landgraf et al., 2017).

2.3 Prävalenz/ Epidemiologie

Alkoholbedingte Schädigungen aus der Schwangerschaft weisen ca. 1% der Bevölkerung, abhängig von der Untersuchungsart und Diagnosekriterien, auf (Sarcletti, 2017). Laut Landgraf und Heinen (2016) liegt das FAS in den USA bei 0,2 bis 4,4 Kindern pro 1000 Geburten, hingegen in Europa bei 0,2 bis 8,2 Kindern vor.

Im Jahr 2012 untersuchte das Robert Koch-Instituts (Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA-Studie)) im Rahmen von Telefoninterviews ca. 26.000 Frauen ab einem Alter von 18 Jahren das Alkoholkonsumverhalten während der Schwangerschaft. Es zeigte sich, dass ca. ein Drittel dieser Frauen Alkohol getrunken haben. Davon ausgehend wiesen rund 20% der Befragten ein moderates und 8%

ein riskantes Alkoholkonsumverhalten auf. Zum sogenannten Binge-Drinking (≥ 5 Getränke pro Gelegenheit) kam es bei 0,1% aller schwangeren Frauen wöchentlich, bei 4% monatlich und bei 12% seltener als einmal pro Monat. Mit einer statistisch geschätzten Inzidenz von 1,77 % ist die FASD die häufigste, bei Geburt bestehende, chronische Erkrankung (Kraus et al., 2019). Die Prävalenzrate liegt damit höher als die des Down-Syndroms (Landgraf & Heinen, 2016). In Deutschland kommen schätzungsweise mindestens 2.000 Kinder jährlich mit dem Vollbild, also einem fetalen Alkoholsyndrom, zur Welt. An einer alkoholbedingten Schädigung leiden außerdem ca. 10.000 Kinder (Sarcletti, 2017). Das weibliche Geschlecht wird häufiger diagnostiziert. Das hängt laut Zobel (2017) damit zusammen, dass diese Gruppe häufiger Fachpersonen aufsuchte.

Studien mit konkreten Angaben zu der Prävalenz von FASD sind schwer durchzuführen, denn das komplexe Krankheitsbild geht häufig mit Komorbiditäten (s.u.) einher. Die Verantwortlichen sind sich oft unsicher oder zeigen unzureichendes Fachwissen, um die Erkrankung erkennen zu können (Hennicke & Hoffmann, 2015). Zudem ist der gleichzeitige Konsum anderer Substanzen (Tabletten, illegale Drogen, Tabak,...), eine sogenannte Polytoxikomanie, abzuklären. Es stellt sich die Frage inwieweit die Informationen, die auf Selbstangaben der Befragten beruhen, zu bewerten sind. Denn diese Aussagen werden gerne aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten verzerrt (Spohr & Steinhausen, 2008). Mit der Diagnosestellung wird letztendlich der leiblichen Mutter der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft vorgehalten (Landgraf & Heinen, 2016).

Hinzukommt, dass der Großteil der Kinder mit FASD nicht in ihren Ursprungsfamilien, sondern in Pflege- oder Adoptionsfamilien lebt. Informationen über die Schwangerschaft der leiblichen Mutter und einen eventuellen Alkoholkonsum fehlen häufig (Spohr & Steinhausen, 2008).

Wichtige Informationen und Hinweise zur Vorgeschichte der Betroffenen, die auf FASD hindeuten könnten, sind den Jugendämtern zwar bekannt, werden jedoch selten an die betreuenden Personen weitergegeben. Dadurch wird der Befund zusätzlich erschwert (Spohr, 2016). Anhand dieser Hintergründe lässt sich die

Schlussfolgerung ziehen, dass die Dunkelziffer der Erkrankten deutlich höher liegen muss als die Zahlen, die auf den Schätzungen beruhen (Hennicke & Hoffmann, 2015).

2.4 Komorbidität und Differenzialdiagnostik

Zusätzlich zur Grunderkrankung können weitere Diagnosen, sogenannte *Komorbiditäten*, gestellt werden (Spohr, 2016). Neben den kognitiven Beeinträchtigungen leiden Betroffene mit FASD oftmals auch an somatischen oder psychischen Störungen. Die häufigsten körperlichen Auffälligkeiten sind Seh- und Hörstörungen. Bei Personen mit FASD steigt das Risiko gegenüber der Gesamtpopulationen für psychotische Störungen, Intelligenzminderung, Angststörungen, ADHS und Bindungsstörungen. Überdies wurde ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Suizid und Substanzabhängigkeit festgestellt (O'Connor et al., 2019). Verhaltensauffälligkeiten sind vor allem bei Jungen festgestellt worden. Die Abklärung einer komorbiden Störung ist wichtig, da sie möglicherweise andere, bessere Ansatzpunkte als die Hirnorganische Störung per se bietet (Zobel, 2017).

Der Begriff *Differenzialdiagnostik* meint eine „Entweder-oder“-Entscheidung. Hiervon muss der Begriff der *Komorbidität* unterschieden werden, der einem „Sowohl-als-auch“ entspricht. Somit ist anfangs zu klären, ob eine FASD-Diagnose vorliegt oder eine andere psychische Störung für die berichteten Auffälligkeiten verantwortlich ist. Beim Vorliegen einer FASD-Diagnose sollte hinterfragt werden, ob alle geschilderten und nachgewiesenen Auffälligkeiten ausschließlich der Diagnose zugeordnet werden können. Auch hier stellt sich die Frage, liegt eventuell noch eine andere psychische Störung vor. (Spohr, 2016).

„Neben psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stellen affektive Störungen, Angst- und Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung, Schlafstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, sexuelle Verhaltensabweichung, Stereotypien, Aggressivität und Delinquenz wichtige Differenzialdiagnosen dar.“ (Wagner et al., 2020, S. 1072)

Es gibt weitere insbesondere dem FAS ähnlich sehende Syndrome wie: Aarskog-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, Dubowitz-Syndrom, Fetale Hydantoin-Syndrom, embryofetales Valproinsäure-Syndrom, Noonan-Syndrom und Williams-Beuren-Syndrom (ebd., S. 1075).

Eine ausführliche Liste dazu ist in der S3-Leitlinie verankert (Landgraf & Heinen, 2016).

3 Pränataler Alkoholkonsum und dessen Folgen

3.1 Auswirkungen auf Neurokognitiver- und Verhaltensebene in der frühen Kindheit

Gravierende Folgeschäden pränataler Alkoholexposition können sich neben anatomischen Auswirkungen auch in Form von neuropsychologischen und Verhaltensauffälligkeiten schon in der frühen Kindheit äußern (McCormack et al., 2017). FAS zählt dabei als eine zentrale Ursache für kognitive Beeinträchtigungen, wobei das Spektrum von leichten Lernbeeinträchtigungen bis hin zu starken geistigen Behinderungen reichen kann. Die Betroffenen weisen größtenteils einen Intelligenzquotienten im unteren Grenzbereich (nach ICD-10 = < 70) auf (Dörrie et al., 2014). Auch wenn die kognitiven Fähigkeiten laut Intelligenzquotienten im Normbereich liegen, gelingt es den Betroffenen nicht ihr Potenzial zu entfalten. Beeinträchtigungen zeigen sich in den vom Intelligenzniveau unabhängigen Exekutivfunktionen und nehmen einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit, schulische Leistungen sowie den Erfolg im Leben. Diese hängen von einem neuronalen Schaltkreis ab, bei dem der präfrontale Kortex eine wichtige Rolle spielt (Fuglestad et al., 2014). Dabei scheinen sich die kognitiven Defekte ab dem 12. Lebensmonat zu zeigen (Testa et al., 2003).

Bei den Exekutivfunktionen handelt es sich um höhere kognitive Funktionen, welche sich nach aktuellen Forschungsergebnissen in drei zentrale Funktionen unterteilen lassen: Die *inhibitorische Kontrolle*, das *Arbeitsgedächtnis* und die *kognitive Flexibilität* (Jäncke, 2021). Einfachste Handlungsabläufe wie Zähneputzen, Tischdecken usw. können sich die Kinder nicht merken und auch nicht benennen. Zudem fällt es ihnen schwer Gelerntes zu verinnerlichen und zu transferieren. Probleme zeigen sich in der Differenzierung und Generalisierung. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich darin, Kausalzusammenhänge (Ursache und Wirkung) zu erkennen und ein Verständnis für Abstraktionen (z.B. Zeit, Geld) zu entwickeln. Alle Regeln müssen tagtäglich neu erlernt, immer wiederholt und eingeübt werden. Beeinträchtigungen in der räumlich-konstruktiven Verarbeitung zeigen sich beispielsweise darin, dass die Kinder sich auf dem Weg zur Kita oder innerhalb des Gebäudes nicht selbstständig zurechtfinden. Eine Sehbeeinträchtigung sollte in diesem Zusammenhang durch eine augenärztliche Untersuchung ausgeschlossen werden. Unterschiedlich ausgeprägte Auffälligkeiten bilden sich auch in verschiedenen Bereichen der Motorik ab. In der Grobmotorik sind häufig Koordinations- und Gleichgewichtsschwierigkeiten zu erkennen. So zeigen sie Unsicherheiten z.B. beim Fußball spielen oder Fahrrad fahren, aber auch eine Art „Tollpatschigkeit“. Aber auch eine angemessene Kraftdosierung sowie der Einschätzung von Bewegungsausmaß, -richtung und -steuerung gelingen oft nicht. Weitere Auffälligkeiten zeigen sich in der Fein-, Grapho- und Mundmotorik die im unterschiedlichen Ausmaß betroffen sind (Paolozza et al., 2014).

Zobel (2017) berichtet, dass die betroffenen Kinder Defizite in ihrer expressiven und rezeptiven Sprachentwicklung aufweisen können. Dieser Entwicklungsrückstand fällt häufig erst später auf, da Antworten durch eingeübte Verhaltensmuster oder Phrasen gegeben werden. Es kann jedoch auch sein, dass eine relativ gute Sprachentwicklung vorliegt und andere Defizite so überdeckt werden.

Kinder mit FASD zeigen auch Schwierigkeiten in der sozial-emotionalen Regulation, welche als zentrale Entwicklungsaufgabe in der frühen Kindheit beschrieben wird (Wiedebusch & Petermann, 2011). Emotionale und soziale Kompetenzen werden in der Fachdiskussion getrennt, wie auch in Zusammenhang miteinander

betrachtet. Emotionale Kompetenz meint die Summe der Fähigkeiten mit eigenen Gefühlen und denen anderer umzugehen (Petermann & Wiedebusch, 2016). Soziale Kompetenz beschreibt die Fähigkeit verhaltensorientiert in sozialen Situationen zu handeln und Probleme zu lösen (Wadepohl et al., 2011). FASD-Kinder können die Konsequenzen ihres Verhaltens nicht absehen. In der Folge führen sie auch gefährliche Handlungen aus und lernen nicht aus Erfahrungen. Ein Teil der Kinder mit FASD zeigt sich distanzgemindert und äußerst vertrauensselig. Die Kinder weisen manchmal sogar sexualisiertes Verhalten, insbesondere wenn sie Missbrauch erlebt haben auf. So setzen sie sich bei Fremden auf den Schoss oder greifen der Mutter an die Brust. Oft berichten dann die Pflege- oder Adoptiveltern, dass sich die Kinder als Säuglinge, in der ersten Zeit nach der Aufnahme in die Pflegefamilie, kaum anfassen und normal versorgen oder wickeln ließen. Weitere Schwierigkeiten ergeben sich bei einigen betroffenen Kindern und Jugendlichen in der Impulskontrolle. Sie handeln oppositionell, aggressiv, lügen, stehlen und zerstören Gegenstände. Verbale und körperliche Aggressionen führen auch zur Verletzung von Bezugspersonen. Häufig werden Regeln und Grenzen missachtet. Sie zeigen sich emotional instabil (Malone & Koren, 2012).

Im Kindergarten lösen FASD-Kinder durch ihr unkontrolliertes Verhalten (heftige Wutanfälle und Impulsprobleme) häufig bei anderen Kindern Ängste aus. Indem sie den "Clown" spielen oder "alles aufmischen" versuchen sie die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Neben der Hyperaktivität zeigen sich oft auch weitere Symptome einer ADHS bereits im Vorschulalter. So sind sie rasch isoliert und wissen und merken nicht warum. Die Kinder werden nicht gemocht, sie haben selten Freunde, mit denen sie spielen können. Sie können die Bedürfnisse der anderen Kinder nicht wahrnehmen und situationsangemessen deuten und erfahren immer stärkere Ablehnung, die sie meist auch nicht einordnen und akzeptieren können. Diese „Andersartigkeit“, dieser Mangel an altersangemessenem Verhalten kann zu Ablehnung bis hin zum „Mobbing“ führen. Da aber ein intensiver Wunsch nach sozialen Kontakten und Freunden besteht, versuchen sie sich oft mit Geschenken beliebt zu machen (Spohr, 2016). Insgesamt lässt sich anhand der aufgeführten Punkte erkennen, mit welchen Belastungen die Familien und auch die Betroffenen selbst konfrontiert werden (Rothensee, 2016). Eine soziale

Isolation kann sogar die Folge sein. Gemeinsame Unternehmungen mit Freunden finden nur noch eingeschränkt statt, da diese den Umgang mit dem Kind als belastend empfinden (Sarceletti, 2017).

Eine fehlende oder ausstehende Diagnose kann zu Fehleinschätzungen führen. So werden „Vergesslichkeit“ und „Begriffsstutzigkeit“ auf Widerwillen oder schlechte Erziehung zurückgeführt (Spohr, 2016).

Dabei meint Erziehung nach Bokelmann (1970, S. 185) „dasjenige Handeln, in dem die Älteren (Erzieher) den Jüngeren (Edukanden) im Rahmen gewisser Lebensvorstellungen (Erziehungsnormen) und unter konkreten Umständen (Erziehungsbedingungen) sowie mit bestimmten Aufgaben (Erziehungsgehalten) und Maßnahmen (Erziehungsmethoden) in der Absicht einer Veränderung (Erziehungswirkungen) zur eigenen Lebensführung verhelfen, und zwar so, daß die Jüngeren das erzieherische Handeln der Älteren als notwendigen Beistand für ihr eigenes Dasein erfahren, kritisch zu beurteilen und selbst fortzuführen lernen.

Ob die Einschränkungen des Betroffenen als Behinderung eingeordnet werden und in welchem Ausmaß, kann darüber entscheiden in welchem Umfang Betroffene Hilfe erhalten. Auf Antrag stellt das Versorgungsamt das Vorliegen und den Grad einer Behinderung fest. Dadurch sind Nachteilsausgleiche möglich. Leistungen der Pflege- oder Krankenversicherung sowie der Eingliederungshilfe können unabhängig vom Behindertenausweis in Anspruch genommen werden. Der Begriff der Behinderung wird im neunten Sozialgesetzbuch definiert:

Menschen sind gemäß §2 Abs. 1 S. 1 SGB IX behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von einer Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Als derzeitiger Standard gilt, dass die Fetale Alkoholspektrum-Störung mit einem Intelligenzquotienten unter 70 als geistige Behinderung, mit einem höheren Wert als seelische Beeinträchtigung zu begreifen ist. (Bundesregierung, 2017).

Kinder mit FASD und deren Sorgeberechtigte haben ebenso wie alle anderen Kinder und Jugendlichen bzw. ihre Familien Anspruch auf Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) (Bienioschek et al., 2019). Darunter fällt die *Eingliederungshilfe*, welche Leistungen für Menschen mit Behinderungen bezeichnet, die eine möglichst umfängliche Teilhabe an allen Lebensbereichen der Gesellschaft ermöglichen sollen. Spätestens seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention im Frühjahr 2009 rückt der Blick auf die Teilhabe Aller in den Fokus. Es besteht die Möglichkeit zwischen einer Fördereinrichtung oder einer individuellen Förderung zur Teilhabe an Regelangeboten zu entscheiden. Welche Leistungen in Anspruch genommen werden, entscheiden die Betroffenen und ihre Angehörigen selber. Eine Diagnose bildet die Grundlage der Hilfe. Ob ein Anspruch besteht, klärt der Leistungsträger. Auf Möglichkeiten einer teilstationären Förderung für Kinder wird kurz eingegangen (Bundesregierung, 2017).

Die gemeinsame Erziehung und Bildung von Kindern mit und ohne Behinderung ist gesetzlicher Auftrag von Kindertageseinrichtungen. Das niedersächsische Bildungssystem gewährleistet allen Kindern Chancen auf Bildungserfolg und gesellschaftliche Teilhabe; unabhängig von ihren körperlichen und geistigen Voraussetzungen oder ihrer Herkunft. Als Kind mit Behinderung gelten Betroffene, bei denen ein „nachgewiesener Förderbedarf“ nach § 53, 54 SGB XII, § 35a SGB VIII oder ein Bedarf für erzieherische Hilfen, besteht (Bildungsportal Niedersachsen, o.D.).

Als Angebot dafür stehen dem Landkreis Emsland, in dem die Befragten dieser Arbeit leben, neben dem Regelkindergarten besondere Einrichtungen der Tagesbetreuung für Kinder mit Behinderungen wie Förder- oder integrative Kindergärten zur Verfügung (Bundesregierung, 2017).

Eine Regeleinrichtung kann den Anforderungen und Bedürfnissen eines Kindes mit FASD oftmals nicht gerecht werden. Aufgrund der Gruppengröße kann nur schwer eine individuelle, bedürfnisorientierte Betreuung und Förderung gewährleistet werden (ebd.).

- Der *heilpädagogische Kindergarten* ist eine teilstationäre Einrichtung mit einem gesonderten Erziehungs- und Bildungsauftrag. Die Kinder werden in einer kleinen Gruppe, bestehend aus ca. sechs bis acht Kindern, individuell von speziell ausgebildeten Fachkräften (Heilpädagogen) gefördert. (Bildungsportal Niedersachsen, o.D.).
- Das Angebot einer *integrativen Kindergartenbetreuung* richtet sich an Kinder mit und ohne Behinderungen ab dem 3. Lebensjahr. Hier werden höchstens 18 Kinder, davon vier mit nachgewiesenem Förderbedarf, betreut. Erzieherinnen und ein zusätzlicher Heilpädagoge betreuen die Kinder. In diesen Einrichtungen sind meist neben der genannten Fachdisziplinen auch Therapeuten, Psychologen etc. im Team, wodurch den Kindern eine interdisziplinäre Förderung angeboten wird. (Groschwald & Rosenkötter, 2015).

3.2 Lebensraum Pflegefamilie

Es ist wichtig, dass ein Kind mit FASD in einem stabilen, strukturierten Umfeld aufwächst, in welchem ihm Förderung und Fürsorge entgegengebracht werden. Oft sind diese Bedingungen durch seine biologische Familie jedoch nicht gegeben, sodass es dort nicht aufwachsen kann. Die leiblichen Mütter sind oftmals nicht in der Lage ihre alkoholgeschädigten Kinder zu versorgen. Da die mütterliche Erkrankung zu „unverschuldetem Versagen“ führt, werden die Kinder häufig vernachlässigt, verwahrlost und/oder werden sogar misshandelt. So wird den Müttern häufig das Sorgerecht entzogen und die Kinder werden in Pflege- und Adoptionsfamilien untergebracht (Thomsen et al., 2014).

Die Zahlen, wie viele Kinder mit FAS nicht mehr in ihrer Ursprungsfamilie leben, schwanken je nach Studie. Astley et al. (2000) sprechen von 80% der Betroffenen, die nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie leben.

Die Entscheidung über eine Inobhutnahme und in welcher Form (Heim, Pflegefamilie, Rückführung in Herkunftsfamilie) stellt einen komplexen Prozess dar, in den Fachkräfte, Eltern und in einzelnen Fällen das Kind selber mit einbezogen werden (Wilde, 2014). Kinder mit Behinderung gelten im *Pflegekinderwesen* als spezieller Fall, da ihre Unterbringung als Teil der Eingliederungshilfe gilt. In der Auseinandersetzung mit dem Pflegekinderwesen ist vor allem der § 33 S. 1&2 SGB VIII „Vollzeitpflege“ grundlegend.

Daraus geht hervor, dass

Erziehung in Vollzeitpflege [...] entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie [...] eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten. Für besonders entwicklungsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche sind geeignete Formen der Familienpflege zu schaffen und auszubauen.

Damit sind professionelle Pflegefamilien gemeint. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass mindestens ein Elternteil über eine (sozial-) pädagogische, medizinische oder psychologische Ausbildung verfügt. Die Hauptverantwortung muss dieses Elternteil im Alltag nicht tragen (Ebel, 2011). Im Rahmen der Verwandtenpflege wachsen die Betroffenen bei ihren nahen Angehörigen im Familienbund auf. Dabei werden die Familien fachlich und finanziell unterstützt. Im Falle einer Inobhutnahme stellt die Bereitschaftspflege die erste Anlaufstelle dar. In der familienähnlichen Unterbringung bleiben die Betroffenen von wenigen Tagen bis zu Monaten bis eine weitere Vermittlung oder Rückführung eingeleitet werden kann (Heinrichs, 2019).

Nach Ebel (2011) bringen Pflegekinder meistens eine schwierige Vorgeschichte mit. Infolgedessen müsse die Pflegefamilie mit einer besonderen Herausforderung rechnen. Zu benennen ist laut Blandow (2004) auch, dass zahlreiche Pflegefamilien zum Zeitpunkt der Pflegschaft/Adoption keine Auffälligkeiten, Diagnose oder der Alkoholkonsum der leiblichen Mutter während der Schwangerschaft bekannt waren (Blandow, 2004).

Da die Vorgeschichte der Mutter nicht und weder Verdachts- noch feststehende Diagnose bekannt sind, ist es schwierig sich für oder gegen ein alkoholgeschädigtes Kind zu entscheiden. Die Kinder werden in der Regel in einem Alter in eine andere Familie gegeben, indem noch nicht klar ist, wie sie sich körperlich und geistig entwickeln werden. Es bedarf einer gewissen Beobachtungszeit, um diesbezüglich Aussagen treffen zu können. Entwicklungs- und Intelligenztests stellen in diesem Alter aus methodischen Gründen auch keine Hilfe dar (Spohr & Steinhäuser, 2008).

3.3 Chancen und Fördermöglichkeiten

Bisher gibt es keine wirksame und überzeugende Behandlung im Sinne einer Heilung. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass oftmals verschiedene Methoden ausprobiert werden müssen, um letztlich geeignete Maßnahmen für das Individuum zu finden, diese aber auch regelmäßig evaluiert werden sollten (Bünemann et al., 2019).

Dennoch spielen die durchgeführten Hilfen wie Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie sowie Frühförderung eine elementare Rolle (Landgraf & Hoff, 2019). Holtkamp (2015) weist darauf hin, dass auch die Psychotherapie insbesondere in Bezug auf das Verhalten beispielsweise zur Förderung sozialer Kompetenzen thematisiert werden sollte. Diese sollten im realen Umfeld des Kindes, mobil aufsuchend, durchgeführt werden.

Neben den aufgeführten Maßnahmen kann auch eine medikamentöse Behandlung indiziert werden, wobei insbesondere der positive Effekt einer Kombination

von medikamentöser und nicht medikamentöser Behandlung zu betonen ist. Sowohl Stimulanzien als auch Neuroleptika können sich positiv auf das Verhalten und die Konzentration auswirken (Petrenko & Alto, 2017).

Liegt ein komplexes Krankheitsbild vor, wird zur Behandlung ein interdisziplinäres Team aus Medizinern, Psychologen, Psychotherapeuten und Pädagogen benötigt (Hollmann, 2020).

Ausgehend von der bearbeiteten Literatur sowie der Betrachtung unterschiedlicher Therapietools lassen sich folgende hilfreiche Interventionen erkennen: Ordenewitz et al. (2021) und Bertrand (2009) stellten die positive Wirkung der Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams heraus. Sie sahen es als besonders förderlich an, wenn sowohl direkt mit den Kindern, als auch unter Einbezug der Eltern gearbeitet wurde. Da die Bezugspersonen den Entwicklungsstand und das Verhalten besser beschreiben können, hilft es allen Beteiligten bei der Festlegung neuer Ziele und Therapien. Eine gute Zusammenarbeit wirkt sich positiv auf den Therapieerfolg aus.

Aus all dem ergibt sich, dass als Hilfe ein schützendes, wertschätzendes Zuhause mit stabilen Bezugspersonen, festen Regeln, einem strukturierten regelmäßigen Alltag und eine unaufgeregte, das heißt reizlose Umgebung wichtig ist. Darunter fällt auch ein langanhaltendes Wohnverhältnis. Angebotene Schwierigkeiten sollten der Realität und der Umsetzbarkeit, unter Einbezug möglicher Schwierigkeiten, entwickelt werden. Rückschläge und Abläufe sind regelmäßig neu zu bewältigen und zu bewerten. Des Weiteren sollten Situationswechsel angekündigt, Überraschungen vermieden, Rituale entwickelt und Handlungsschritte aufgelistet und bildlich dargestellt werden. Dazu können Wochen- oder Tagespläne mit Piktogrammen hilfreich sein. Klare Kommunikation ohne Mehrdeutigkeit und einfache Sprache ohne argumentative Ausführungen können den Alltag erleichtern. Zudem sollte der Augenkontakt gesucht werden, Anweisungen vom Kind wiederholt und auf eine reizarme Umgebung während der Gespräche geachtet werden. Die Kinder sind auf direktes Handeln als Konsequenz auf ihr Verhalten angewiesen, um diesen Zusammenhang zu verstehen (Bünemann et al.,

2019). In Bezug auf die Impulsivität und Sprunghaftigkeit sollte eine Überstimulierung vermieden werden. Das Begrenzen des täglichen Fernsehkonsums und die Einschränkung lauter aggressiver Musik ist neben dem Schutz der Kinder vor einer Überstimulation durch Licht, Bewegungen, Geräusche, Spielzeug, Lärm, Farbe, Aktivitäten und großen Menschenmengen sinnvoll und zu empfehlen (Spohr, 2016). Bünemann et al. (2019) beschreiben zudem die Zeit als etwas Abstraktes und somit schwer Verständliches. Deshalb sollte diese sichtbar und erfahrbar gemacht werden. Hierzu setzt man beispielsweise einen Wecker mit ein.

Die sozial-emotionale Entwicklung lässt sich durch Lob, das Benennen von Stärken und Trost aber auch durch den Zusammenhalt bei Niederlagen bestärken. Verstärkerpläne lassen sich als Belohnungssystem einsetzen. Ein Wutanfall sollte nachbesprochen und dabei mit den empfundenen Gefühlen verbunden werden. Ein Gefühl-Album mit unterschiedlichen Gefühlsausdarstellungen zu Gefühlen kann helfen Emotionen an Gesichtern abzulesen. Bewegungs- und Ruhephasen sind bewusst zu integrieren. Kontaktaufnahmen bzw. Interaktionen können in Rollenspielen durch gewisse Verhaltensweisen erlernt werden. Neben diesen ganzen Hilfsmaßnahmen ist es sinnvoll andere Kontaktpersonen (Eltern, Bekannte,...) über das Störungsbild zu informieren und somit mehr Verständnis zu schaffen. Körperliche Aktivitäten können wegen des fehlenden Selbstwertgefühls bei vielen Kindern hilfreich sein. Für erfolgreiches Lernen werden viele Wiederholungen, Ressourcenorientierung, visuelle Methoden und eine reizarme sowie strukturierte Umgebung beschrieben (Spohr, 2016).

Anhand der aufgeführten Herausforderungen lässt sich erschließen, dass sich auch Auswirkungen auf das Umfeld zeigen. Beispielsweise chronische Erschöpfung bei den Bezugspersonen. Die Eltern benötigen Nerven und Ruhe, denn stetige Aufmerksamkeit ist gefordert. Da sie ihre Erziehungsfähigkeit häufig in Frage stellen, kann dies wiederum einen belastenden Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung nehmen. Pflegeeltern benötigen ein Unterstützungsnetzwerk z.B. in Form von Selbsthilfegruppen, der den Kontakt aber auch einen Erfahrungsaustausch zu anderen Betroffenen ermöglicht. Gespräche mit Fachkräften können

auch helfen. Als Ressource werden die Potenziale der Eltern gesehen, welche sie unterstützen ihre Aufgaben in der Erziehung ihres Kindes zu erfüllen (ebd.).

4 Forschungsgrundlage und Forschungsfragen

Einige Studien beschreiben diese besondere Art der Pflege als eine „extrem anstrengende“ Erfahrung, die sich auf unterschiedliche Systeme und Bereiche auswirkt.

Dazu werden von Betreuern und Fachleuten aus einer Klinik aus Kanada körperliche und emotionale sowie familiäre Auswirkungen aber auch Isolation oder finanzielle Probleme genannt. Als erfolgreichste Erziehungsstrategien werden die elterliche Reflexion, Routine/Struktur/Kontinuität und Umweltmodifikation genannt (Green et al., 2014).

Zusätzlich zu den regulären elterlichen Pflichten tragen die Eltern eine lebenslange Verantwortung und stehen vor der komplexen Herausforderung, wie sie ihr Kind im Kontext seiner Behinderung am besten erziehen können. Die ersten Lebensjahre bilden dabei elementare Bausteine (Sanders & Buck, 2010).

Möller & Feldmann (2013) stellen in ihrer Forschungsarbeit sozial-emotionale Entwicklungsprobleme als wichtigste Herausforderung dar. Diese Verhaltensweisen erfordern einen besonderen Umgang und werden von den Bezugspersonen als großer Stressor wahrgenommen. Als Erhebungsinstrument wurde der *Parental Stress Index* (PSI) genutzt. Die Erhebung fand in England statt (Mukherjee, 2013).

Olson et al. (2009) nutzten ebenfalls den Fragebogen. Ihre Untersuchung umfasste 52 Familien, darunter zwei Drittel Pflege- und Adoptiveltern. Bei fast allen Eltern wurde eine überdurchschnittliche Belastung der Eltern-Kind-Interaktion im *Parental Stress Index* (PSI) und bei 23 % der Eltern auch behandlungsbedürftige

psychische Belastungssymptome der Eltern festgestellt. Mehr als die Hälfte äußerte ein dringendes Bedürfnis nach eigener Entlastung, Beratungsmöglichkeiten und Hilfen im Umgang mit belastenden Verhaltensproblemen.

Morrisette (2001) führte Interviews mit Pflege- und Adoptiveltern durch. Er kristallisierte den ständigen Aufsichtsbedarf, Belastungen der Paarbeziehung, Zweifel an bzw. Fehlen von eigenen erzieherischen Kompetenzen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Facheinrichtungen als wichtigste Probleme heraus.

Sarimski (2014) befragte Pflege- und Adoptiveltern zu den Entwicklungs- und Verhaltensmerkmalen von Kindern und Jugendlichen (4-18 Jahre), zu den erlebten Belastungen im Familienalltag, den Bewältigungsstrategien, sowie zur Zusammenarbeit mit Fachkräften und der Zufriedenheit von Unterstützungsmöglichkeiten. Es stellte sich heraus, dass die ausgeprägten psychosozialen Auffälligkeiten mit Belastungen im familiären Alltag einhergehen. Zudem beschreiben 30% Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit und Unterstützung.

Gardener (2000) fand in einem Interview mit Pflegemüttern heraus, dass bei Kindern (2-16 Jahren) mit FAS Gedächtnisschwierigkeiten, ein mangelndes Verständnis für Konsequenzen sowie fehlende elterliche Strategien als größte Herausforderungen zählen.

McDougall et al. (2020) befragten in Australien Bezugspersonen in einem Telefoninterview über die größten Herausforderungen mit ihrem Kind (4-12 Jahre) mit FASD oder einer vorläufigen Diagnose. Dabei wurden drei Hauptthemen genannt: 1) Selbstregulation (Verhalten, Emotionen und Aufmerksamkeit) 2) kognitive Fähigkeiten (akademische Fähigkeiten, Lernen und Gedächtnis) 3) Anpassungsfähigkeiten (soziale Fähigkeiten, Kommunikations- und Sprachfähigkeiten, motorische Fähigkeiten und Schlafprobleme). Als Stärken werden die Motorik, eine freundliche und liebevolle Art sowie gesteigerte kognitive Leistungen bei Ressourcenorientierung beschrieben.

O'Conner et al. (2019), und Bjorkquist et al. (2010) untersuchten das Verhalten von Jugendlichen (13-18 Jahre, 8-16 Jahre) und erkannten ebenfalls Schwierigkeiten in der Einschätzung sozialer Situationen und der Kontrolle adäquaten Verhaltens. Die unvorhersehbare emotionale Dysregulation wird dabei als besonderes Verhaltensmerkmal gesehen.

Roberts (2015) berichtet über die Studie der „All Party parliamentary Group“, welche 2012 veröffentlicht wurde. Hieraus geht hervor, dass Kinder mit FASD erhebliche Lernschwierigkeiten in der Schule zeigen, den Lehrkräften jedoch die Voraussetzungen zur individuellen Förderung fehlen. In England liegen Empfehlungen für fachspezifische Schulungen und Handlungsempfehlungen für die Praxis von Lehrkräften vor. Hierbei werden ressourcenorientiertes Lernen, visuelle und kinästhetische Lernmöglichkeiten sowie die Beziehungsgestaltung zum Kind als hilfreich beschrieben.

Nach Olson et al. (2009) wünschen sich die Eltern Hilfen im Umgang mit den Entwicklungs- und Verhaltensproblemen.

Brown et al. (2005) befragten 63 Pflegeeltern nach den wichtigsten Faktoren, die den Erfolg des Pflegeverhältnisses bestimmen. Sie nannten die Strukturierung und Organisation des Alltags, persönliche Kraftquellen, soziale Unterstützung und ein gutes Verständnis für die alkoholbedingten Entwicklungsprobleme als bedeutsam.

Erwartungen sollten dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst und eine Überstimulation vermieden werden (Brown & Mather, 2020).

Kable et al. (2007) untersuchten in den USA Kinder mit FAS im Alter von drei bis zehn Jahren und fanden heraus, dass es den Eltern hilft, wenn sie die Störung ihres Kindes verstehen und Strategien für eine positive Verhaltensunterstützung erhalten.

Es liegen eine Fülle von verschiedenen Interventionsprogrammen und Tools, zu meist aus den USA oder Kanada, vor. Diese beziehen sich meistens auf das Jugendalter. Wenige Programme beginnen mit einem Einstieg ab vier bis fünf

Jahren. Das *Alert Programm* zielt darauf, die eigene Aufmerksamkeit zu fokussieren, die Fähigkeit zur Selbstregulation aufzubauen und situationsangemessenes Verhalten zu zeigen. Dieses Programm wird unter anderem bei FASD aber auch AD(H)S als effizient wahrgenommen (Wells et al., 2012).

Zudem gibt es den *FAS-Koffer*, der in einer empirischen Untersuchung auf seine Wirksamkeit hin geprüft wurde. Dieser beinhaltet störungsspezifische Informationen sowie Lösungsvorschläge für bestimmte Verhaltensweisen von Kindern im Vor- und Grundschulalter zwischen vier und elf Jahren. Hier werden Situationen beschrieben und Lösungsvorschläge gegeben (Bünemann et al., 2019).

In Deutschland gibt es nur wenige Forschungsarbeiten über die Erziehung von Kindern mit FASD. Die vorhandene Literatur deutet jedoch auf eine Fülle von Herausforderungen sowie Belastungsfaktoren für die Bezugspersonen hin (Sanders & Buck, 2010). Studien zu erzieherischen Maßnahmen sind begrenzt vorhanden. In der Literatur äußern Experten ihr Wissen im Hinblick auf hilfreiche Rahmenbedingungen für die Betroffenen. Oftmals schließen sie dabei aufgrund der Symptome auf pauschale Maßnahmen. Zunehmend werden jetzt auch Erfahrungen von Bezugspersonen erfragt; meistens in Form von quantitativen Forschungen. Dennoch sind die Studien rar. Aber deckt sich das auch mit den Erfahrungen der Pflegeeltern? Pflegeeltern benannten die Strukturierung und Organisation des Alltags, persönliche Kraftquellen, soziale Unterstützung und ein gutes Verständnis der alkoholbedingten Entwicklungsprobleme als bedeutsam (Brown et al., 2005). In der aktuellen Forschung liegt kein Modell vor, dass gezielt erzieherische Maßnahmen zu aufgezeigten Herausforderungen vorschlägt.

Der aufgeführte Forschungsstand zeigt, dass im deutschsprachigen Raum bisher kaum qualitative Studien vorliegen, in der die Bezugspersonen und Fachkräfte ihre Erfahrungen im Hinblick auf die größten psychosozialen Herausforderungen des Kindes sowie ihre notwendigen erzieherischen Kompetenzen teilen. Quantitative Studien stellen die Herausforderungen im Alltag mit einem Kind mit FASD heraus und gehen auf das Belastungserleben der Eltern ein. Hilfreiche Maßnahmen im Umgang mit den Betroffenen finden bisher wenig Beachtung. Auch Experten geben nur allgemeingültige Empfehlungen, ohne speziell auf die gezeigte

Herausforderung einzugehen, heraus. Diese Forschungslücke nutzt die Forschende für ihre qualitative Arbeit. Im Fokus des Forschungsprojektes stehen die Pflegeeltern und Fachkräfte von Kindern mit FASD.

Aufgrund der beschriebenen Forschungslage stelle ich mir folgende Fragen (*siehe Abbildung 4.1*):

FF1: Welche psychosozialen Herausforderungen gibt es im Umgang?

H1: Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten erschweren Kindern mit FASD den Umgang mit Gleichaltrigen.

Auf der ersten Ebene werden die alltäglichen Herausforderungen, die durch das psychosoziale Verhalten des Kindes entstehen, herausgestellt. Dazu werden die Bezugspersonen gebeten Schwierigkeiten zu benennen und Situationen zu schildern.

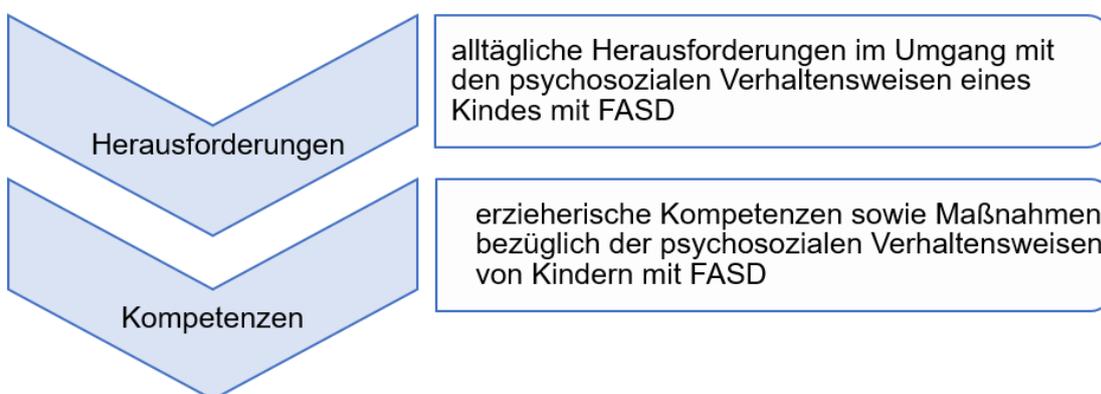
FF2: Welche erzieherischen Kompetenzen erfordert der Umgang mit einem Kind mit FASD?

H2: Der Umgang mit einem Kind mit FASD erfordert hohe erzieherische Kompetenzen.

Die zweite Ebene beschäftigt sich mit den erzieherischen Anforderungen an die Bezugspersonen. Hierbei werden unter anderem Erziehungsmethoden oder auch förderliche Materialien beschrieben.

Abbildung 4.1

Hypothesen (eigene Darstellung)



Ziel der Thesis ist es, psychosoziale Herausforderungen im Umgang mit Kindern mit einer FASD-Diagnose zu erarbeiten sowie notwendige erzieherische Kompetenzen herauszustellen. Diese Studie soll dazu beitragen spezifische Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschung herauszustellen. Hierzu werden die Ergebnisse der Interviews zusammengefasst, um daraus ein Modell zu erarbeiten.

5 Methodisches Vorgehen

5.1 Qualitative Forschung

Im Zentrum der qualitativen Forschung steht das subjektive Erleben. Ziel ist es, dieses durch Erfahrungsberichte nachzuvollziehen, um daraus auf allgemeine Abläufe, Strukturen und Deutungsmuster zu schließen (Flick, 2011). Im Gegensatz zur quantitativen Forschung ist die qualitative Forschung kein hypothesenprüfendes Verfahren. Qualitative Forschung dient der Erhebung nicht-standardisierter Daten mit dem Ziel, ein bisher wenig erforschtes Feld mithilfe einer kleinen Stichprobe komplex zu erfassen. Deshalb ist eine Generalisierung, also das Ergebnis auf andere Kontexte zu übertragen, nicht möglich (Goldenstein et al., 2018). Es soll also ein umfangreiches Verständnis, im Idealfall eine neue Theorie, zu einem bekannten Phänomen interpretativ erarbeitet werden (Mey & Mruck, 2020). Hopf (2016) unterstreicht nochmals die Wichtigkeit, Grundsätze der Anonymität, Freiwilligkeit und Zuverlässigkeit hinsichtlich der Forschung zu achten. Gerade die Freiwilligkeit gilt als ein wichtiger Anspruch für den qualitativen Ansatz.

Wie jede andere Forschung ist auch die qualitative Forschung eine „Abfolge von Entscheidungen“, die bewusst zu treffen sind. In dieser Arbeit wird eine genaue Untersuchungsplanung (*Tabelle 5.1*) nach Mayring verfolgt und beschrieben (Mayring, 2022). Er gilt in der deutschen empirischen Sozialforschung als Vorreiter für die qualitative Textanalyse, insbesondere für Interviews.

Tabelle 5.1

Untersuchungsplan (eigene Darstellung)

Untersuchungsverfahren	gewählte Methode
Qualitative Datenerhebung	Halbstrukturiertes Interview
Qualitative Datenaufbereitung	Transkription nach Dresing und Pehl, deduktive + induktive Kategorienbildung
Qualitative Datenauswertung	Inhaltsanalyse nach Mayring

5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Wie bereits erwähnt, werden die erhobenen Daten nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) ausgewertet. Das Ziel der Inhaltsanalyse ist „die Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“ (Mayring, 2022, S.11). Gekennzeichnet und zusammengefasst wird die Inhaltsanalyse durch die folgenden sechs Punkte (ebd.):

1. Kommunikation wird zum Gegenstand der Inhaltsanalyse (z.B. die Ausdrucksweise und Sprache)
2. Die Kommunikation wird fixiert (z.B. durch Verschriftlichung)
3. Systemischer Vorgang in der Inhaltsanalyse
4. Die systematische Durchführung wird durch regelgeleitetes Vorgehen möglich und gewährleistet Nachvollziehbarkeit
5. Die Inhaltsanalyse ist theoriegeleitet, sodass der Gegenstand aufgrund theoretischer Fragen analysiert und das Ergebnis vor theoretischen Grundlagen interpretiert wird
6. Die Inhaltsanalyse fokussiert nicht nur die Textanalyse, sondern auch das Bilden von Rückschlüssen auf einzelne Aspekte der Kommunikation.

Im Mittelpunkt der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Kategorienbildung. Hierbei werden die Kategorienkonstruktion und die Kategorienbegründung grundlegender Bestandteil, um die Analyse transparent zu gestalten. Ein besonderes Merkmal der qualitativen Inhaltsanalyse ist das Festlegen und Aufstellen eines

Ablaufmodells, um die einzelnen Schritte der Analyse aufzuzeigen und vorab zu bestimmen. Dieses macht die Inhaltsanalyse zu einer wissenschaftlichen Methode und sorgt für Nachvollziehbarkeit. Es sollte in der Regel eine so detaillierte Beschreibung vorliegen, dass auch eine zweite Person die Analyse auf gleicher Basis durchführen kann. Als einen klassischen Bereich für die qualitative Analyse beschreibt Mayring (2022) die Hypothesenfindung oder auch Theoriebildung. Dabei ging es um die Aufdeckung relevanter Einzelfaktoren oder die Konstruktion von vermuteten Zusammenhängen.

Die Inhaltsanalyse geht prinzipiell streng regelgeleitet vor, mit bestimmten Ablaufmodellen als Orientierung (Mayring & Fenzl, 2019). Aus Gründen der Vollständigkeit, wird auch auf die Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) verwiesen. Für die zugrunde liegende Thesen wurde nach der seit langen fest etablierten Analyse nach Mayring vorgegangen. Eine genauere Unterscheidung der beiden Analyseverfahren gibt der begrenzte Umfang dieser Arbeit nicht her. Die einzelnen Ablaufschritte werden im Folgenden an den jeweiligen Punkten genauer erläutert.

5.2.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Festlegung des Materials: Der erste Schritt der qualitativen Inhaltsanalyse beinhaltet die Analyse und das Definieren des Materials. Zur Auswertung dieser Forschung bilden die neun Interviews die Grundlage. Diese wurden aufgenommen und anschließend transkribiert. Die genaue Erläuterung zur Stichprobenauswahl wird im *Kapitel 5.4* erörtert (Mayring, 2022).

Analyse der Entstehungssituation: Nach Mayring (2022) ist hierbei folgende Frage leitend: Unter welchen Bedingungen wurde das Material hergestellt? Hierzu muss eine genaue Beschreibung über die Rahmenbedingungen der Interviewsituation vorliegen (*Kapitel 5.3*). Zudem sollen der Handlungs- sowie der soziokulturelle Hintergrund beschrieben werden. Handlungshintergrund bildet das Interesse der Interviewenden im Hinblick auf ihre Masterthesis. Die Interviews wurden im Rahmen dieser Masterarbeit durchgeführt. Vorwissen wurde durch die

bisherige Arbeit in der Frühförderung sowie durch eine vorab durchgeführte Literaturrecherche erlangt.

Formale Charakteristika des Materials: Es wird beschrieben, in welcher Form das erhobene Material vorliegen sollte (ebd.). Die Audiodateien wurden mit Hilfe der Software MAXQDA zu einem Text transkribiert. Die Übertragung erfolgte in normales Schriftdeutsch nach erweiterten Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2020). Ziel des Transkriptionsvorganges war die Audiodateien in Textform zu verschriftlichen, um diese dann in einem Auswertungsprozess nutzen zu können. Dieser Vorgang geht stets mit einer Datenreduzierung einher (ebd.). Hinsichtlich der Anonymisierung waren Regeln, wie das Weglassen von Namen, Institution oder persönlichen Angaben, einzuhalten (Mey & Ruppel, 2018). Dies umfasste die Einwilligung im Interviewvertrag.

5.2.2 Fragestellung der Analyse

Richtung der Analyse: Nach Mayring (2022) wird für die Inhaltsanalyse eine präzise Fragestellung benötigt, die die Richtung der Analyse vorgibt. Die Bezugspersonen wurden über herausfordernde psychosoziale Verhaltensweisen des Kindes und dazu notwendige erzieherische Kompetenzen befragt. Daraus resultierten im weiteren Sinne Risiko- und Schutzfaktoren.

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung: Als zweiter Teil der Fragestellung plädiert Mayring (2022) für eine theoriegeleitete Herangehensweise. Eine präzise Fragestellung, welche theoretisch begründet wird und somit fundiert ist, scheint dafür essentiell. Diese Begründung muss auf den Annahmen der bisherigen Forschung basieren. Im Unterpunkt zum aktuellen Forschungsstand konnte dies umfangreich abgedeckt werden. In den Interviews sollte nun exploriert werden, welche Herausforderungen der Umgang mit Kindern mit FASD im psychosozialen Verhalten mit sich bringt und welche erzieherischen Maßnahmen notwendig sind bzw. eingesetzt werden.

5.2.3 Ablauf der Analyse

Ziel war die Entwicklung eines Kategoriensystems (*Anhang F*). Diese Kategorien stehen im Wechselverhältnis zwischen der Theorie und der Praxis (konkretes Material). Die Ergebnisse werden in Richtung der Hauptfragestellung interpretiert und die Evidenz anhand der Gütekriterien eingeschätzt.

In diesem Schritt wird die Analysetechnik festgelegt und ein dazugehöriges Ablaufmodell aufgestellt. Die Analyse läuft in einzelnen Interpretationsschritten, die vorher festgelegt wurden, ab. Mayring (2022) definiert im ersten Schritt die Analyseeinheiten in *Kodiereinheit*, *Kontexteinheit* und *Auswertungseinheit*. Die *Kodiereinheit* gibt die minimale Größe der Kategorie vor, indem der kleinste Materialteil und Textteil bestimmt wird. Als *Kontexteinheit* beschreibt Mayring (2022) den größten Textteil, welcher unter eine Kategorie fallen kann. Die der Thesis zugrunde liegende *Kontexteinheit* wird auf die Beantwortung einer ganzen Frage festgelegt. Die dritte *Analyseeinheit* meint die *Auswertungseinheit*, welche Textteile in einer Abfolge nacheinander auswertet. Dazu wurden die neun Interviews zeilenweise durchgearbeitet und auf die einzelnen Fragen bezogen, selektiert, den Analysefragen zugeordnet und in Kategorien festgehalten.

Der erste Durchgang zeichnet sich dadurch aus, dass die Kategorien weit gefasst wurden, um einen guten Überblick zu erlangen, sowie die Auswertung kleinteilig darstellen zu können. Der zweite Durchgang der Zusammenfassung wurde dazu genutzt, um die Menge an Kategorien zu integrieren und zu bündeln (Mayring, 2015). In dieser Thesis erscheinen zwei Durchgänge als ausreichend, da die Anzahl der Kategorien überschaubar ist und diese im zweiten Schritt der Zusammenfassung gut gebündelt dargestellt werden. Abschließend werden die entstandenen Kategorien im Hinblick auf das Abstraktionsniveau überprüft.

Nun ist das weitere Vorgehen von der Art der Interpretation abhängig. Bei der deduktiven Kategorienbildung erfolgt die Einordnung des Materials an zuvor festgelegten theoretischen Überlegungen (Mayring, 2022). Dabei wird auch auf konkrete Ankerbeispiele zurückgegriffen (Mey & Ruppel, 2018). Beim induktiven Vor-

gehen werden die Kategorien anhand des erhobenen Materials abgeleitet (Mayring, 2022). Hier liegt eine Mischform aus sowohl deduktiver, als auch induktiver Kategorienbildung vor. Denn die aus der Theorie abgeleiteten Kategorien erwiesen sich in dieser Arbeit nicht als erschöpfend, wodurch ergänzend der induktive Ansatz hinzugezogen wurde. Angefangen mit der deduktiven Herangehensweise erfolgte die theoriegeleitete Festlegung des Kategoriensystems. Dazugehörige Textbestandteile wurden genau definiert, um Abgrenzungsprobleme zu verdeutlichen. Anhand von Ankerbeispielen wurden konkrete Textstellen aufgeführt. Bei der induktiven Kategorienbildung wurden nach der Bestimmung der Analyseeinheit die Textstellen paraphrasiert sowie reduziert. So wurde die Analyse auf die wesentlichen Inhalte beschränkt. Der Kodierleitfaden bildet das Kernstück der Ausarbeitung.

Anwendung der Gütekriterien: In der qualitativen Forschung gibt es verschiedene Grundpositionen und Kernkriterien, die zur Bewertung von qualitativer Forschung dienen (Mayring, 2022). Die vorliegende Arbeit orientiert sich an der Grundposition, in der es heißt, dass sich die quantitativen Gütekriterien nicht zweifelsfrei auf qualitative übertragen lassen. Aus diesem Zusammenhang heraus sollten die Kriterien anhand des individuellen, methodischen Vorgehens und der spezifischen Fragestellung festgelegt werden. Sechs allgemeine Gütekriterien werden von Mayring (2016, S. 125) für die qualitative Forschung wie folgt definiert:

1. Verfahrensdokumentation
2. Argumentative Interpretationsabsicherung
3. Regelgeleitetheit
4. Nähe zum Gegenstand
5. Kommunikative Validierung
6. Triangulation

Im Rahmen dieser qualitativen Inhaltsanalyse der neun Interviews konnten die Güterkriterien eins bis vier beachtet und erfüllt werden. Die Verfahrensdokumentation wurde durch die ausführliche Methodenbeschreibung in *Kapitel 5* erfüllt. Die argumentative Interpretationsabsicherung wird im *Kapitel 6.2* (Interpretation

der Ergebnisse) sowie der Diskussion (*Kapitel 8*) gewährleistet. Die Einhaltung des Kriteriums Regelgeleitetheit wurde durch die Darstellung und detaillierte Erklärung des Ablaufmodells, welches in *Kapitel 5* beschrieben wurde, abgedeckt. Da die Befragung in Örtlichkeiten der Einrichtung stattfand und die Relevanz der Thematik durch Aussagen im gemeinsamen Arbeitsalltag der Befragten geäußert wurde, konnte das Gütekriterium der Nähe zum Gegenstand eingehalten werden. Die Kriterien der Triangulation und der Kommunikativen Validierung, konnten aufgrund der begrenzten zeitlichen Rahmenbedingungen sowie der Vorschrift des eigenständigen Vorgehens, die dieser Forschungsarbeit vorausgingen, nicht erfüllt werden.

5.3 Datenerhebung in Form eines Leitfadeninterviews

Planung: Anhand von drei Gründen wurde das qualitative Forschungsdesign in Form von Interviews gewählt. Erstens ist die *Einzelfallbezogenheit* zu nennen. Beim wissenschaftlichen Denken wird versucht, über Einzelfälle hinaus zu gehen und allgemeinere Aussagen zu finden. Dennoch muss bedacht werden, dass sich die erhobenen Fälle in einem bestimmten Kontext bewegen und somit nicht generalisiert werden dürfen. Als zweiter Punkt wird die *Offenheit* aufgeführt. Offene Interviewfragen geben die Möglichkeit auch Ergebnisse zu generieren, welche die Forschende nicht bedacht hat. Eine Voreingenommenheit spielt somit eine kleinere Rolle als bei einem geschlossenen Fragebogen. Ein großer Mehrwert wird erzielt. Der dritte Punkt umfasst die *Ganzheitlichkeit des Menschen*. Der Befragte kann sich unbefangen präsentieren. Somit kann ein ganzheitliches Bild erschlossen werden, welches auch für das Ergebnis bedeutsam sein kann. Diese Methode stützt sich auf eine systematische, nachvollziehbare, kontrollierte und theoriegeleitete Vorgehensweise (Mayring, 2022). Eine Strukturierung sollte nur da erfolgen, wo sie notwendig ist. Nach Helfferich (2019) ist für die meisten Interviewsetting eine gewisse Strukturierung wichtig. Das Vorgehen zur geplanten Interviewstudie und die Inhalte des Informationsschreibens sowie der Inter-

viewdurchführung wurden im Vorfeld mit der Hochschule und der Einrichtungsleitung abgesprochen. Vorab wurden Projektinformationen, ein Anamnesebogen und die Einwilligungserklärung an die Teilnehmenden verschickt (*Anhang A-C*) (Kuckartz & Rädiker, 2020). Die Fachkraft der Einrichtung besprach mit den Pflegeeltern einen passenden Termin, an dem alle drei Interviews zu einem Kind nacheinander durchgeführt werden konnten. So kam es zu keinem Konflikt mit den zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten, den Arbeitszeiten der Beteiligten sowie den Betreuungszeiten der Kinder. Für die systematische Vorgehensweise wurde ein Interviewleitfaden entwickelt (*Anhang D*). Grundsätzlich enthielt der Leitfaden Erzählaufforderungen anhand vorformulierter Fragen für die Durchführung des Interviews. Das halbstrukturierte Interview begann und beendete jeden Themenblock mit offenen Fragen. Beginnend mit einem Small-Talk wurden eine angenehme Nähe & Distanz Atmosphäre aufgebaut. Aus den entwickelten Forschungsfragen (Hauptfragen) wurden Differenzierungsfragen herausgearbeitet.

Unter diesem Aspekt wurden schließlich zwei Themenblöcke für den Leitfaden abgeleitet:

1. Psychosoziale Herausforderungen
2. Erzieherische Kompetenzen

Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfragen lagen dem Leitfaden neben den zwei genannten Schwerpunkten weitere Unterteilungen vor. Die Hauptfragen konnten aus dem Forschungsstand abgeleitet werden. Die Differenzierungsfragen wurden auf Forschungsgrundlage sowie verschiedener Fragebögen ausformuliert. Im ersten Themenblock wurde auf die emotionalen sowie sozialen Fähigkeiten eingegangen. Der Kurzfragebogen *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) wurde ursprünglich von Goodman (1997) in Großbritannien entwickelt und 1997 in die deutsche Sprache übersetzt. Der Fragebogen erfasst sowohl die Stärken als auch Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen im Alter von vier bis 16 Jahren. Dazu können Eltern, Lehrkräfte/Erziehende sowie Kinder/Jugendliche (ab 11 Jahre) befragt werden. Die Studie zeigt eine gute Validität sowie Zusammenhänge zur deutlich längeren *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Klasen et al., 2003).

Zudem wurde aus dem *Wiener Entwicklungstest* (WET) der soziale und emotionale Bereich einbezogen. Der *WET* stellt ein Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes bei Kindern von drei bis sechs Jahren dar. Dazu werden verschiedene Funktionsbereiche abgebildet. Die interne Konsistenz (Split-half-Reliabilität, Cronbachs Alpha) der einzelnen Subtests liegt zwischen $\alpha = .66$ und $\alpha = .92$ (Kastner-Koller & Deimann, 2012).

Der zweite Themenblock unterteilte die erzieherischen Kompetenzen in Struktur, Materialien und Methoden/Verhalten. Hierzu wurden verschiedene Fragebögen herangezogen. Dazu zählte beispielsweise der *Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituation* (EFB), ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem Eltern ihr Erziehungsverhalten einschätzen. Relevante Skalen des *EFB* sind: Überreagieren, Nachgiebigkeit und Weitschweifigkeit. Außerdem kann ein Gesamtwert gebildet werden. Die Testgüte wird als befriedigend bis gut beschrieben (Arnold et al., 1993).

Interviewdurchführung: Es wurde ein direktes Interview, Face-to-Face durchgeführt (Mayring, 2022). Als Durchführungsort der Interviews wurde ein Raum der zuständigen Kindertageseinrichtung zur Verfügung gestellt. So blieb der Aufwand der Befragten möglichst gering. Aufgrund der derzeitigen Coronaverordnungen stand eine Trennwand aus Plexiglas, sodass von der Maskenpflicht abgesehen werden konnte. So waren Mimik und Gestik erkennbar und die Gesprächsqualität auf der Tonaufnahme deutlicher. Störgeräusche (Lärm durch Kinder oder Klopfen an der Bürotür) wurden bestmöglich abgewandt. Die zuvor verschickten Unterlagen wurden eingeholt und auf Vollständigkeit überprüft (Döring & Bortz, 2016). Die Datenerhebung in Form von Interviews erfolgte von Dezember 2022 bis Januar 2023 mit einer durchschnittlichen Dauer von 30 bis 68 Minuten. Nach jedem Interview reflektierte die Forschende den Interaktionsverlauf und fixierte auch nonverbale Reaktionen mithilfe von Postskripten (*Anhang E*) (Helferich, 2019). Diese Möglichkeiten bieten im Gegensatz zu einem reinen Gedächtnisprotokoll eine umfassende regelgeleitete Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2020). Dieses Vorgehen entspricht den wissenschaftlichen Standards in der qualitativen Forschung und diente der Protokollierung von Besonderheiten,

die sich auf das Interview selbst und auf die Zeit außerhalb der Tonbandaufzeichnung vor und nach dem Interview bezogen (Mey & Mruck, 2020). Besonderheiten umfassten unter anderem die Gesprächsatmosphäre, Gesprächsverlauf, Störungen und auffallende Themen, wie berichtete Schwerpunkte der Befragten und Stimmungen (Kuckartz, 2018).

Eine Abklärung mit dem Ethikrat der Hochschule war für diese Studie nicht erforderlich. Nach dem Interview war die Forscherin für die Teilnehmer telefonisch für Rückfragen erreichbar.

5.4 Stichprobenbeschreibung

In diesem Unterpunkt wird die akquirierte Stichprobe zur Thesis beschrieben. Zur Frage der angemessenen Größe der Stichprobe werden in der qualitativen Forschung literarisch unterschiedliche Positionen vertreten. Dazu lassen sich drei Möglichkeiten zur Orientierung nennen:

- Anlehnung an die gewählte qualitative Methode
- Stichprobengröße von bereits durchgeführten Studien dienen als Grundlage
- Verfolgung des Ziels der theoretischen Sättigung (Ritschl & Stamm, 2016).
- Übliche Stichprobengrößen beginnen bei einer hermeneutischen Interpretation mit $N=6$ und eignen sich für eine Diplomarbeit (Helfferich, 2011). Dieser Arbeit liegen neun Interviews zugrunde ($N=9$). Weiterhin kommt in der qualitativen Forschung der Fallauswahl eine bedeutsame Rolle zu. Die Auswahl der Befragten sollte auf drei Kriterien basieren:
 - Sie verfügen über bedeutsame Informationen
 - Informationen können von ihnen präzise formuliert werden
 - Sie zeigen eine vorhandene Bereitschaft und Verfügbarkeit zur Untersuchung (Gläser & Laudel, 2006)

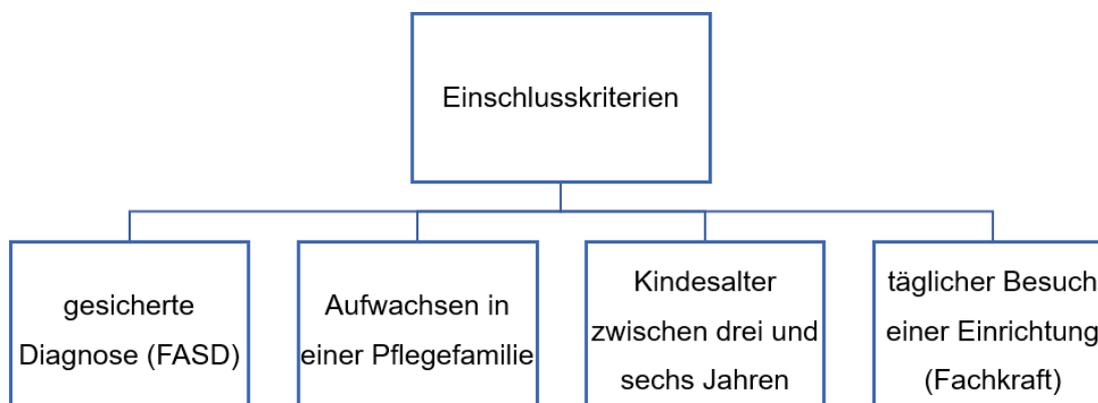
Bei der Fallauswahl wurde das Top-down-Verfahren angewandt. Dieses Verfahren ist dadurch gekennzeichnet, dass die Einschlusskriterien für die Stichprobe

vorab festgelegt wurden. Als Basis dienten theoretische und empirische Vorkenntnisse. So wurden Fälle mit einer besonderen Aussagekraft für die Fragestellung in das Sample aufgenommen (Döring, 2022). Das Erkenntnisinteresse liegt in den Alltagserfahrungen. Bei der Wahl der Interviewpartner dieser Arbeit wurde der Fokus auf die Bezugspersonen eines Kindes mit FASD gelegt. Diese Personengruppe verfügt über subjektive Erfahrungen im Umgang mit psychosozialen Herausforderungen, aber auch über eigene erzieherische Möglichkeiten. Da die meisten Kinder mit FASD nicht mehr in ihren Herkunftsfamilien leben und diese womöglich eine geringe Interviewbereitschaft zeigen würden, wurden Pflegeeltern befragt. Den beschriebenen Herausforderungen im Familienumfeld begegnen auch Fachpersonen. Da Kinder täglich die Kindertagesstätte besuchen, nimmt diese Einrichtung einen großen erzieherischen Anteil ein. Deshalb wurde auch jeweils die Bezugsperson aus der Einrichtung interviewt. Um eine homogene Gruppe bzw. aussagekräftige Ergebnisse abzubilden, wurden Kinder (Jungen und Mädchen) im Alter zwischen drei und sechs Jahren mit einer gesicherten Diagnose ausgewählt. Die Einschlusskriterien stellen für die Untersuchung eine besondere Herausforderung dar, da oftmals Diagnosen erst zu einem späteren Zeitpunkt gestellt werden. Eine nicht gesicherte Diagnose (V.a.) und das Leben in der Herkunftsfamilie oder Wohngruppe waren somit Ausschlusskriterien.

Die Pflegeeltern wurden getrennt befragt, um mögliche unterschiedliche Sichtweisen der Geschlechterrollen herauszustellen. Voraussetzungen der Interviewpartner bestanden darin, sowohl der deutschen Sprache mächtig, als auch kognitiv und körperlich in der Lage zu sein das Interview durchzuführen. Es handelte sich um eine Teilerhebung. Drei Kinder mit ihren Bezugspersonen bilden nur eine kleine Gruppe ab, nicht die Gesamtheit.

Abbildung 5.1

Einschlusskriterien der Stichprobe (eigene Darstellung)



Der Zugang zur Stichprobe erfolgte über „Türwächter“. Die Forschende kontaktierte telefonisch und/oder per Mail unterschiedliche Einrichtungen im Emsland, die sie zuvor im Internet ausgewählt hatte oder durch ihren beruflichen Kontext kannte. Ein bestimmtes Einzugsgebiet (Emsland) wurde festgelegt, damit die Rahmenbedingungen der Befragten möglichst ähnlich bzw. vergleichbar waren. Da die Betroffenen oftmals von Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen betroffen sind, fand der Feldzugang über entsprechende Einrichtungen statt, welche auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder eingehen (Frühförderung, Kindertagesstätten mit besonderem Förderbedarf). Die Forschende stellte sich der Einrichtungsleitung vor, beschrieb ihr Anliegen sowie die Einschlusskriterien ihrer Thesis. Die Einrichtungsleitung brachte in Erfahrung, ob es Probanden in der Einrichtung gab. Positiv dabei war, dass die Pflegeeltern von einer Vertrauensperson angesprochen wurden. Negatives Kriterium war eine eventuelle Selektion seitens der Einrichtung, wenn diese die Familie beispielsweise für nicht „passend“ hielt. Während der Rekrutierungsphase war der Datenschutz zu beachten. Bei positiver Rückmeldung klärten die Fachkräfte ab, ob sie die Daten an die Forschende weiterreichen durften oder gaben den entsprechenden Familien die Kontaktdaten der Forschenden. Sofern die Pflegefamilien dem zustimmten, wurde auch ein Zugang zur zuständigen Bezugsfachkraft hergestellt. Projektinformationen wurden vorab zur Weitergabe vorbereitet (*Anhang A-C*). Darauf wa-

ren alle essenziellen Informationen über das Forschungsprojekt schriftlich zusammengefasst, Informationen über den geplanten Zeitraum und Ort des Interviews dargestellt, sowie die Zustimmung für einen Bandmitschnitt und eine Einverständnis- und Datenschutzerklärung dargestellt. Die Befragten füllten einen Anamnesebogen aus. Gemäß dem Datenschutz wurden Namen und Hinweise, die Rückschlüsse auf die Personen zulassen, anonymisiert.

Es wurden drei Kinder rekrutiert. Für die Stichprobe konnten insgesamt sechs Pflegeeltern und drei Fachkräfte der drei Kinder mit FASD befragt werden.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (20.12.2022) ging es um die subjektiven Erfahrungen im Umgang mit Kind 1. Der sechsjährige Junge (Kind 1) lebt seit Januar 2017 in seiner Pflegefamilie. Seine Pflegemutter (43 Jahre) berichtete, dass sie aktuell eine erzieherische Ausbildung abgeschlossen habe, um ihr Wissen in diesem Bereich zu erweitern. Der Pflegevater (43 Jahre) war als Maurer tätig und derzeit aufgrund von Krankheit zu Hause. Kontakt zur Herkunftsfamilie bestand anfangs sporadisch, derzeit nicht. Im November 2022 hat die Familie ein weiteres Pflegekind (w, 10 Wochen) aufgenommen. Wunsch der Pflegeeltern war eine Adoption der beiden Kinder. Bei Kind 1 liegt die Diagnose Fetales Alkohol Syndrom (FAS) vor. Der Junge habe anfangs Frühförderung erhalten, die mit dem Eintritt in den heilpädagogischen Kindergarten (August 2022) endete. Die Bezugserzieherin (30 Jahre) ist gelernte Heilerziehungspflegerin und arbeitet Vollzeit im heilpädagogischen Kindergarten. Begleitend erhielt das Kind (1) wöchentlich Logopädie im Kindergarten.

Am 12.01.2023 fand die zweite Erhebung statt. Kind 2 (w, 6 Jahre) lebte gemeinsam mit ihrem Bruder (11 Jahre) sowie ihrem Onkel (57 Jahre) und ihrer Tante (53 Jahre) in einem Haushalt. Diese Beziehung nennt sich Verwandtschaftspflege. Herkunftsfamilie ist der Bruder der Pflegemutter und dessen Frau. Ein Kontakt bestand gelegentlich zum leiblichen Vater, zur Kindsmutter nicht. Die vier leiblichen Kinder der Pflegeeltern waren bereits erwachsen und ausgezogen. Bei Kind 2 wurde die Diagnose einer partiellen Fetalen Alkoholstörung (pFAS), ADHS sowie eine umschriebene Entwicklungsstörung festgestellt. Das Mädchen erhielt

von August 2019- November 2022 Frühförderung. Seit 2020 wurde sie ergotherapeutisch begleitet und erhielt zusätzlich bei Bedarf Krankengymnastik. Kind 2 besuchte seit August 2019 den Regelkindergarten. Im Jahr 2020 war ein Wechsel in eine integrative Gruppe geplant, der aufgrund struktureller Gegebenheiten jedoch zeitnah nicht stattfinden konnte. Schließlich entschieden sich die Eltern gegen einen Gruppenwechsel, damit Kind 2 in ihrem gewohnten Umfeld bleiben konnte. Im Kindergarten war die gelernte Erzieherin (56 Jahre) die erste Ansprechpartnerin für das Kind.

Die dritte und damit letzte Erhebung wurde am 18.01.2023 durchgeführt. Familie 3 lässt sich mit ihren fünf Kindern (16 Jahre-m, 14 Jahre-w, 10 Jahre-m, 6 Jahre-m) als Patchworkfamilie beschreiben. Drei waren die leiblichen Kinder der Eheleute, ein Kind wurde vom Mann (36 Jahre) mit in die Beziehung gebracht. Kind 3, das für die Studie ausgewählt wurde, war mit 5 Jahren das jüngste Kind der Familie. Bei ihm lag FAS, eine allgemeine Entwicklungsverzögerung sowie eine massive Sprachentwicklungsstörung vor. Vom Mutter-Kind-Heim zur Bereitschaftspflege kam der Junge (Kind 3) dann im Juni 2018 in diese Pflegefamilie. Die leibliche Mutter habe er zweimal getroffen, zum leiblichen Vater bestand kein Kontakt- er ist unbekannt. Die Pflegeeltern waren beide als Behindertenbegleiter in den Niederlanden tätig, wo sie ursprünglich auch herkommen. Die Pflegemutter (39 Jahre) war Hausfrau. Kind 3 besuchte seit dem dritten Lebensjahr ganztags den heilpädagogischen Kindergarten. Zuvor hatte er Frühförderung erhalten. Weitere Therapien (Logopädie & Ergotherapie) fanden wöchentlich im Kindergarten statt. Im heilpädagogischen Kindergarten war ein gelernter Heilerziehungspfleger (35 Jahre) die erste Bezugsperson für Kind 3. Er arbeitete dort Vollzeit.

6 Ergebnisdarstellung

6.1 Zusammenstellung der Ergebnisse

6.1.1 Herausforderungen im Umgang mit den psychosozialen Verhaltensweisen

In der Bearbeitung der ersten Forschungsfrage wurde genauer auf das Kategoriensystem eingegangen. Wie bereits in *Kapitel 5* (Methodisches Vorgehen) erläutert, wurden anhand der Interviewinhalte einzelne Oberkategorien sowie Subcodes (Unterkategorien) erschlossen oder thematisch zugeordnet. Diese sind dem Kategoriensystem zu entnehmen (*Anhang F*).

FF1: Welche psychosozialen Herausforderungen gibt es im Umgang?

Zum Themenfeld *Herausforderungen* beschrieben die Bezugspersonen die Schwierigkeiten, die ihr bzw. das Kind mit FASD im Vergleich zu Gleichaltrigen und anderen Kindern ähnlichen Alters aufwiesen. Dazu beriefen sie sich auf Erfahrungen mit ihren eigenen leiblichen Kindern, Vergleiche aus Beobachtungen mit Gleichaltrigen oder dem Wissen über Entwicklungsschritte.

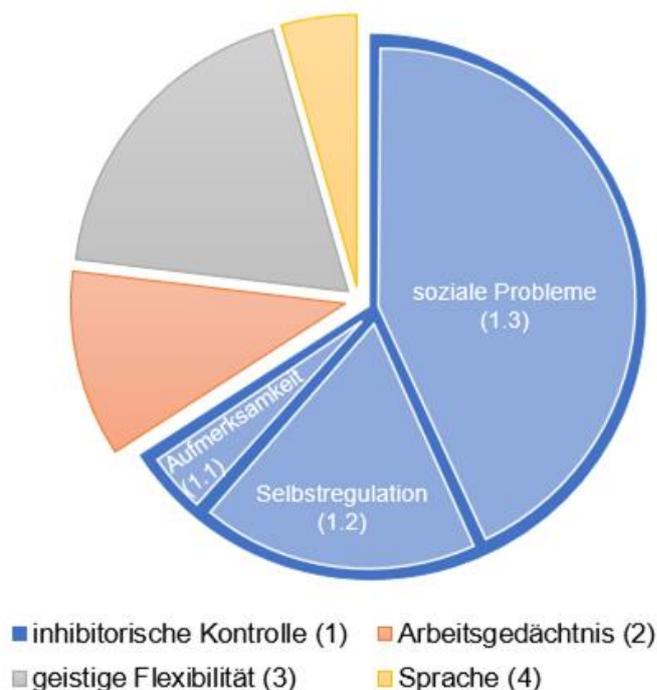
Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Herausforderungen, die sich aus den Interviews ergeben haben, inhaltlich vier verschiedenen Schwerpunkten (Oberkategorien) deduktiv zugeordnet. Die codierten Häufigkeiten, das heißt die Anzahl der zugeordneten Textstellen, lassen sich aus dem Tortendiagramm entnehmen (*siehe Abbildung 6.1*).

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen die Kernproblematik bei Menschen mit FASD in den Beeinträchtigungen der Exekutivfunktionen. Deshalb beziehen sich die ersten drei Oberkategorien darauf und die vierte geht auf die Sprache ein. Aufgrund der unterschiedlichen Eigenschaften und der Gewichtung wurde die erste Oberkategorie (inhibitorische Kontrolle (1)) in drei Subcodes unterteilt. In

Abbildung 6.1 werden die psychosozialen Herausforderungen (aus dem Kategoriensystem) aufgeführt und nach Anzahl der genannten Textstellen im Verhältnis zum Gesamten abgebildet.

Abbildung 6.1

Psychosoziale Herausforderungen und die Häufigkeit der codierten Segmente



Die *psychosozialen Herausforderungen* wurden auf Grundlage dieser Forschungsarbeit hierarchisch ins Gesamtmodell eingeordnet. Die spiegeln sich jedoch nicht in der Anzahl der genannten Textstellen wieder.

Selbstregulierung (1.2): Nach Forschungsergebnissen von Malone & Koren (2012) wurde dieser Subcode in die Studie mit aufgenommen. Kurz gesagt handelt es sich um die Fähigkeit Reaktionen zu regulieren und somit unangemessenes Verhalten zu kontrollieren. Die Ergebnisse der zugrunde liegenden Interviews beschreiben allesamt emotionale Unsicherheiten. Diese zeigten sich beispielsweise in der Gefühlslage aller drei Kinder. „*Und dann geht der Wasserfall an, dann heult sie.[...] Sie heißt nicht umsonst die kleinen/ kleine Zwiebel.*“ (lacht) (3 12.01, Pos. 100, 102)

Ja, weil er immer darüber ist. [...] über mit lachen, immer über mit weinen, immer über mit böse, immer über mit froh. Es ist immer über, über, über, ohne Grenzen. [Person] ist wirklich unser Achterbahn in der Familie, das immer so [...] (lacht) (1 18.01. Pos. 173)

Die Auswertung verdeutlicht, dass die Kinder mit FAS Schwierigkeiten hatten, Emotionen sowie Impulse zu regulieren. So weinten, schrien und/oder warfen Gegenstände umher, nahmen anderen Sachen weg, rannten weg und zeigten sich hyperaktiv. Kind 3 fiel es besonders schwer, sich beim Essen und Trinken zu regulieren bzw. sich da an ein Maß zu halten.

Wir hatten schonmal eine Situation im Indoor-Spielplatz. Da standen ALLE Tische voll mit Trinken und Süßigkeiten, dann geht er nach einen anderen Tisch, wo fremde Leute sind und da packt er sich dann das Essen und Trinken weg. Oder er geht zum Mülleimer. Er sieht, jemand wirft eine Capri Sonne in Mülleimer, und dann geht [Person] an den Mülleimer und/ (lacht) holt sich die raus. Oh, wirklich. (1 18.01., Pos. 53)

Dem Mädchen mit pFAS gelang es ihre Impulse zu kontrollieren.

Dann ist sie immer angelaufen gekommen und man würde ja, wenn man keine Impulskontrolle und nichts gelernt hat, dann würde man ja schnapp und gehen, ne. Und sie kam immer angeflitzt, bleibt kurz vorher stehen, guckt mich an und sagt: "Kann ich den haben?" (1 12.01., Pos. 55)

Bei den Jungen mit FAS erfolgten Regulierungsversuche körperlich: Er stampfte auf den Boden, „geht mit seinem Kopf gegen, ahm, die Heizung an. Oder er hat sich selbst gehauen. Oder, mit seinen Nägeln in seine Haut setzen.“ (2 18.01., Pos. 71).

Die Kinder mit FAS (Kind 1, 3) zeigten ein geringeres Schmerzempfinden. Auch die fehlende Gefahreinschätzung gestaltete sich in unterschiedlich beschriebenen Situationen als Herausforderung.

[...] man dachte immer ein Kind packt nur einmal auf die heiße Herd/ Herdplatte, bei [Person] ist es nicht so, der packt dann noch zehn drauf, bis er es wirklich versteht/ verstanden oder darf ich nicht, weil das wehtut halt. (2 20.12., Pos. 137)

Straßenverkehr jetzt aktuell sehr, na, man muss es immer wieder trainieren, aber es ist halt nach wie vor schwierig, er konnte am Anfang zum Beispiel das nicht akzeptieren an die Hand zu gehen. Mittlerweile klappt das ganz gut, weil in solchen Situationen, da muss er dann da durch und ahm, da muss man sich auch ein dickes Fell anschaffen, wenn man da mit dem schreienden Kind durch die Straßen läuft. (2 20.12., Pos. 153)

Aus der Summe der Interviews ergaben sich einige prägnante Begriffe, die sich in ihrer Häufigkeit deutlich herauskristallisierten (siehe Abbildung 6.2).

Abbildung 6.2

Wortwolke (eigene Darstellung)



Im Rahmen des Themenfeldes *psychosoziale Herausforderung* bildet dieser beschriebene Schwerpunkt der Selbstregulation die größte Herausforderung in der Gesamthierarchie. Dies lässt sich zum einen daran festmachen, dass diese Fähigkeit mindestens eine der drei Bezugspersonen pro Kind als größte Herausforderung betitelt hat. Somit zeigten alle drei Kinder in diesem Bereich Probleme. Bei allen Betroffenen lagen Unsicherheiten in ihrer Gefühlslage vor. Es wurden auch Schwierigkeiten in der Regulation der Impulskontrolle und der Gefahreinschätzung bei den Kindern (1, 3) mit FAS beschrieben. Zum anderen beeinflusst

die *Selbstregulation* (1.2) viele andere Faktoren (*siehe Abbildung 6.3*). Die Aussagen waren in ihrer Gewichtung oft stark negativ besetzt, z.B. bei der mangelnden Gefahreinschätzung.

Soziale Probleme (1.3): In diesem Subcode geht es um die Fähigkeit der Kontaktaufnahme sowie um ein soziales Miteinander (Spohr, 2016). Folgende Punkte wurden als Herausforderung im Umgang wahrgenommen: Die beiden Jungen mit FAS (Kind 1, 3) forderten ungeteilte Aufmerksamkeit im Alltag durch unangemessenes Verhalten, ihnen gelang es nicht ihre Bedürfnisse zurückzustellen.

Dann nimmt er sich entweder was zu spielen oder guckt halt: Wem kann ich eben die Spielsachen wegnehmen? Der macht das gar nicht böseartig oder sowas, er braucht einfach nur wirklich sofort die Aufmerksamkeit. So, ich bin da und jetzt kümmert euch alle um mich. (3 18.01., Pos. 9)

In Bezug auf die Kontaktaufnahme lässt sich sagen, dass die Kinder einen kurzen Moment brauchten, beobachteten und dann distanzlos auf Personen zugingen. Abhängig von den sprachlichen Kompetenzen erfolgte eine Kontaktaufnahme verbal oder körperlich. Zudem wurde Kind 3 als leichtgläubig beschrieben, da er sich durch Essen oder Geschenke überzeugen ließ. Absprachen sowie Kompromisse gestalteten sich schwierig. Zum einen sprachlich, zum anderen, weil die Kinder auf ihren eigenen Willen beharrten. Das Mädchen mit pFAS (Kind 2) hingegen nahm grundsätzlich die Meinung des Gegenübers an, um Absprachen und Konflikten zu entgehen. Ihre eigene Meinung zu vertreten gelang nicht. Soziale Regeln wie teilen und abgeben gelangen den Kindern (1-3), sofern die Aktion von ihnen selbst ausging. Auf andere Personen einzugehen war schwieriger. Empathie zeigten alle Kinder. Im Umgang mit Kritik stellte sich bei allen dreien die soziale Unsicherheit dar. Die Kinder entgingen der Situation, weinten oder waren eingeschnappt. In Bezug auf das Spielverhalten befanden sich alle betroffenen Kinder im Funktionsspiel. Gleichaltrige altersentsprechend entwickelte Kinder erweiterten ihr Spiel durch Rollen- oder Konstruktionsspiele.

Beispielsweise spielt sie total gerne in der Puppenwohnung, aber Funktionsspiel. Das heißt, jeden Tag, sie kommt, deckt den Tisch, eins, zwei, drei, vier Teller, immer gleich. Und dann konnten noch Kinder mitspielen. Aber dann sollte sie zum Bei-spiel Hund sein. Das passte aber nicht in ihr Funktionsspiel, weil sie ist ja die, die die vier Teller auf den Tisch stellt. Und dann/, dann hat sie sich gedacht, oh nein, da bin ich raus aus der Nummer und/. "Ich gehe jetzt was anderes spielen", sagt sie dann. (1 12.01., Pos. 27)

Diese Unterschiede fielen mehr und mehr auf. Somit suchten sich die betroffenen Kinder bevorzugt jüngere Spielkontakte, um auf einer Ebene zu sein. Alle Kinder waren beliebte Spielpartner mit festen Spielkontakten. „*Er hat'n paar Freunde.*“ (3 20.12., Pos. 31). Das Vorliegen von verlässlichen Grenzen und Regeln war für alle Kinder von großer Bedeutung, so dass Kind 1 und 2 auch andere auf diese hinwiesen.

Dem Subcode *soziale Probleme (1.3)* wurden die meisten Codes (139) zugeordnet, wodurch die Wichtigkeit verdeutlicht wird. Dieser Subcode wird als zweitgrößte *psychosoziale Herausforderung* im Gesamtkontext aufgeführt. Schwierigkeiten lagen in der Kontaktaufnahme, dem sozialen Miteinander und dem Spielverhalten. Auch in den Aussagen der Bezugspersonen wurden diese Punkte oft negativ bewertet.

Arbeitsgedächtnis (2): Diese Oberkategorie geht auf die Speicherung, Verarbeitung und das Abrufen von Wissen ein (Paolozza et al., 2014; Fuglestad et al., 2014). Anhand der Aussagen lässt sich erkennen, dass es den Kindern mit FASD schwer fiel Gelerntes zu behalten (Merkfähigkeit) und abzurufen. „*Ja. Sie ist verlangsamt.*“ (3 12.01., Pos. 231). Zu Kind 2 wurde beschrieben:

ihr Vorteil ist ja wirklich dieses Imitationslernen. Das kann sie ja unglaublich gut, ne. Sie guckt sich was an, sieht aha, okay, so läuft der Hase, also mache ich das genauso wie alle anderen. Sie kann es ja nur nicht transferieren auf andere Situationen. (1 12.01., Pos. 9)

Die Kinder mit FASD generalisieren.

Ein gutes Beispiel davon ist, äh wann wir in Urlaub sind. (hustet) (.) Oder wann wir/ wann er Ferien da ist. [Person] denkt, wann Ferien ist, gehe ich auch in Urlaub. Und wann er dann zwei Tage, so wie am Wochenende, zuhause ist, dann sagt er: "Ferien?" Oder: "Gehen wir in Urlaub? Tasche packen?" "Nein, [Person], jetzt ist es nur wegen einem Plantag, einen freien Tag, lange Wochenende." Ja. "Urlaub?" Das versteht er nicht.“(1 18.01., Pos. 11)

Zudem fiel es ihnen schwer Handlungsabfolgen zu verinnerlichen. „*Wie bei Knete [...] da kann man formen, wie man will, aber (lacht) das dauert dann so lange, bevor man dann wirklich das Produkt hat oder sowas. Ja. (lacht)*“ (1 18.01., Pos. 57)

Diese psychosoziale Herausforderung *Arbeitsgedächtnis (2)* gilt als drittgrößte Schwierigkeit im Gesamtkontext. Auffälligkeiten zeigten sich in der Merkfähigkeit, dem Abrufen von Wissen sowie der Übertragung von Gelerntem. Auch wenn dieser Bereich sich als Grundfähigkeit auf alle anderen Bereiche überträgt, nannten die Bezugspersonen diesen Punkt nicht explizit als größte Herausforderung, es schwang in den Aussagen zu anderen Themen jedoch oft unterschwellig mit. Aus diesem Grund befindet sich diese Oberkategorie vor der *geistigen Flexibilität (3)*.

Geistige Flexibilität (3): Diese Oberkategorie wurde nach Fuglestad et al. (2014) kategorisiert und umfasst die Fähigkeit zwischen Strukturen zu wechseln. Für alle betroffenen Kinder war der Umgang mit neuen Situationen eine Herausforderung. Es wurde von einer emotionalen Unsicherheit, welche sich durch motorische Unruhe und impulsives Verhalten zeigte, gesprochen. Eine emotionale Unterstützung wurde eingefordert. Wenn Kind 1, das das „[...] *erste Mal geschafft [...], macht er das total gut. Dann ist das gar kein Problem. Aber das erste Mal ist immer schwierig.*“ (3 20.12., Pos. 43).

Alle Kinder fixierten sich, insbesondere in diesen Situationen, auf eine bestimmte Bezugsperson aus ihrem Umfeld. *„Er ist so ein bisschen, das spielt eigentlich so den ganzen Tag mit darüber, ähm er ist unendlich auf mich fixiert.“* (3 18.01., Pos. 7)

Kind 2 zeigte sich aufgrund von Entwicklungsfortschritten jetzt stabiler. Neues oder Herausforderungen wurden grundsätzlich von allen gemieden. Durch externe Motivation ließen sich jedoch alle darauf ein. Eine weitere Schwierigkeit aller lag darin, eigene Lösungsstrategien zu finden. Kind 1 und 3 zeigten eine geringe Frustrationstoleranz sowie in diesem Zusammenhang Gefühlsausbrüche. Gelegentlich baten sie um Hilfe oder entgingen der Situation. Bei Kind 2 kam es erst gar nicht zu Frust. *„Also selten, ähm dass sie/. Also sie hat wirklich diese Vermeidungsstrategie, ne, dass sie dann einfach, bevor es irgendwelche (.), ja, Dinge sie frusten, lässt sie die lieber ganz. Das ist so ihre Strategie. [...]“* (1 12.01., Pos. 35)

Die *geistige Flexibilität (3)* nimmt den vierten Platz der größten *psychosozialen Herausforderungen* ein. Allen betroffenen Kindern viel es schwer, sich auf Neues einzulassen. Weitere Schwierigkeiten in diesem Bereich wurden bei den Jungen (1, 3) mit FAS benannt.

Aufmerksamkeit (1.1): Dieser Code wurde nach Fuglestad et al. (2014) erfasst. Es geht darum die Aufmerksamkeit zu fokussieren und zu lenken. Bei den zwei betroffenen Jungen mit FAS wurde dieser Punkt als herausfordernd wahrgenommen, auch im Hinblick auf die Schule. *„Und ja, vielleicht auch so dieses Unruhige. Er kann eigentlich/ Er kann sich gar nicht auf irgendwas fokussieren, weil er immer gucken muss: Was machen die anderen?“* (3 18.01., Pos. 61)

So gelang es Junge (3) nicht zu essen, wenn seine Geschwister zur selben Zeit die Mahlzeit einnahmen. Er stellte die Konversation in den Vordergrund. Aufgrund ausgeprägter Schwierigkeiten in diesem Bereich war der Junge (3) medikamentös eingestellt. Dies wurde mittlerweile als hilfreich beschrieben, führte jedoch während der Einstellungsphase zu Wesensveränderungen. Bei dem Mädchen mit pFAS (Kind 2) wurde dieser Bereich nicht erwähnt und schien somit unauffällig.

Die *Aufmerksamkeit (1.1)* wurde bei zwei von drei Kindern als herausfordernd beschrieben und wird im Gesamtkontext als fünftgrößte *psychosoziale Herausforderung* eingeordnet. Als letzte, also „geringste“ aber dennoch bedeutsame Herausforderung geht aus dieser Arbeit der Bereich der *Sprache (4)* hervor.

Sprache (4): Nach Zobel (2017) zeigen Kinder mit FASD Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung. Die erhobenen Daten wiesen diverse Schwierigkeiten auf. Die beiden Jungen (FAS) zeigten nach Angaben der Befragten Auffälligkeiten in der expressiven Sprache, also dem Ausdruck, beispielsweise im Entwicklungstottern und dem Bilden von kurzen Sätzen. Dadurch waren die Möglichkeiten der verbalen Kommunikation begrenzt. *„Wenn es natürlich dann wirklich einmal, in ein Gespräch reingeht, dann ist er raus [...], das kann er dann nicht mehr.“* (20.12., Pos. 93)

Teilweise wurden Mittel zur unterstützten Kommunikation wie Bildkarten, digitale Medien oder Gebärden genutzt. Bei Kind 2 (pFAS) waren keine sprachlichen Auffälligkeiten zu vernehmen. Auffälligkeiten im Sprachverständnis wurden bei Kind 3 beschrieben. *„Nein, das sind zwei Fr/ // Das sind zwei // Fragen in eine. // Das ist zu viel.“* (1 18.01., Pos. 141) Auch auf offene Fragen zu antworten gelang ihm nicht.

Wann die anderen Kinder fünf Jahre waren, [...] Dann können die auch wirklich erzählen: Ich war da und da und da habe ich das und das gemacht. Ähm wir müssen für [Person] immer das Buch dabei nehmen und dann sagen: "Okay, du warst heute dann mit [Person] schwimmen?" "Ja." "Okay. (lacht) Was hast du dann gemacht?" "Ja." (1 18.01., Pos. 139)

Auf Grundlage der aufgeführten Ergebnisse lässt sich die Forschungsfrage 1 umfassend beantworten. Es zeigen sich nicht nur Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, die Aussagen beziehen sich eher auf die Schwierigkeiten im allgemeinen sozialen Umgang. Die Hypothese 1: Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten erschweren Kindern mit FASD den Umgang mit Gleichaltrigen wird angenommen.

Anhand der aufgeführten Herausforderungen wird deutlich, dass die Verhaltensweisen der Kinder das soziale Umfeld beeinflussen (Rothensee, 2016). Um diese Eindrücke zu sammeln wurde eine separate Oberkategorie (**Auswirkungen auf das soziale Umfeld (X)**) erstellt. Anhand dieses Beispiels wird die Vernetzung vieler Bereiche exemplarisch dargestellt (*siehe Abbildung 6.3*).

Wenn wir im Indoor-Spielplatz sind, da sind ja viele Kinder, und er will da mit anderen Kindern SPIELEN, aber ist kein wirkliches Spielen. Dann kann er am besten mit Zwei-, Dreijährige spielen, weil die ein bisschen das Gleiche fragen und spielen. Aber er ist größer, und er spricht dann doch etwas MEHR. Und dann fragen sich die Eltern immer: Hm, okay, der ist so groß, warum spielt er dann in diesem Bereich? Äh ja, im Indoor-Spielplatz ist es ja so, da sind unterschiedliche Bereiche für Kinder bis vier Jahre und dann ein großer Bereich für Ältere. Und äh mental kann er besser so in den Bereich für die Kleineren, aber körperlich kann er besser in den Großen. Das ist/ Mit jedem Kind ist da so eine Altersgrenze. Aber bei [Person] ist der Unterschied noch sehr groß. Und man merkt dann: Eigentlich äh kommt er besser zurecht in dem kleinen Bereich, weil äh da sind die alle klein und dann kann er auch ein bisschen/ Wann er da mit dem Ball schmeißt, ist das nicht SO schlimm. Oder wann er dann umfällt, ist es nicht so schlimm. Aber er will in den großen Bereich, weil er körperlich/ Er ist doch groß und er möchte auch gerne klettern. Aber das ist dann eigentlich zu viel. (1 18.01., Pos. 73)

Der Junge, 5 Jahre, möchte spielen. Für die Eltern stellt sich die Frage, in welchen Spielbereich kann er gehen, für die jüngeren (bis 3 Jahre) oder älteren Kinder (ab 4 Jahre). Aufgrund seiner sprachlichen Defizite kann er sich nicht altersentsprechend ausdrücken, obwohl er mehr als Zwei- bis Dreijährige spricht. Die Kontaktaufnahme und Interaktionen gestalten sich schwierig. Die Sprache beeinflusst seine sozialen Fähigkeiten. Ein „richtiges“ Spiel entwickelt sich nicht, da das Spielverhalten eher dem von deutlich jüngeren Kindern entspricht. Sie spielen „nebeneinander“. Er spielt bedürfnisorientiert und stellt seine eigenen Interessen in den Vordergrund. Hieraus geht hervor, dass das Arbeitsgedächtnis und

die geistige Flexibilität eine Rolle spielen und sich auf den Umgang miteinander auswirken. Das Gelernte (Spiel) abzurufen und zu erweitern gelingt nicht. Beim Ballspielen stellt sich die Frage, ob er sich Regeln widersetzt. Obwohl nicht alle Fähigkeiten des Jungen ausgeschöpft werden können, haben die Eltern das Gefühl, dass der Junge besser im Bereich der jüngeren Kinder aufgehoben ist. Andere Eltern stellen sich die Frage, warum sich der große Junge (nach der Statur eines älteren Kindes) im Bereich der jüngeren Kinder aufhält (Auswirkungen soziales Umfeld). Der Junge möchte sich selbst lieber im Spielbereich der älteren Kinder aufhalten und klettern. Dieser Bereich würde den Jungen nach Angaben der Eltern aber überfordern. Bereiche für ältere Kinder zeichnen sich dadurch aus, dass mehr Spielmöglichkeiten, Eindrücke und Reize gegeben aber auch mehr Selbstständigkeit gefordert ist. Es werden Schwierigkeiten in der Selbstregulation und Aufmerksamkeit deutlich.

Das Netzwerk stellt in seiner Komplexität mit den psychosozialen Herausforderungen (orange) die Auswirkungen auf das soziale Umfeld (gelb) dar. Es zeigt auch, wie sich die Herausforderungen gegenseitig bedingen oder überschneiden.

6.1.2 Notwendige erzieherische Kompetenzen

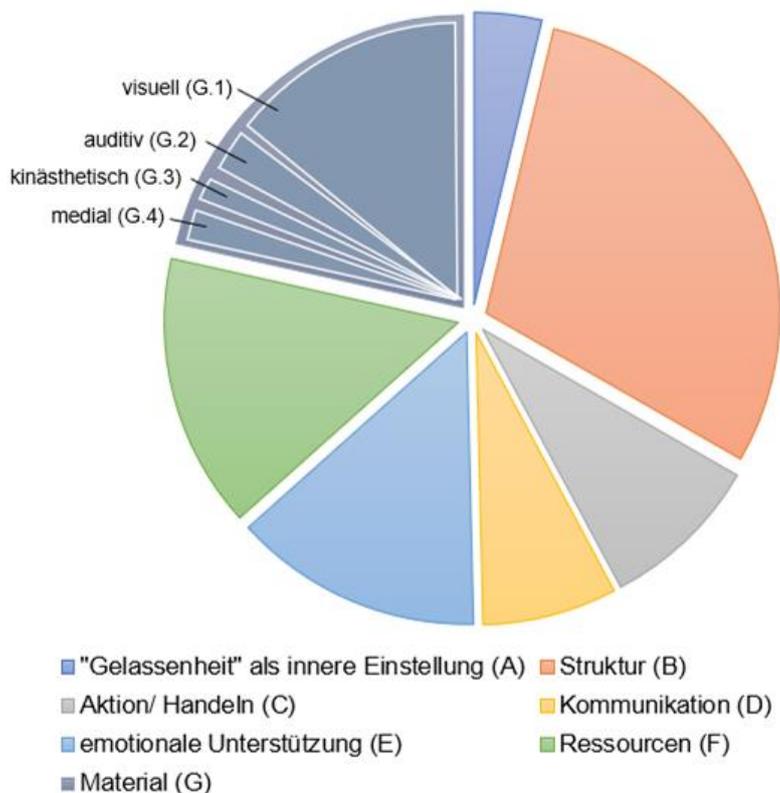
Das zweite Themenfeld befasst sich mit der Beantwortung der zweiten Fragestellung.

FF2: Welche erzieherischen Kompetenzen erfordert der Umgang mit einem Kind mit FASD?

Die vergebenen Kategorien (*Anhang F*) aus der Literatur ergaben sich in dieser Arbeit nicht als erschöpfend und wurden daher durch induktive Ansätze ergänzt. Es entstanden sieben Oberkategorien zum Themenfeld erzieherische Kompetenzen mit unterschiedlich stark besetzten Codierungen (*siehe Abbildung 6.4*).

Abbildung 6.4

Erzieherische Kompetenzen (eigene Darstellung)



Die Oberkategorien werden nach Priorität aufgeführt:

Struktur (B): Insgesamt liegt der Themenschwerpunkt, nach Anzahl der Codes (79 Textstellen), bei der *Struktur*. Auch Bünemann et al. (2019), Green et al. (2014) und Brown et al. (2005) sahen diesen Punkt in ihren Studien als wichtig an, weshalb sich diese Kategorie deduktiv erschließt. „*Struktur. Regelmäßigkeit, Struktur, eindeutige Regeln, eindeutige Abläufe.*“ (1 12.01., Pos. 173). „*Damit fängt alles an. Wenn er für ihn die Struktur fehlt, dann wird alles Chaos in seinem Kopf. Es fängt an mit Struktur.*“ (2 18.01., Pos. 209)

Als wesentlich beschrieben die Befragten die Tagesstruktur. Jeder Tag gestaltete sich gleich. Es gab feste Aufgaben, einen festen Sitzplatz, integrierte Bewegungs- und Ruhephasen. Zur Strukturierung wurden *Materialien* wie Bilder (*G.1*) eingesetzt. So wurde der Ablauf in Teilschritten transparent dargestellt und die Kinder konnten den Prozess eigenständig nachschauen bzw. dann umsetzen. Um z. B. einer möglichen Reizüberflutung zu entkommen, wurden unterschiedliche Möglichkeiten (räumlich: Sofa, Decke,.../medial (*G.4 Tablet*)) zur Selbstregulation benannt. Neben der Rückzugsmöglichkeit waren zeitgleich gelegentlich auch eine emotionale Unterstützung (Nähe, Gespräche, Bezugspersonen im Sichtfeld) gefordert. Das Leben nach *Struktur (B)* involvierte das gesamte Familien- bzw. Gruppensystem.

ja und sich auch wirklich drauf einlassen, dass man halt mit einfach FAS-Kindern in/ vielleicht sich auch selber ein bisschen anstrengen muss dann halt, dass man nicht mehr sagen kann, ja komm jetzt machen wir halt den ahm, lassen wir den Abend halt so und so ausklingen bei Freunden. Was für (Name) wie gesagt manchmal klappen kann, aber halt nicht immer, nicht, dass man wirklich sagen muss nein, wir müssen jetzt nach Hause, weil er kennt das, es ist sechs Uhr spätestens, viertel nach sechs, Abendbrotzeit und dass er dann ins Bett geht halt, na. (2 20.12., Pos. 307)

Eine Fachkraft betonte, dass ihre Anstellung als Vollzeitkraft die Kontinuität unterstreiche. „*Was ihm auch sehr hilft, ich bin als Vollzeitstelle immer da. Ich bin*

so ziemlich seine Bezugserzieherin. Und das hilft ihm im Alltag ganz viel.“ (3 20.12., Pos. 305)

Den Kindern mit FASD fiel es schwer neue Strukturen zu verinnerlichen (*geistige Flexibilität (3)*). Wenn sie diese jedoch erlernt hatten, forderten sie diese im Alltag ein. Unter sicheren und bekannten Rahmenbedingungen fiel es den Kindern einfacher zu lernen. Zudem schien eine reizlose Umgebung, bestenfalls eine 1:1 Situation förderlich. Strukturelle Abweichungen führten zu emotionalen Unsicherheiten.

Eigentlich muss man mit ihm aus dem Gruppenalltag rausgehen in eine Eins-zu-Eins-Situation in einen anderen Raum. Ähm (.) im Alltag ist es eigentlich nicht möglich. Aber in Eins-zu-Eins-Situationen kann man ihn schon packen. Dann interessiert es ihn auch. Meistens gehen wir in reizarme Räume,[...]. (3 18.01., Pos. 135)

Die Struktur schien nicht in allen Einrichtungen angemessen zu sein. So beschreibt Mutter 2, dass die Gruppengröße einer Integrationsgruppe zur Überforderung geführt habe.

Klar war es für uns dann am Anfang auch ein Zwiespalt, was machen wir jetzt, wo lassen wir ihn jetzt, aber ahm, sind jetzt froh, dass wir doch diese Schiene gelaufen sind, mit dem heilpädagogischen Kindergarten, weil diese Gruppengröße für ihn einfach sehr, sehr wichtig ist, da kann er sich einfach viel besser konzentrieren und die sich dann auch individueller, um seine Bedürfnisse kümmern halt. Das kann man in normalen Einrichtungen normal nicht leisten halt. (2 20.12., Pos. 279, 283)

Das Kind (2) mit pFAS hatte keine Schwierigkeiten im Umgang mit einer Überstimulierung. Die Eltern berichteten, dass das Kind eine Struktur benötigte, Abweichungen beispielsweise am Wochenende jedoch kein Problem darstellten. Die Erzieherin hingegen bemerkte, dass das Kind (2) deutliche Hilfestellung brauchte, um sich bei strukturellen Abweichungen zurechtzufinden. Im Kindergarten fand sie sich im offenen Konzept gut zurecht. Da der Kindergartenalltag in

sich grob strukturiert war, jedoch den Kindern innerhalb der Bereiche viel Freiraum gelassen wurde. Visuelle Reize wurden in der Einrichtung grundsätzlich reduziert, da dieses Thema alle Kinder betraf.

Emotionale Unterstützung (E): Diese Kategorie wurde nach Spohr (2016) angelegt. Hier zeigte sich eine große Übereinstimmung in den Aussagen der unterschiedlichen Bezugspersonen. Denn eine stetige, konsequente Begleitung einer Vertrauensperson des Kindes wurde als wichtigste emotionale Unterstützung beschrieben. Insbesondere in neuen Situationen oder als Hilfestellung zur emotionalen Regulierung.

Ähm dass man ihr viel Liebe gibt und Zuneigung und sie immer wieder unterstützt. Egal in ihrem Handeln, was sie tut, was sie nicht tut oder Sonstiges. Also, ne, sie braucht da, ja, viel Unterstützung von uns, und die bekommt sie auch. (3 12.01., Pos. 249)

In diesem Zusammenhang wurde auf die Möglichkeiten im heilpädagogischen Kindergarten hingewiesen. *„Also im Regelbereich ähm ohne zusätzliche Begleitung klarzukommen, wäre für ihn wahrscheinlich im JETZIGEN Stand ähm schwer bis gar nicht möglich. Also der braucht schon irgendwie eine Unterstützung, jemanden, der ihm so ein bisschen Halt gibt auch.“* (3 18.01., Pos. 149)

Es stellten sich unterschiedliche Arten der emotionalen Unterstützung heraus. So wurde die verbale Bestätigung/Motivation oder der Körperkontakt in Form von kuscheln oder Umarmung oder einfach nur die Anwesenheit der Bezugsperson benannt: *„ähm, auch ganz lange am Körper gehalten werden, ähm, auch mal getragen werden so. Solche Dinge findet er gut.“* (3 20.12., Pos. 451)

Unter die **Ressourcen** fallen mehrere Oberkategorien:

„Gelassenheit“ als innere Einstellung (A): Diese Oberkategorie wurde zwar mit zehn Textstellen (Codes) nicht oft benannt, jedoch als eines der wichtigsten Kompetenzen zu jedem Kind von mindestens einer Bezugsperson beschrieben. Diese Oberkategorie wurde induktiv aufgenommen, da die Grundeinstellung

wichtig für das Gesamtmodell ist. Aufgrund der Bedeutung wurde dieser Ressource als Kategorie neben den anderen ein besonderer Stellenwert zugeordnet. *Gelassenheit* meint in diesem Zusammenhang die Fähigkeiten zu *Ruhe* und *Geduld*. Diese Ressource wurde im Umgang mit Kindern mit FASD als besonders prägnant beschrieben, war aber auch für alle anderen Kinder wichtig. „*Eigentlich Ruhe und Geduld bei [Person], das ist das Wichtigste überhaupt.*“ (3 18.01., Pos 161)

Auf das gezeigte Verhalten der Kinder wurde sachlich reagiert. Reflektiert wurde auch, dass dies zwar eine wichtige Fähigkeit sei, im Alltag jedoch nicht immer umsetzbar war. Bezugspersonen benötigten Möglichkeiten zum „Aufladen“ oder Strategien zum Beruhigen, um diese Kompetenz sicher zu stellen.

Man muss ruhig bleiben. Ja, was nicht immer einfach ist. (lacht) Das ist wirklich so und man bleibt auch nicht immer ruhig, kann man auch nicht. Ahm, muss dreimal tief Luft holen und dann (lacht) und dann muss man der Sache sachlich, weil die verstehen es sonst einfach nicht. Das ist nicht einfach, wie gesagt, wenn die dann Mist bauen, klar. Man muss ihnen aber auch deutlich zu verstehen geben, das geht so nicht. (1 20.12., Pos. 257)

Ressourcen (F): Nach Spohr (2016) sind Ressourcen Potenziale der Eltern, welche sie unterstützen ihre Aufgaben in der Erziehung ihres Kindes zu erfüllen um dem Kind ein optimales Lebensumfeld gestalten zu können. Zu der Kategorie Ressourcen zählen unterschiedliche Formen. Als soziale Ressource wurde von einer Pflegefamilie (1) ganz klar die Vernetzung mit anderen Pflegefamilien beschrieben. Das notwendige Verständnis für die Situation konnte der Familien-, Bekannten- und Freundeskreis oftmals nicht aufbringen. Bei der zugrundeliegenden Pflegefamilie (1) fand der Austausch entweder online, über ein FAS-Forum oder persönlich mit Pflegefamilien aus der Umgebung statt.

Ja also wir haben Kontakt zu zwei, drei Pflegeeltern noch, zu einer Pflegefamilie einen sehr guten, freundschaftlichen Kontakt und die andere, (Name) die ist ja auch hier, zu der Familie haben wir auch Kontakt. Die wohnt im Nachbardorf und wir treffen uns auch eigentlich regelmäßig. Ahm, dieser Austausch ist, [...] ja man versteht sich quasi, weil du unter

Gleichen bist, das kannst du mit anderen Leuten nicht, die verstehen das einfach nicht. (1 20.12., Pos. 251)

Die zweite Familie (2.) sah die erzieherischen Erfahrungen mit ihren leiblichen Kindern als Ressource. Bei Bedarf wurde zusätzliche professionelle Unterstützung des Jugendamtes oder des Pflegenetzwerkes eingeholt. Pflegefamilie 3 profitierte sowohl von ihren beruflichen Erfahrungen als auch von den Erfahrungen mit ihren anderen Kindern. Zusätzlich nahm die Familie professionelle Hilfe in Form des Pflegedienstes und einer sozialpädagogischen Familienhilfe in Anspruch. Somit gab es einen unabhängigen professionellen Gesprächspartner und das Familiensystem wurde nicht zusätzlich belastet. Professionelle Unterstützung und Fachwissen stellen eine Ressource dar.

Die Fachkräfte eigneten sich nach ihren Angaben selbst das Wissen aus Fachbüchern oder Zeitungen an. Die Fachkraft aus dem Regelkindergarten nahm vor etlichen Jahren an einer Fortbildung teil.

Ähm dann habe ich mich selbst geschult. Das heißt, ich habe viel Literatur dazu gelesen und ähm, ja, Fortbildungen auch mal dazu besucht, ne, dass ich einfach auch ein bisschen besser darüber Bescheid weiß, wie, ja, wie funktioniert [Person] Gehirn, ne? (1 12.01., Pos. 187)

Weiterbildungsmöglichkeiten wurden von den Einrichtungen optional angeboten. In der heilpädagogischen Einrichtung dienten monatliche kollegiale Fallbesprechungen zusätzlich dem Erfahrungsaustausch.

Grundsätzlich beschrieben die Familien, dass die Kinder ohne eine feststehende oder Verdachtsdiagnose in die Familie gekommen seien. Erst im Verlauf wurden Auffälligkeiten deutlich und die Diagnose gestellt. Lediglich eine der drei Familien wusste, dass sie ein Kind (1) mit einer Behinderung bekam, da der Träger ausschließlich für diese Gruppe zuständig war. In diesem Zusammenhang wurde die Familie über die Unterbringung eines behinderten Kindes im Allgemeinen aufgeklärt. Eine besondere Vorbereitung auf die Betreuung dieses Kindes (1) fand nicht statt.

Genau. Das haben wir alles selber gemacht. Man ist im Grunde dann ins kalte Wasser geschmissen worden. Das stimmt. Ne? Ich hätte mir vom Jugendamt auch ein bisschen mehr ERWARTET, sage ich mal. (3 12.01., Pos. 245)

Material (G): Die nächste Oberkategorie *Material* wurde bewusst separat aufgeführt. Sie wurde induktiv gebildet und in vier Subcodes (G.1-G.4) untergliedert, wobei auch Überschneidungen vorkommen. Verschiedene Mittel sprechen mehrere Kanäle, beispielsweise den auditiven und visuellen Reiz, an.

Visuelles Material (G.1) wurde mit Abstand am Meisten benannt (37). Damit sind jene Materialien gemeint, die das Auge ansprechen. Diesen Zugang beschrieb auch Roberts (2015). So wurde ein Pictogrammboard genutzt um die Tagesstruktur zu visualisieren. Diese Form schien jedoch nicht grundsätzlich sinnvoll zu sein.

Nein. Wir haben gedacht, weil er so sehr mit Struktur beschäftigt [...] Er braucht sehr viel Struktur. Und dann haben wir so ein Piktogramm-Board gekauft. Ich glaube, das nutzen die hier im Kindergarten auch. Aber das war für [Person] zuhause so ein Hyperfokus-Ding. Er würde dann auch den Teller schneller leer essen oder, wie sagt man das, er würde dann auch/ Dann hat er zum Beispiel das Bild vom Frühstück weg. Und dann: "Weg. JETZT Mittagessen." Er würde den Tag dann auch schneller machen, [...] Er musste unbedingt // ALLES abarbeiten. (1 18.01., Pos. 115)

Auch wurden Lernprozesse in einzelne Schritte unterteilt und bildlich dargestellt. So war es dem Kind (3) möglich die Bilder der Reihenfolge nach abzuarbeiten und dem Tagesverlauf anzupassen. Diese Herangehensweise wurde von allen Befragten benannt. „*Ja Bildsachen versteht er viele Male besser.*“ (2 18.01., Pos. 225)

Symbole wie *Meta-Com* unterstützten die Kommunikation. Dieses Mittel wurde von beiden Fachkräften im heilpädagogischen Kindergarten (1, 3) genutzt. Weiterhin benannte eine der Fachkräfte (3) Gebärden als hilfreiches Mittel.

Das Kind (2) mit pFAS benötige keine visuellen Hilfen.

Zudem wurde der *Time Timer* als Unterstützung hinzugezogen. Dieser visualisiert einen zeitlichen Rahmen und signalisiert durch einen Ton (**auditiv, G.2**) das Ende. *„Oder draußen ist meistens das Zeichen, dass wir klatschen. Klatschen ist das Zeichen: Aufräumen und wir gehen rein.“* (1 12.01., Pos. 123)

Zwei Familien (2, 3) setzten auditive Mittel (Tonibox, Spieluhr) zur Schlafroutine ein.

Eine Fachkraft (1) des heilpädagogischen Kindergartens beschrieb den stetigen Umgang mit **kinästhetischen Mitteln (G.3)**, den auch Roberts (2015) erkennt. Sie beschrieb den Einsatz einer Hängematte und das taktile Erkunden neuer Erfahrungen *„Und eine feste Decke, wo wir ihn zwischendurch einrollen.“* (3 20.12., Pos. 409)

Zudem wurden Bewegungsphasen von jedem Befragten als notwendig erachtet und in den Alltag integriert.

Als mediales Mittel (G.4) beschrieb eine Familie (1) das Tablet: *„Das klappt recht gut übers Tablet.“* (3 20.12. Pos. 417). Dieses wurde sowohl zur unterstützenden Kommunikation eingesetzt, als auch für Ruhephasen.

Aktion/ Handeln (C): Diese Oberkategorie meint die absichtliche Tätigkeit mit einem bestimmten Ziel (Bünemann et al., 2019). Es wurden teilweise Überschneidungen mit der zuvor genannten Oberkategorie *Struktur (B)* sichtbar. Beispielsweise waren kleine Schritte und stetige Wiederholungen elementar für das Verinnerlichen neuer Lernprozesse. *„Und bei ihm macht man erst eine ganze Woche NUR DAS. Und dann den nächsten Schritt, dass er wirklich reinkriegt.“* (2 18.01., Pos. 255)

Zudem war das Einhalten einer *Struktur* entscheidend.

Ahm, das jedes Mal zum gleichen Zeitpunkt wieder zu machen. Und immer wieder die gleiche Reihenfolge natürlich einhalten. Ja und möglichst auch immer mit der gleichen Person am Anfang würde ich sagen halt, das fällt/

fällt ihm dann einfach leichter halt und da natürlich am gleichen Ort. Also dass man zum Beispiel, gerade wenn man sich anzieht, dass es in seinem Zimmer passiert und nicht mal hier ein Teil da und da ein Teil, im Badezimmer oder so was und auch alle Klamotten werden alle aus seinem Schrank, in seinem Zimmer rausgeholt und es wird nacheinander aufgelegt und ahm dann auch angezogen halt, na. (2 20.12., Pos. 261)

Direktes und konsequentes Handeln auf unangemessenes Verhalten war von großer Bedeutung.

[...] ja wenn er Blödsinn macht oder so, dann entweder muss die Strafen sofort auf dem Punkt erfolgen oder sonst ist das halt/ dann ist weg. Da wir sagen, jeden Morgen sagst du, das und das nicht, das weiß er Tage später nicht mehr. Weil das ist dann immer schwierig. (1 20.12., Pos. 25)

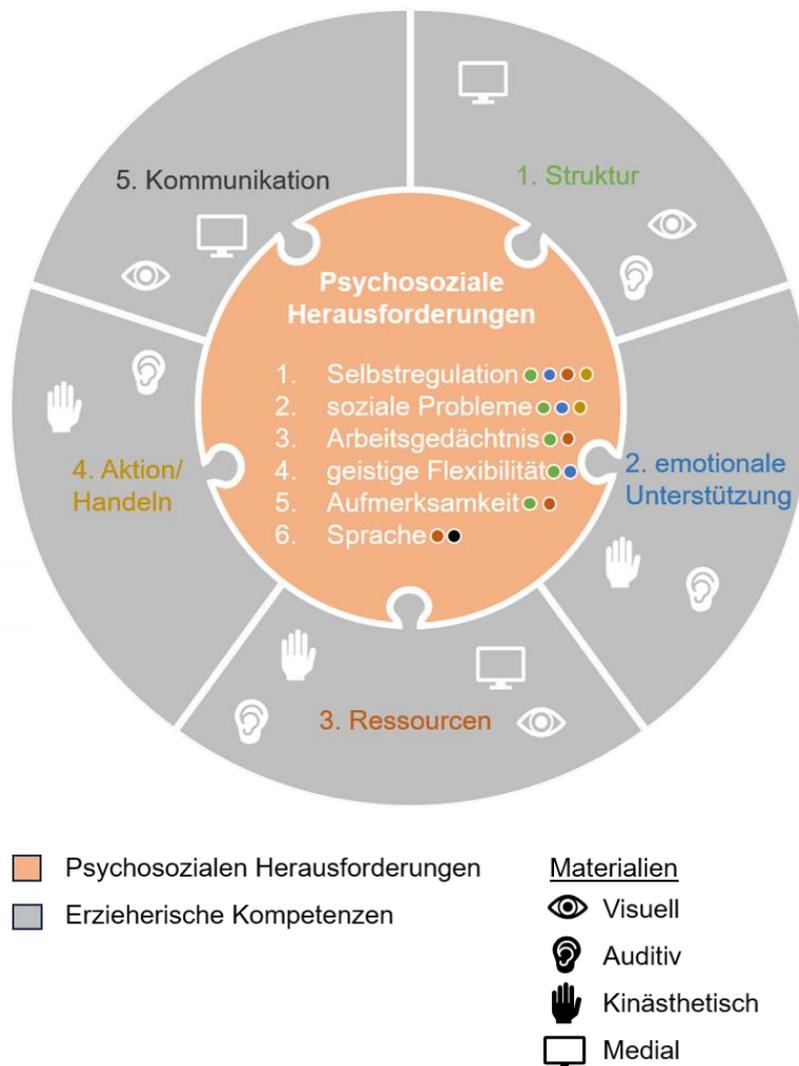
Es gab keine Pauschallösung, entsprechendes Handeln wurde an das Verhalten des Kindes im Kontext der Diagnose angepasst im Sinne von „*learning by doing*“ (1 20.12., Pos. 255).

Kommunikation (D): Diese Kategorie geht auf die Art und Weise des Austausches und auf Besonderheiten der Gesprächsführung oder der Übertragung von Informationen bei Kindern mit FASD ein (Sarcretti, 2017; Bünemann et al., 2019). In der Interaktion mit den Kindern wurde zumeist darauf geachtet, dass die Aussagen des Gegenübers kurz, deutlich und sachlich formuliert wurden. Im Idealfall wurde eine 1:1 Situation geschaffen oder wenigstens ein Blickkontakt hergestellt. „*Ähm (räuspert sich), was am besten klappt bei [Person], ist kurz, deutlich und eigentlich eben aus die Situation holen und eins zu eins so dann eine Frage stellen.*“ (1 18.01., Pos. 149)

Eine Fachkraft erwähnt zudem, dass Aussagen bei Nichtverstehen wiederholt und durch Gebärden untermauert werden sollten. Zwei von drei Vätern benennen keine Besonderheiten in der Kommunikation mit ihrem Kind mit FAS oder pFAS.

Anhand der dargestellten Voraussetzungen wird deutlich, dass die Betreuung und Erziehung eines FASD-betroffenen Kindes große erzieherische Herausforderungen abverlangt. Folglich lässt sich sagen, dass die Forschungsfrage zur Hypothese zwei beantwortet bzw. bestätigt wurde. Der Umgang mit einem Kind mit FASD erfordert hohe erzieherische Kompetenzen (H2).

Wie sich in der Ergebnisdarstellung zeigt, liegen im Umgang mit Kindern mit FASD eine Fülle von Herausforderungen vor. Die herausgestellten wichtigen erzieherischen Kompetenzen stellen Rahmenbedingungen und Hilfestellungen für ein möglichst gutes Gelingen der Förderung, Begleitung und Erziehung eines Kindes mit FASD dar. An die Verhaltensweisen und Bedürfnisse des Kindes, immer wieder dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst, docken sie in unterschiedlichem Ausmaß und Intensität an. Die Herausforderungen zeigen ein Defizit an (Lücke), wo die Kompetenzen dann ansetzen können (Puzzle). Anhand der Ergebnisauswertung wurde deutlich, dass nicht jede Herausforderung einer bestimmten Kompetenz zugeordnet werden kann (Gesamtmodell: Punktesystem). Vielmehr lässt sich sagen, dass die aufgeführten Herausforderungen von verschiedenen erzieherischen Kompetenzen profitieren. Auf welche Herausforderung wie reagiert bzw. wann auf welche Kompetenz zurückgegriffen werden sollte, wird in dem Modell dieser Arbeit dargestellt. Die psychosozialen Herausforderungen und die erforderlichen erzieherischen Kompetenzen stellen mit ihrer gewissen Bedingtheit das Kernstück dieser Arbeit dar, welches sich am Modell widerspiegelt (*siehe Abbildung 6.5*).

Abbildung 6.5*Gesamtmodell (eigene Darstellung)*

In diesem Modell stützt sich die Auswahl der Punktverteilung auf die Ergebnisse der Interviews und somit auf die drei eingeschlossenen Kinder. Hilfreiche Materialien für die jeweilige erzieherische Kompetenz wurden mittels Icons dargestellt. Das Modell stellt Handlungsempfehlungen dar. So lässt sich beispielhaft sagen, wenn das Kind Herausforderungen in der Selbstregulation zeigt, benötigt es Struktur, emotionale Unterstützung, verschiedene Ressourcen (visuell, auditiv, kinästhetisch, medial) aber auch konkrete Handlungen der Bezugspersonen.

Diese lassen sich jedoch nicht grundsätzlich repräsentativ auf alle Kinder übertragen. Die Vielfalt der erzieherischen Kompetenzen (grau) sollte den individuellen Herausforderungen und den Verhaltensweisen jeden Kindes immer wieder erneut der Diagnose, dem Entwicklungsstand sowie den Bedürfnissen angepasst werden.

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Zur Interpretation der Ergebnisse werden die erhobenen Oberkategorien und Subcodes im Kontext zur Literatur und hinsichtlich weiterer Hypothesen und Fragestellungen bearbeitet. Dazu werden die Ergebnisse mit der Forschungslage verglichen, Unterschiede diskutiert und neue Erkenntnisse dieser Studie herausgestellt.

Selbstregulation: Die Ergebnisse der aufgeführten Interviews deuten, wie auch bisherige Studien, auf diverse Herausforderungen hin. Als erster Punkt wird hier die Selbstregulierung (1.2) genannt. Diese Schwierigkeit zeigt sich ausnahmslos auch in den bisherigen Studien. Verhaltensweisen wie Hyperaktivität, Impulsivität und Risikobereitschaft werden bestätigt (Gardener, 2000; McDougall et al., 2020; Morrisette, 2001; Sarimski, 2014). Gardener (2000) benannte auch die hohe Schmerztoleranz in seiner Studie. Zudem sprach er die Aggressivität und Zerstörungswut als Herausforderung an. Die beiden zuletzt genannten Punkte wurden in dieser Art und Weise nicht in der aktuellen Studie gefunden. Jedoch lassen sich Zusammenhänge erkennen, indem Bezugspersonen beispielsweise über das Wegwerfen von Gegenständen und Wutanfällen berichteten. Die höhere Bedeutsamkeit in der Studie von Gardener (2000) könnte darauf zurückzuführen sein, dass er auch deutlich ältere Kinder miteinbezog. McDougall et al. (2020) führten einen weiteren Punkt der Selbstregulierung auf, das „Klauen“. Auch diese Verhaltensweise wurde in der aktuellen Studie nicht benannt und könnte ebenfalls auf das Alter zurückzuführen sein. Somit scheint es, als würden sich die Probleme in der Selbstregulation im Entwicklungsverlauf bzw. in der Jugend mehr verändern. Nach Sarimski (2014) zeigten sich Jungen mit FAS hyperaktiver und mehr soziale Probleme als Mädchen. Auch in dieser aktuellen Studie zeigt

das Mädchen mit pFAS weniger Schwierigkeiten im emotionalen sowie sozialen Bereich. Inwieweit dabei das Geschlecht oder auch die Diagnose einen Einfluss nimmt bleibt ungeklärt.

Soziale Probleme werden auch in der bisherigen Studienlage benannt. Den Kindern fiel ein angemessener Umgang schwer, die Signale des anderen wurden z.B. nicht verstanden (McDougall et al., 2020; Morrisette, 2001; Sarimski, 2014). McDougall et al. (2020) nannten zudem die Schwierigkeit, Freunde zu finden. Dieser Punkt widerspricht den aktuellen Ergebnissen. Alle Kinder waren beliebte Spielpartner und hatten feste Spielkontakte. Diese Differenz könnte damit begründet sein, dass zwei der drei Kinder den heilpädagogischen Kindergarten besuchen. Hier haben alle Kinder in irgendeiner Form Beeinträchtigungen. Es erscheint naheliegend, dass es in dem Umfeld einfacher ist Freunde zu finden. Die Vorliebe für jüngere Spielpartner zeigte sich sowohl in dieser Studie als auch in der von McDougall et al. (2020). Es scheint sich zu bestätigen, dass sich die Entwicklungsunterschiede zu Gleichaltrigen im Verlauf immer mehr herausbilden. Sarimski (2014) zeigte auf, dass 56,3% der befragten Pflege- und Adoptivfamilien von Kindern (4 bis 18 Jahre) mit FAS Abweichungen in Sozialbeziehungen benannten. Interessant wäre in diesem Rahmen zu hinterfragen, wie sich das Sozialverhalten im Familienverbund darstellt. Hierzu wurden in den Interviews vereinzelt Aussagen getroffen (Kapitel 6.1.1, Essenssituation Kind 3). Nach Morisette (2001) nahmen sich einige Kinder aus Aktivitäten heraus, um ihre Behinderung zu verbergen, sie schämten sich. Dieser Punkt ist in der aktuellen Arbeit, ebenfalls vermutlich aufgrund des jungen Alters in der Stichprobe, nicht wiederzufinden. Zwar nahm Kind (2) Meinungen des Gegenübers an und mied jegliche Herausforderungen bzw. Konfliktsituationen, dieses Verhalten wurde jedoch mit einer emotionalen Unsicherheit sowie Schwierigkeiten in der geistigen Flexibilität (3) in Verbindung gesetzt. Dieses Verhalten zeigte sich auch bei Unterschieden im Spielverhalten. Ein Störungsbewusstsein in diesem Sinne zeigte keines der untersuchten Kinder. Der Unterschied in den Studien könnte sich erneut durch die unterschiedliche Altersspanne erklären lassen. So wäre es möglich, dass Kleinkinder toleranter und unvoreingenommener sind. Besonders, wenn sie in einem solchen Setting aufwachsen. Die ungeteilte Aufmerksamkeit

und der Umgang mit Regeln wurden als weitere Punkte aus dem Subcode in der oben genannten Studie bestätigt.

Arbeitsgedächtnis: Die drei genannten Herausforderungen im Arbeitsgedächtnis bestätigten Gardener (2000) und McDougall et al. (2020). Andere Studien beschrieben diesen Punkt nicht in Verbindung mit herausfordernden Verhaltensweisen. Diese Erkenntnis ist verwunderlich, da sich kognitive Prozesse zwangsweise auf viele Lebensbereiche auswirken und große Schwierigkeiten mit sich bringen können. Werden Handlungsabläufe beispielsweise nicht abgespeichert, können sie in anderen Situationen nicht umgesetzt werden. Studien zur kognitiven Entwicklung wurden in die Recherche nicht explizit aufgenommen, da dies nicht der Schwerpunkt der Arbeit ist.

Die Herausforderung der **geistigen Flexibilität** wurde in der Studienlage nicht als einzelne Kategorie herausgestellt, jedoch bei McDougall et al. (2020) erwähnt. Er benannte die Bewältigung von Übergängen im Zusammenhang mit der emotionalen Regulierung als Herausforderung. Es sollte hinterfragt werden, weshalb dieser Punkt in anderen Forschungen keine eigene Kategorie darstellt. Diese Studie zeigt deutlich, welche Folgen Schwierigkeiten in der geistigen Flexibilität mit sich bringen und dass diese sich auch in vielen anderen Bereichen (z.B. soziale Probleme: Kompromisse eingehen) widerspiegeln. Ergänzend zeigt die aktuelle Studie Schwierigkeiten im Umgang mit Herausforderungen sowie dem Entwickeln von Lösungsstrategien.

McDougall et al. (2020) stellten ebenfalls **die Aufmerksamkeit** sowie die **Sprache** in ihrer Studie als Schwierigkeit heraus. Zum Erstgenannten beschrieben sie die leichte Ablenkbarkeit, was sich in aktuellen Ergebnissen bestätigt. Weitere Studien stellten Gemeinsamkeiten sowie Abgrenzungen zwischen ADHS und FASD heraus (Zarnegar et al., 2016). In Bezug auf die Sprache nannten sie das Sprachverständnis. Die Betroffenen (FASD) benötigten einige Zeit, um auf die Fragestellung antworten bzw. danach handeln zu können. Teilweise „logten“ sie oder handelten entgegen der Anweisung. Unklar war, ob es allein am Sprachverständnis lag oder auch das Verhalten einen Einfluss nahm. Schwierigkeiten im

Sprachverständnis zeigten sich in dieser Studie lediglich bei einem von drei Kindern (3). Diese Studie deckt einen weiteren Aspekt, Probleme in der expressiven Sprache, auf. Dieser zeigt sich bei den beiden Jungen mit FAS. Beide werden diesbezüglich therapeutisch behandelt. In wie weit die Logopädie einen Einfluss auf die Sprachentwicklung hat, lässt sich in dieser Arbeit nicht weiter entschlüsseln.

Abhängig vom Schwerpunkt beziehungsweise der Fragestellung der bisherigen Studienlage wurden weitere Herausforderungen herausgestellt.

McDougall et al. (2020) benannten die Motorik und Schlafprobleme als herausfordernd. Der Punkt Motorik widerspricht auf den ersten Blick dieser Studie, denn hier zeigten die Kinder nach Angaben der Bezugspersonen eine Vorliebe beziehungsweise eine Stärke.

Motorik ist er sehr stark so. Er kann ähm/ Wenn wir zum Beispiel schwimmen oder sowas, da/ dann macht/ das ist/ das findet er/ das macht er/ ihm Spaß und äh auch auf dem Spielplatz, das Klettern, das Hochklettern, auch da ohne Grenzen. Aber für seine Alter, ja jetzt ist er fünf, aber das war auch so mit zwei und drei, klettert er SO hoch. Und da war er auch sehr gut darin. (1 18.01., Pos. 101)

Es stellt sich jedoch die Frage, wie sich die Koordination von komplexen Bewegungsabläufen und der Feinmotorik darstellt. Dazu gab es keine näheren Informationen. „Sie ist verlangsamt. Ne? Das merkt man auch mit Fahrradfahren und alles. Klar, wenn man das vielleicht früher gefördert hätte (3 12.01., Pos. 231)

Zu bedenken ist auch, dass die Kinder in den anderen Studien älter und somit weiter in ihrer Motorik entwickelt waren.

Schlafprobleme wurden nicht separat erfragt und im Kontext der psychosozialen Herausforderungen nicht benannt. Morissette (2001) und Sarimski (2014) nannten Schwierigkeiten in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diese Aussage kann in dieser Arbeit so nicht untermauert werden. Erfahrungen werden neutral oder positiv beschrieben. Dies mag daran liegen, dass die Befragten „dörflich“

leben. So mag eine enge Zusammenarbeit und ein persönlicheres Miteinander schneller gegeben sein. Auch könnte es sein, dass die Pflegeeltern die Zusammenarbeit als positiver beschreiben, aus Angst vor negativen Auswirkungen. Die Durchführung der Interviews in den Räumlichkeiten der Einrichtung könnte auch einen Einfluss auf die Beurteilung genommen haben. Ebenso ist zu bedenken, dass sich diese Studie auf den Kleinkindbereich konzentriert, die anderen genannten Studien jedoch eine breitere Altersspanne umfassen und somit auch auf die Zusammenarbeit im schulischen Kontext eingehen. Da ist ein Austausch mit den Bezugspersonen im Hinblick auf das Alter und die angestrebte Selbständigkeit seltener.

Der Anamnesebogen gibt unter anderem Auskunft über vorangegangene und aktuell begleitende Therapien der Betroffenen. In welchem Umfang sich diese ausgewirkt hat oder auswirken, wird in dieser Arbeit nicht genauer ergründet. Psychotherapie nahm keines der Kinder in Anspruch. Dazu lässt sich vermutlich erneut der Grund des „Kindesalters“ nennen, wo sich die Auffälligkeiten in „abgeschwächter“ Form zeigen oder auch andere Therapien und Maßnahmen erst ausgeschöpft werden.

Zum Themenfeld der erzieherischen Kompetenzen ist zu benennen, dass eine Fülle von unterschiedlichen Interventionsmaßnahmen und Therapietools angeboten werden, dazu jedoch kaum Studien als Grundlage zu finden sind. Somit sind diese Maßnahmen in diesem Kontext vorsichtig zu betrachten.

Als erste erzieherische Kompetenz wird die Oberkategorie **Struktur** genannt. Auch Green et al. (2014) und Brown et al. (2005) beschrieben diese Kategorie als wichtigen Faktor für ein erfolgreiches Pflegeverhältnis, welchen scheinbar unabhängig vom Alter und der Form von FASD grundlegend ist. Die Umsetzung im alltäglichen Kontext stellt eine Herausforderung dar. Es ist wichtig diesen Gedanken aufzugreifen, da bestimmte äußere aber auch innere Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, um eine Struktur herstellen zu können. Als äußere Faktoren lassen sich beispielsweise die Verfügbarkeit und Gestaltung von Räumlichkeiten sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nennen. Es stellt sich die

Frage ob das Familiensystem in der Lage ist Strukturen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Oder braucht die Familie Unterstützung (bspw. sozialpädagogische Familienhilfe). Ein weiteres Kriterium stellt der Personalschlüssel in den Einrichtungen dar. In dieser Studie war die Vollzeitbeschäftigung aller Fachkräfte ein möglicher positiver Faktor. In diesem Zusammenhang sollten auch die finanziellen Mittel und Fördermöglichkeiten mit angesprochen werden, die die strukturellen Möglichkeiten deutlich mit unterstützen können. Aus dieser Studie ergibt sich auch, dass das offene Kindergartenkonzept für das Mädchen (2) mit pFAS keine Barriere darstellte. Hingegen profitierten die Kinder im heilpädagogischen Kindergarten stark von der kleinen, strukturierten Gruppe. Es zeigte sich, dass insbesondere die heilpädagogischen Einrichtungen visuelles und auditives Material zur Unterstützung verwendeten. An welchen Faktoren diese Unterschiede festzumachen sind, bleibt fraglich. Zu den inneren Faktoren zählen auch Persönlichkeitsaspekte. Es ist nicht verwunderlich, dass sich die *Struktur* als Oberkategorie auch in dieser Arbeit gebildet hat, da doch jeder Mensch, unabhängig vom Grad und der Ausprägung seiner Auffälligkeiten, von einer Struktur profitiert. Dazu gehört auch, sich auf Mitmenschen verlassen zu können und ihnen zu vertrauen.

Als nächste wichtige Oberkategorie wird die **emotionale Unterstützung** eingeordnet. Dieser Punkt wurde in bisherigen Forschungen nicht beachtet bzw. wurde nicht als wichtiger Faktor benannt. Diese Erkenntnis ist überraschend, da in dieser Studie die emotionale Unterstützung, insbesondere in neuen sowie herausfordernden Situationen elementar erschien. Diese erzieherische Kompetenz wurde insbesondere in Zusammenhang mit der Selbstregulation, sozialen Problemen sowie der geistigen Flexibilität gesetzt. Führt man die Begrifflichkeiten „Wut“, „böse“, „traurig“, „hauen“ etc. mit heran, steht dieses Verhalten auf beiden Seiten immer mit einer gewissen Emotionalität in Verbindung. Kinästhetische Mittel würden diesen Faktor zudem unterstützen. In diesem Zusammenhang lässt sich der Umgang mit „Nähe und Distanz“ nennen. Möchten die Bezugspersonen einen ständigen körperlichen Kontakt? Und wie gehen sie damit um? Inwieweit unterstützen sie die emotionalen Bedürfnisse der Kinder, um ein gutes Bindungsverhalten aufzubauen oder grenzen sie sich davon zum eigenen Schutz ab? Im

Kleinkindalter mag dieser noch anders zu bewerten sein als in der weiteren Entwicklung. Auch ist zu bedenken, dass Nähe und Distanz sich die Waage halten sollten, da sonst eine Barriere für das Explorieren und die Selbstständigkeit besteht. Zu hinterfragen ist, ob dieser Faktor neu entdeckt oder warum dieser in anderen Studien nicht benannt wurde. Ein Erklärungsansatz wäre, dass eine emotionale Unterstützung im Kleinkindbereich immer eine große Rolle spielt. Es stellt sich die Frage, ob es in anderen Studien im Vergleich zur Norm nicht als auffällig erachtet wurde. Auch könnte die breite Altersspanne bzw. das höhere Alter in den benannten Studien eine Einflussgröße dargestellt haben.

Die diversen **Ressourcen**, dazu untergeordnet „Gelassenheit“ als innere Einstellung (A), lassen sich dem drittichtigsten Punkt zuordnen. Um selber ruhig und gelassen sein zu können, benötigten die Bezugspersonen einen eigenen Ausgleich bzw. Kraftquellen. Gelo & O'Malley (2003) nannten Auswirkungen auf körperliche und geistige Gesundheit, finanzieller und emotionaler Druck als wichtigsten Stressor von Eltern. Das Bedürfnis nach eigener Entlastung nannten auch Brown & Mather (2020) und Olson et al. (2009). Dazu dienten beispielsweise soziale und professionelle Ressourcen. In der Literatur nahm die soziale Unterstützung den Schwerpunkt ein, professionelle Unterstützung wurde nicht unter den wichtigen Faktoren erwähnt (Brown et al., 2005). Als soziale Ressource wurde lediglich von einer Familie der Kontakt zu anderen Pflegeeltern beschrieben. Es lässt sich vermuten, dass Familie 3 aufgrund ihrer Vorbildung und ihrem daraus resultierenden sozialen Umfeld diesen Faktor als selbstverständlich angesehen hat. Da diese Ressource in den Studien oft erwähnt wurde, kann man davon ausgehen, dass die sozialen Faktoren auch dort einen größeren Stellenwert einnehmen. Entgegen der sozialen Ressource wurden in der Literatur oft die Auswirkung einer sozialen Isolation (Domeij et al., 2018), die mit den aktuellen Ergebnissen nicht bestätigt werden konnten, beschrieben. Auch die Vernetzung über Selbsthilfegruppen oder die Teilnahme an Familienfreizeiten führen zum Austausch und sollten hier betont werden. Professionelle Unterstützung durch ein interdisziplinäres Team, wie sie in einigen Studien untersucht wurde, beeinflusst die Entwicklung des Kindes häufig positiv. Die Umsetzung gestaltet sich

häufig als Schwierigkeit und wird mit einer Unzufriedenheit beschrieben (Ordene-witz et al., 2019). Diese Erfahrungen ließen sich durch diese Studie nicht bestä-tigen, denn über die Zusammenarbeit wurde neutral oder positiv berichtet. Hier lässt sich die Vermutung aufstellen, dass es mit der Wohnsituation zusammen-hängen könnte. Positive aber auch vor allem negative Erfahrungen werden durch Mundpropaganda schnell in die breite Öffentlichkeit getragen. So scheint es je-dem in diesem Rahmen wichtig zu sein, eine Zusammenarbeit positiv zu gestal-ten. Dies könnte ein Unterschied zur Erhebungssituation in Städten sein. Als wei-terer wichtiger Punkt wurde in der Literatur ein gutes Verständnis der alkoholbe-dingten Entwicklungsprobleme benannt, um die Erwartungen entsprechend an das Kind anzupassen zu können (Brown & Mather, 2020). Diesem Verständnis würden Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit oder eigene Literatursichtungen vo-rausgehen, welches die Aussagen der Fachkräfte untermauern. Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass dazu gutes Handwerkszeug in Form von Informations-quellen und Handlungsempfehlungen für die Praxis von Nöten sind. Zum Thema Ressourcen lassen sich auch verschiedene Materialien nennen. Nach Roberts (2015) wurden visuelle und kinästhetischen Materialien (Decke,...) als fördernd empfunden. Auch in dieser Studie sind visuelle Materialien (Bildkarten,...) am ent-scheidendsten. Dennoch erweitert diese Studie den Blickwinkel und führt auch auditive und mediale Mittel auf. Die Unterstützung durch Medien wird voraus-sichtlich durch die Digitalisierung immer mehr an Bedeutung dazugewinnen. Dennoch stellt der Besitz auch immer einen Kostenfaktor dar und wird nicht ohne weiteres von den Krankenkassen übernommen. Einrichtungen mit einem beson-deren Förderbedarf verfügen oftmals besser über eine speziellere Grundausstat-tung. Dennoch sollten Medien ergänzend zu anderen erzieherischen und heilpä-dagogischen Maßnahmen in Anspruch genommen werden können. Diese diver-sen Ressourcen lassen sich keiner bestimmten Herausforderung zuordnen, son-dern sollten als allgemein gültige Grundvoraussetzung sowie als notwendige An-ker jedem zur Verfügung stehen.

Punkt vier nimmt die Oberkategorie **Aktion/ Handeln** ein. Diese Oberkategorie wird in den bisherigen Studien nicht als separater Einflussfaktor benannt. Es zeigt, dass keine klare Handlungsempfehlungen empirisch erforscht wurden, was

erneut die Forschungslücke dieser Arbeit aufzeigt. Diese Kategorie sollte unbedingt in den Vordergrund der Wissenschaft rücken, da das Fehlen elterlicher Strategien als Stressor benannt wird (Morrisette, 2001). Das Erfolgen direkter, konsequenter Handlungen scheint nach den Auswertungen der Interviews besonders die Selbstregulation zu fördern. Handlungsabfolgen sollten je nach Bedarf durch bildliches Material unterstützt werden. Bei Fehlverhalten ist direktes, konsequentes Verhalten von besonderer Bedeutung, damit die erzieherischen Maßnahmen überhaupt einen Ansatzpunkt finden.

Als letzten Punkt in der Gesamtübersicht wird die **Kommunikation** aufgeführt: Dieser lässt sich als direkter Schutzfaktor bzw. fördernde Maßnahme im Hinblick auf sprachliche Auffälligkeiten ableiten. In der Literatur wird dieser Punkt nicht gesondert betrachtet. Anhand der Ergebnisse lässt sich erkennen, dass besonders die Fachkräfte aus den heilpädagogischen Einrichtungen bestimmte visuelle oder mediale Materialien verwenden, um die Kommunikation zu unterstützen. Dies könnte aber auch daran liegen, dass die sprachlichen Auffälligkeiten der Jungen mit FAS als deutlich ausgeprägter beschrieben wurden und sie somit auf andere Unterstützungsmöglichkeiten angewiesen sind als das Mädchen mit pFAS. Allgemein ist zu sagen, dass die sprachlichen Auffälligkeiten der Kinder deutlich variieren. Im Rahmen dieser Forschung scheint die expressive Sprache am bedeutsamsten zu sein. Kommunikationsalternativen unterstützen nicht nur die Sprache, sondern auch die Selbstregulation und soziale Probleme. Es gilt die Sprache in jeglicher Form zu unterstützen, da die Kommunikation ein tragender Baustein für das Miteinander in allen Lebensbereichen darstellt.

Neben den genannten Ergebnissen dieser Forschung wurden in der Literatur noch weitere Punkte beschrieben. Balcaen et al. (2021) benannten in ihrer Studie die Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung. Die Behinderung und daraus resultierende Verhaltensweisen, wie Aggression und fehlende Gegenseitigkeit in der Beziehung erschweren das Eltern-Kind-Verhältnis. Die Betreuenden versuchen „zu geben“, die Kinder mit FASD ließen es aber nicht zu. Dieser Punkt konnte anhand der aktuellen Ergebnisse nicht ermittelt werden. Mögliche Erklärung könnte die Dauer des Pflegeverhältnisses sein. In dieser Studie sprechen

wir von bis zu sechs Jahren, in der literarischen Studie beziehen sie sich auf ein Lebensalter von bis zu 20 Jahren. Durch ältere Kinder wachsen auch die Anforderungen (z.B. Pubertät). So könnte die Dauer der Belastung signifikant zu den Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung stehen.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die aufgeführten Herausforderungen von verschiedenen erzieherischen Kompetenzen profitieren. Es ist wichtig das die Bezugspersonen ihr eigenes Verhalten regelmäßig reflektieren, um gegebenenfalls Maßnahmen und Schritte einzuleiten. Bestätigt aus der Literatur zeigt sich, dass es nicht die eine pauschale Lösung gibt, sondern unterschiedliche Ansätze ausprobiert und stetig überprüft werden sollten. Dennoch ergibt sich aus dieser Arbeit eine Handlungsempfehlung, welche dem Gesamtmodell zu entnehmen ist (Gesamtmodell).

7 Implikation für die praktische Tätigkeit

Das FASD stellt für betroffene Kinder und deren Familie große Herausforderungen dar, die mit einer großen Verantwortung, in der Regel ein Leben lang, verbunden sind. Die Problematik könnte durch Öffentlichkeitsarbeit ein wenig entschärft werden, indem präventiv die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft stärker thematisiert werden und mehr Verständnis für betroffene Kinder und deren Familien entsteht. Isolation und Stigmatisierung könnten so entgegengewirkt werden.

Es ist auch wichtig, dass Jugendämter bei der Vermittlung die Pflegeeltern über mögliche Dispositionen oder einer bestehenden Problematik informieren, damit frühzeitig Maßnahmen (Beobachtung, Diagnostik, Fachwissen, Therapien, finanzielle Unterstützung, etc.) zur Vorbereitung und Begleitung eingeleitet werden können. Neben wissenschaftlichen Studien sollten Erfahrungsberichte die Grundlage für eine notwendige qualifizierte Ausbildung geben. Ein gut geschultes, professionelles, interdisziplinäres Team (Frühförderung, Logopädie, Psycho-

therapie, Physiotherapie, Arzt, Sozialarbeiter, Krankengymnastik, etc.) sollte sowohl dem Kind als auch den Eltern zur Verfügung stehen. Erzieher, Lehrer, Heilpädagogen sollten diesbezüglich geschult werden.

Bezugspersonen von Kindern mit FASD brauchen Möglichkeiten, ihre eigenen Potenziale zu stärken, um ihre Ressourcen erhalten, aufbauen und bei Bedarf nutzen zu können. Das Einplanen von Freiräumen für eigene Interessen, Aktivitäten, Erholung, Selbsthilfegruppe etc. in den Alltag wäre wünschenswert. Den Eltern sollte professionelle Unterstützung und eine gute Zusammenarbeit aller Systeme zur Verfügung stehen. Ein regelmäßiger Austausch, besonders auch in Krisensituationen, ist unabdingbar. Wissen über Kontaktadressen und Infomaterial mit konkreten Handlungsempfehlungen zu Verhaltens- und Entwicklungsproblemen (FAS-Koffer) sind hilfreich. Ein interdisziplinäres Team schaut klientenzentriert und setzt regelmäßig dem Entwicklungsstand entsprechend neue Ziele fest.

Qualifizierte Fachkräfte und „starke“ Eltern (Ressourcen) können die betroffenen Kinder anhand von vorgegebenen Strukturen und einer emotionalen Unterstützung in ihrer Entwicklung leiten und fördern. Entwickelte Strategien (Struktur, Routine, Kontinuität) für direktes und konsequentes Handeln fördern eine erfolgreiche Erziehung.

8 Diskussion

In der vorliegenden Master-Thesis gibt es einige Limitationen zu nennen. Die Fetale Alkoholspektrum-Störung ist ein weitaus größeres Themenfeld, als es hier dargestellt werden konnte. Diese Arbeit bezieht sich detailliert auf die psychosozialen Herausforderungen sowie die notwendigen erzieherischen Kompetenzen im Umgang mit Kindern mit FASD. Weiteres konnte in diesem Umfang lediglich angerissen oder gar nicht benannt werden. So wurde beispielsweise der zusätzliche Konsum weiterer Substanzen nicht aufgegriffen. Aufgrund der hohen Dunkelziffer konnten nur wenige Daten zur Häufigkeit sowie keine Statistiken aus den

letzten Jahren zum Thema gefunden werden. Viele Hindernisse erschwerten den Zugang zu Fachliteratur. Einmal dadurch, dass sie nur über spezielle Kanäle zugänglich, zum anderen oftmals mit einem finanziellen Ausgleich verbunden waren.

In dieser Arbeit wurden die Forschungsfragen und Hypothesen durch eine qualitative Interviewerhebung untersucht, die auf einem literaturgestützten Leitfaden erstellt und mit einer systematischen Analyse der Daten durchgeführt wurde. Hier bestand die Gefahr, dass durch bestimmte Nachfragen oder Aussagen die Antwort in eine Richtung gelenkt wurde. Zudem wurden die Kategorien der transkribierten Interviews variabel aufgenommen. Diese könnten durch gewisse Vorannahmen der Forschenden beeinflusst sein. Dem entgegen spricht der Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse, welcher transparent dargelegt wurde. Ziel war es subjektive Erfahrungen im Umgang mit Kindern mit FASD herauszustellen. Die subjektiven Darstellungen beeinflussen eine objektive Aussagekraft. Aufgrund der differenzierten Begrifflichkeiten und Ausprägungen des Störungsbildes konnten diverse Forschungsarbeiten oftmals nicht miteinander verglichen werden. Interessante Beiträge und Anregungen wurden in Ratgebern oder verschiedenen Interventionsprogrammen gefunden, Forschungen gab es kaum. Es lag kein Modell vor, auf das sich bezogen werden konnte.

Es stellt sich die Frage, ob die Interviews wahrheitsgemäß beantwortet wurden. So könnten Herausforderungen übertrieben dargestellt worden oder anderenfalls mehr erzieherische Kompetenzen benannt worden sein, um die eigenen Fähigkeiten herauszustellen. Die Forschende hat nicht das Gefühl, dass dieser Punkt eintrat. Aufgrund der Covid-19-Pandemie zum Erhebungszeitraum wurden einige Herausforderungen eventuell anders wahrgenommen, da beispielsweise grundsätzlich weniger soziale Kontakte bestanden und kaum Veranstaltungen außerhalb der bekannten Räumlichkeiten stattfanden.

Limitiert war diese Studie auch durch die geringe Fallzahl. Die Ergebnisse der Studie sind aufgrund der Stichprobe empirisch nicht repräsentativ, dennoch sind diese aussagefähig. Es scheint als wäre in einigen Punkten trotzdem eine theo-

retische Sättigung erreicht worden. Weitere Interviews würden den Inhalt bestätigen bzw. eine einvernehmliche Tendenz der Antworten aufzeigen. Dennoch lassen sich in diesem Umfang keine konkreten geschlechts-, alters- und diagnose-spezifischen Unterschiede nennen. In dieser Studie sind auch kaum Differenzen zwischen den Aussagen der Eltern und der Fachpersonen oder auch innerhalb der Geschlechter erkennbar. Gibt es da welche? Auch das wäre ein Thema für eine weitere Forschungsarbeit.

9 Fazit und Ausblick

Viele Kinder mit fetaler Alkoholspektrum-Störung wachsen bei Pflege- und Adoptiveltern auf. Diese stehen angesichts ausgeprägter psychosozialer Auffälligkeiten vor besonderen erzieherischen Herausforderungen, welche sich konstant und kumulativ auf das Familienleben auswirken. Im Gesamtmodell wurden sechs psychosoziale Herausforderungen sowie fünf erzieherische Kompetenzen herausgearbeitet. Aus den subjektiven Erfahrungen der Bezugspersonen lassen sich keine klaren Risiko- und Schutzfaktoren 1:1 zuordnen. Vielmehr werden zu den Auffälligkeiten verschiedene Ansatzpunkte als förderlich im Umgang benannt. Dies verdeutlicht auch, wie divers sich die Auffälligkeiten zeigen. Trotz den benannten Herausforderungen wurden auch einige Stärken wie die Motorik und der liebevolle Charakter der Kinder „Charmeure“ benannt. Erfreulicherweise zeigen sich die neurokognitiven Auffälligkeiten bei der pFAS nicht so auffällig, wie in den Diagnosekriterien beschrieben. Zudem zeigt sich entgegen der Forschungslage, dass alle Kinder in der Gruppe integriert sind und feste Spielkontakte haben. Als weitere neue Erkenntnis ging aus der Studie hervor, dass die emotionale Unterstützung einen großen Einfluss auf die Herausforderungen nimmt. Auch wird aufgedeckt, dass ein interdisziplinärer Austausch funktionieren kann und als Ressource dient. Zudem werden verschiedene Materialien als Hilfsmittel beschrieben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit müssten evaluiert werden, um einen längerfristigen Nutzen davon zu haben.

In einer größer ausgelegten Studie wäre zu hinterfragen:

- Nehmen Väter, im Vergleich zu Müttern, die erforschten Themenfelder anders wahr? Wie sieht ein Geschlechtervergleich aus, auch mit Einbezug der Fachkräfte?
- Zeigen sich bestimmte Erziehungsstile als besonders förderlich?
- Welche geschlechts-, alters- und diagnosespezifischen Unterschiede gibt es?
- Stellt das Aufwachsen auf dem Land oder einer Stadt einen Unterschied in den Herausforderungen sowie Kompetenzen dar?
- In welcher sozialen Schicht wachsen die Kinder auf und welchen Bildungsstand haben die Pflegeeltern?
- Welche Einflussgröße nimmt die Art der Einrichtung auf die zwei Themenfelder?

Fragen über Fragen!

Je mehr das Thema in den Blickwinkel der Öffentlichkeit kommt und an Bedeutung gewinnt, desto mehr werden auch Studien in diesem Zusammenhang geführt. Viele Fragen gilt es noch zu beantworten und es werden sich auch daraus immer wieder neue Fragen ergeben. Es sollten mehr wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt und auf dieser Basis Fachpersonal gezielt geschult werden. Durch alte und neue Therapieansätze können Kinder mit FASD und Eltern/Umfeld dann optimal unterstützt und ein Leben in der Gesellschaft erleichtert werden.

Also es ist wirklich schon eine große Herausforderung. Ja und vor allen Dingen, wenn andere Leute sagen, ja irgendwie ist er ganz nett der Junge oder er hat ja nichts. Ja der ist auch nett (lacht) Ist er ja auch meistens zu 99 Prozent ist er das auch. Aber das eine Prozent kann den Rahmen dann doch ganz schön sprengen. (1 20.12., Pos. 273)

Literaturverzeichnis

- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, S. 137-144. doi:10.1037/1040-3590.5.2.137
- Astley, S. J. (2013). Validation of the fetal alcohol spectrum disorder (FASD) 4-Digit Diagnostic Code. *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 416-467.
- Astley, S. J., Bailey, D., Talbot, C., & Clarren, S. K. (2000). Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through fas diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS. *Alcohol and Alcoholism*, 35(5), 509–519. doi:10.1093/alcalc/35.5.509
- Balcaen, L., Santos, R., Roger, K., & Mignone, J. (März 2021). Families with fetal alcohol spectrum disorders: Exploring adoptive parents' experiences of family well-being. *Adoption & Fostering*, S. 283-299. doi:10.1177/03085-759211050044
- Bertrand, J. (2009). Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): overview of findings for five innovative research projects. *Res Dev Disabil*, 30(5), 986-1006. doi:10.1016/j.ridd.2009.02.003
- Bienioschek, S., Weckler, H., Fegert, J. M., & Kölch, M. (2019). Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) – Überblick zu Folgen, Diagnostik und rechtlichen Aspekten. *RECHTSPSYCHOLOGIE*, 3, S. 330-347. doi:10.5771/2-365-1083-2019-3-330
- Bildungsportal Niedersachsen. (o.D.). *Frühkindliche Bildung*. Von <https://bildungsportal-niedersachsen.de/fruehkindliche-bildung/kindertageseinrichtungen/integrative-bildung> abgerufen
- Bjorkquist, O. A., Fryer, S. L., Reiss, A. L., Mattson, S. N., & Riley, E. P. (2010). Cingulate gyrus morphology in children and adolescents with fetal alcohol

spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 181(2), 101-107.
doi:10.1016/j.psychresns.2009.10.004

Blandow, J. (2004). *Pflegekinder und ihre Familien. Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens*. Juventa.

Bokelmann, H. (1970). Pädagogik: Erziehung, Erziehungswissenschaft. In J. Speck, & G. Wehle, *Handbuch pädagogischer Grundbegriffe* (S. 178–267). München: Kösel.

Brown, J. D., Sigvaldason, N., & Bednar, L. M. (2005). Foster parent perceptions of placement needs for children with a fetal alcohol spectrum disorder. *Children and Youth Services Review*, 27(3), 309–327. doi:10.1016/j.chilyouth.2004.10.008

Bundesregierung, D. D. (März 2017). *Die Fetale Alkoholspektrumstörung, die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis*. Von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf abgerufen

Bünemann, H., Fietzek, M., Holodynski, M., & Feldmann, R. (2019). *FAS-Erste-Hilfe-Koffer: Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten* (Bd. 3). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Döring, N. (2022). Operationalisierung. In N. Döring, *Forschungsmethoden und Evaluation* (S. 223-293). Berlin: Springer. doi:10.1007/978-3-662-64762-2

Döring, N., & Bortz, J. (2016). Datenerhebung. In *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 321-577). Berlin, Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-642-41089-5

Dörrie, N., Föcker, M., Freunscht, I., & Hebebrand, J. (2014). Fetal alcohol spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, S. 863-875. doi: 10.1007/s00787-014-0571-6

- Dresing, T., & Pehl, T. (2020). Transkription. In G. Mey, & K. Mruck, *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 835–854). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-26887-9_56
- Ebel, A. (2011). *Praxisbuch Pflegekind. Informationen und Tipps für Pflegeeltern und Fachkräfte*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH.
- Flick, U. (1995). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In U. Flick, E. v. Kardorff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel, & S. Wolff, *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 147-173). Weinheim: Beltz.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U. (2020). Gütekriterien qualitativer Forschung. In G. Mey, & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 247-263). Wiesbaden: Springer. doi: 10.1007/978-3-658-26887-9_30
- Fuglestad, A., Whitley, M., Carlson, S. M., Boys, C. J., Eckerle, J., Fink, B. A., & Wozniak, J. R. (2014). Executive functioning deficits in preschool children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Child Neuropsychology*, 21(6), 1-16. doi:10.1080/09297049.2014.933792
- Gardner, J. (September 2000). Living with a child with Fetal Alcohol Syndrome. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(5), S. 252-257. doi: 10.1097/00005721-200009000-00007
- Gelo, J., & O'Malley, K. (2003). Family stress in parenting a child or adolescent with FASD. *Iceberg*, 13, S. 1-4.
- Gläser, J., & Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Springer.

- Goldenstein, J., Hunoldt, M., & Walgenbach, P. (2018). *Wissenschaftliche(s) Arbeiten in den Wirtschaftswissenschaften*. Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-20345-0
- Green, C., Roane, J., Hewitt, A., Muhajarine, N., Mushquash, C., Sourander, A., . . . Reynolds, J. (2014). Frequent behavioural challenges in children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: A needs-based assessment reported by caregivers and clinicians. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*.
- Groschwald, A., & Rosenkötter, H. (2015). *Inklusion in der Krippe und Kita*. Freiburg: HERDER.
- Heinrichs, N. (2019). Pflegefamilien. In S. M. Schneider, *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 901–915). Berlin, Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-662-57369-3_49
- Helferich, C. (2011). Interviewplanung und Intervieworganisation. In C. Helferich, *Die Qualität qualitativer Daten* (S. 167-195). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-531-92076-4_6
- Helferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. B. Baur, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 669–686). Wiesbaden: Springer VS. doi:10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hennicke, K., & Hoffmann, K. (2015). *Menschen mit Intelligenzminderung und Fetalem Alkoholsyndrom (FAS). Eine Herausforderung für die Behindertenhilfe [PDF]*. Abgerufen am 20. Februar 2023 von <https://dgsgb.de/downloads/materialien/Band34.pdf>
- Hollmann, H. (2020). FASD. Eine Übersicht. *Frühförderung interdisziplinär*, 4, S. 184-196. doi: 10.2378/fi2020.art20d

- Holtkamp, K. (2015). *Das fetale Alkoholsyndrom: Unterstützungsmöglichkeiten für den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen*. Hamburg: Diplomica.
- Hopf, C. (2016). Hypothesenprüfung und qualitative Sozialforschung. In W. Hopf, & U. Kuckartz (Hrsg.), *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung* (S. 155–166). Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-11482-4_7
- Jaffee, S. (2018). Promises and pitfalls in the development of biomarkers that can promote early intervention in children at risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*(59), 97–98. doi: 10.1111/jcpp.12869
- Jäncke, L. (2021). *Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften*. Göttingen: Hogrefe-Verlag. doi:10.1024/86117-000
- Jones, K. L., Ulleland, C. N., & Smith, D. W. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1267–1271. doi: 10.1016/S0140-6736(73)91291-9
- Kable, J. A., Coles, C. D., & Taddeo, E. (5. Juni 2007). Socio-cognitive habilitation using the math interactive learning experience program for alcohol-affected children. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 31(8), S. 1425-1434. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00431.x
- Kasten, H. (23. Oktober 2013). *Wie viel Struktur, wieviel Freiraum brauchen Kinder, Auf die Balance kommt es an*. Von <http://www.hartmut-kasten.de/images/downloads/wieviel-struktur-brauchen-kinder.pdf> abgerufen
- Kastner-Koller, U., & Deimann, P. (2012). Der Wiener Entwicklungstest, Ein Verfahren zur Erfassung des allgemeinen Entwicklungsstandes bei Kindern von 3 bis 6 Jahren. (3). Göttingen: Hogrefe.

- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *PsychArchives*. doi:10.23668/psycharchives.11726
- Kraus, L., Seitz, N. N., Shield, K. D., Gmel, G., & Rehm, J. (März 2019). Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med*, 59(1). doi:10.1186/s12916-019-1290-0
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt*. Wiesbaden: Springer VS. doi:10.1007/978-3-658-31468-2
- Landgraf, M. N., & Heinen, F. (2016). *Fetale Alkoholspektrumstörungen, S3-Leitlinie zur Diagnostik*. Hannover: Kohlhammer. doi:10.17433/978-3-17-032129-8
- Landgraf, M. N., & Hoff, T. (2019). *Fetale Alkoholspektrumstörungen: Diagnostik, Therapie, Prävention*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. doi:10.17433/978-3-17-024321-7
- Landgraf, M. N., Giese, R. M., Heinen, F., & Pingel, D. (2017). Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnose, neuropsychologische Testung und symptomorientierte Förderung. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*(45), S. 104–117. doi: 10.1024/1422-4917/a000444
- Lemoine, P., Harousseau, H., Borteyru, J. P., & Menuet, J. C. (1. April 2003). Children of Alcoholic Parents: Anomalies observed in 127 cases. *Medicine*(25), S. 132–136. doi:10.1097/00007691-200304000-00002

- Löser, H., & Bierstedt, T. (1998). Schwangerschaft und Alkohol–Risiken der Kinder und mütterliche Konflikte. *Sucht*, S. 42–47.
- Malone, M., & Koren, G. (Januar 2012). Alcohol- induced behavioural problems in fetal alcohol spectrum disorder versus confounding behavioural problems. *The Canadian journal of clinical pharmacology = Journal canadien de pharmacologie clinique*, 1(19), 32-40.
- Markovic, A., Wengenroth, L., Schlüter, J., Kerber, K., Parisi, C., Strieker, S., . . . Landgraf, M. N. (14. November 2022). 9/m mit unklaren Impulsdurchbrüchen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 170(6), S. 533–539. doi:10.1007/s00112-022-01662-x
- May, P. A., Blankenship, J., Marais, A.-S., & Gossage, J. P. (2013). Maternal alcohol consumption producing fetal alcohol spectrum disorders (FASD): Quantity, frequency, and timing of drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), S. 502-512. doi:10.17615/m264-yh31
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. Weinheim Basel: Beltz. doi: 10.1007/978-3-658-37985-8_43
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633–648). Wiesbaden: Springer VS. doi:10.1007/978-3-658-21308-4_42
- McCormack, C., Hutchinson, D., Burns, L., Wilson, J., Elliott, E., & Allsop, S. (2017). Prenatal alcohol consumption between conception and recognition of pregnancy. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 41, 369–378. doi: 10.1111/acer.13305
- McDougall, S., Finlay-Jones, A., Arneya, F., & Gordona, A. (2020). A qualitative examination of the cognitive and behavioural challenges experienced by children with fetal alcohol spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 104(5). doi:10.1016/j.ridd.2020.103683

- Mey, G., & Mruck, K. (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 2: Designs und Verfahren* (Bd. II). (G. Mey, & K. Mruck, Hrsg.) Wiesbaden: Springer. doi:10.1007/978-3-658-26887-9
- Mey, G., & Ruppel, P. (2018). Qualitative Forschung. In O. Decker, *Sozialpsychologie und Sozialtheorie* (S. 205–244). Wiesbaden: Springer VS. doi:10.1007/978-3-531-19564-3_14
- Mitašiková, P., & Vodičková, B. (2022). Education of children with fetal alcohol spectrum . *Proceedings of ADVED 2022- 8th International Conference on Advances in Education*, 127-136. doi: 10.47696/adved.202218
- Möller, J., & Feldmann, R. (2013). Fetales Alkoholsyndrom (FAS). Belastungen von Pflegeeltern und Adoptiveltern mit einem an FAS erkrankten Kind. In R. Feldmann, G. Michalowski, & K. Lepke, *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)* (S. 149-174). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Monson, President T. S. (Januar 2012). *The Church of Jesus Christ of Latter-Day Saints*. Von First Presidency Message: Living the Abundant Life: <https://www.churchofjesuschrist.org/study/liahona/2012/01/living-the-abundant-life?lang=eng> abgerufen
- Morrisette, P. J. (2001). Fetal Alcohol Syndrome: Parental Experiences and the Role of Family Counselors. *The Qualitative Report*, 6(2), S. 1-20. doi:10.46743/2160-3715/2001.2000
- Mukherjee, R., Wray, E., Commers, M., Hollins, S., & Curfs, L. (2013). The impact of raising a child with FASD upon carers: findings from a mixed methodology study in the UK. *Adoption & Fostering*, 43-56. doi: 10.1177/0308575913477331
- Nulman, I., Shulman, T., & Liu, F. (2018). Fetal Alcohol Spectrum Disorder. In J. Slikker, & C. Wang, *Handbook of Developmental Neurotoxicology* (S.

- 427–437). Amsterdam: Elsevier. doi: 10.1016/B978-0-12-809405-1.00038-9
- O'Connor, M. J., Portnoff, L., Lebsack-Coleman, M., & Dipple, K. M. (24. Januar 2019). Suicide risk in adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Birth defects research*, 111(12), 822-828. doi:10.1002/bdr2.1465
- Olson, H. C., Oti, R., Gelo, J., & Beck, S. (2009). "Family matters:" fetal alcohol spectrum disorders and the family. *Developmental disabilities research reviews*, 15(3), 235-249. doi:10.1002/ddrr.65
- Ordenewitz, L., Weinmann, T., Schlüter, J., Moder, J., Jung, J., Kerber, K., . . . Landgraf, M. (2021). Evidence-based interventions for children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders – A systematic review. *European Journal of Padiatric Neurology*, 33, 50-60. doi: 10.1016/j.ejpn.2021.02.001
- Paolozza, A., Rasmussen, C., Pei, J., Hanlon-Dearman, A., Nikkel, S. M., Andrew, G., . . . Reynolds, J. N. (29. Januar 2014). Working memory and visuospatial deficits correlate with oculomotor control in children with fetal alcohol spectrum disorder. *Behav Brain Res*, 263, 70–79. doi:10.1016/j.bbr.2014.01.024
- Petermann, F., & Wiedebusch, S. (2016). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*. Göttingen: Hogrefe. doi: 10.1026/02710-000
- Petrenko, C. L., & Alto, M. E. (Januar 2017). Interventions in fetal alcohol spectrum disorders: An international perspective. *Eur J Med Genet*, 60(1), 79-91. doi:10.1016/j.ejmg.2016.10.005
- Richter, L., Falke, M., Falke, S., Stein, S., & Ferrigno, R. (2015). *Fachzentrum für Pflegekinder mit FASD* . Von <https://fasd-fz-koeln.de/fasd-wissen/paedagogik/paedagogische-haltung> abgerufen

- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Stichprobenverfahren und Stichprobengröße. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm, *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (S. 61-64). Berlin Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-49908-5_5
- Roberts, B. (2015). I know that I'm in my own world; it's OK, they know me here': the challenge of coping with FASD in educational settings. *Adoption & Fostering*, 235-246. doi:10.1177_0308575915595197
- Rothensee, J. (2016). Maxi – unser "FÄSchen". Anschauliche Beispiele aus unserem Zusammenleben mit Maxi – unsere Handhabung von Problemen im Alltag. In G. Michalowski, K. Lepke, & F. D. e.V., *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 161-169). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Sanders, J. L., & Buck, G. (2010). A long journey: Biological and non-biological parents' experiences raising children with FASD. *J Popul Ther Clin Pharmacol*, 17(2), 308-e322.
- Sarcletti, K. (2017). *Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) [PDF]*. Abgerufen am 18. Februar 2023 von https://www.muenchen.info/soz/pub/pdf/566_Pflegeelternrundbrief_2017-I.pdf
- Sarimski, K. (2014). Familiäre Belastungen in Pflege- und Adoptionsfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(8), S. 649-665. doi:10.13109/prkk.2014.63.8.649
- Schindler, G., & Hoff-Emden, H. (2017). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf.
- Siegler, R., Saffran, J. R., Gershoff, E. T., & Eisenberg, N. (2021). Pränatale Entwicklung, Geburt und das Neugeborene. In R. Siegler, J. R. Saffran, E. T.

- Gershoff, & N. Eisenberg, *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (S. 43-85). Berlin, Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-662-62772-3. doi: 10.1007/978-3-662-62772-3
- Spohr, H.-L. (2016). Der 4-Digit Diagnostic Code. In S. H.-L., *Das Fetale Alkoholsyndrom* (S. 24-49). Berlin/Boston: DE GRUYTER. doi: 10.1515/9783110444667-006
- Spohr, H.-L. (2016). Die diagnostischen Besonderheiten in den einzelnen Lebensabschnitten. In H.-L. Spohr, *Das Fetale Alkoholsyndrom, Im Kindes- und Erwachsenenalter* (S. 58-84). Berlin/Boston: DE GRUYTER. doi: 10.1515/9783110444667
- Spohr, H.-L., & Steinhausen, H.-C. (2008). Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 693-698. doi:10.3238/arztebl.2008.0693
- Spohr, H.-L., Willms, J., & Steinhausen, H.-C. (2007). Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Young Adulthood. *The Journal of Pediatrics*, 175-179. doi: 10.1016/j.jpeds.2006.11.044
- Testa, M., Quigley, B. M., & Eiden, R. (2003). The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: A meta-analytical review. *Alcohol and Alcoholism*, 38, S. 295–304. doi: 10.1093/alcalc/agg087
- Thomsen, A., Michalowski, G., Landeck, G., & Lepke, K. (2014). *FASD - Fetale Alkoholspektrumstörungen, Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten?* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Thomsen, A., Michalowski, G., Landeck, G., & Lepke, K. (2021). *FASD - Fetale Alkoholspektrumstörungen - Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten?. Ein Ratgeber.* Idstein: Schulz-Kirchner.
- Vester, F. (1998). *Denken, Lernen, Vergessen: Was geht in unserem Kopf vor, wie lernt das Gehirn, und wann lässt es uns im Stich?* München: dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

- Wadepohl, H., Koglin, U., Vonderlin, E., & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Evaluation eines präventiven Verhaltenstrainings. *Kindheit und Entwicklung*, 20, S. 219–228. doi: 10.1026/0942-5403/a000059
- Wagner, J. C., Tergeist, M. K., & Sappok, K. (26. Oktober 2020). Fetale Alkoholspektrumstörungen bei Erwachsenen. *Der Nervenarzt*(91), S. 1069–1079. doi:10.1007/s00115-020-01015-7
- Wells, A., Chasnoff, I., Schmidt, C., Telford, E., & Schwartz, L. (Dezember 2011). Neurocognitive Habilitation Therapy for Children With Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Adaptation of the Alert Program (R). *The American journal of occupational therapy.: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 66(1), 24-34. doi:10.5014/ajot.2012.002691
- Wiedebusch, S., & Petermann, F. (2011). Förderung sozial-emotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20, S. 209–218. doi: 10.1026/0942-5403/a000058
- Wilde, C.-E. (2014). *Universität Siegen*. Von https://dspace.ub.uni-siegen.de/bitstream/ubsi/942/1/ZPE_Nr_35_Christina_Elisa_Wilde.pdf abgerufen
- World Health Organization. (2019). *ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases*. Abgerufen am 24. Februar 2023 von <https://icd.who.int/>
- Zarnegar, Z., Hambrick, E. P., Perry, B. D., Azen, S. P., & Peterson, C. (2016). Clinical improvements in adopted children with fetal alcohol spectrum disorders through neurodevelopmentally informed clinical intervention: A pilot study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(4), S. 551–567. doi: 10.1177/1359104516636438
- Zobel, M. (2017). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und Chancen*. Göttingen: Hogrefe. doi: 10.1026/02830-000

Anhang

Anhang A: Informationsbogen

Anna Wilming
Hanfeldstraße 1a
49733 Haren
Mobil: 017630119147

Informationsbogen

Liebe Familie XXXX,
Sehr geehrte Frau XXXX,

Mein Name ist Anna Wilming, ich arbeite bereits in der Frühförderung und studiere Psychologie an der MEU Magdeburg. Im Rahmen meiner Masterarbeit setze ich mich mit dem Thema FASD (fetale Alkoholspektrumstörung) auseinander. Der Schwerpunkt meines Vorhabens beschäftigt sich mit den psychosozialen Auffälligkeiten sowie der notwendigen erzieherischen Kompetenzen bei Kindern mit fetalem Alkoholsyndrom. Ziel ist es passende Unterstützungsmaßnahmen zu finden. Somit bin ich auf die Unterstützung der Bezugspersonen von Kindern mit einer FASD-Diagnose angewiesen.

Da ich Ihre subjektiven Erfahrungen gerne in einem Einzelinterview erfragen möchte, wende ich mich an sie. Als Dauer sind 45 – 60 min. eingeplant. Das Interview wird in Absprache mit dem Kindergarten am XXXX um XXXX dort vor Ort stattfinden.

Danke!

Mit freundlichen Grüßen,

Anna Wilming

Anhang B: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Das Interview wird im Rahmen einer Masterarbeit von Anna Wilming (Studierende an der MEU Magdeburg) zum Thema „Qualitative Untersuchung der psychosozialen Auffälligkeiten sowie der notwendigen erzieherischen Kompetenzen bei Kindern mit fetaler Alkoholspektrum-Störung“, durchgeführt.

Hiermit erkläre ich, _____, mich mit der Audiografie des mit mir geführten Interviews einverstanden.

Alle Dateien werden lokal, passwortgeschützt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Das Interview wird transkribiert, anschließend pseudonymisiert und ausgewertet. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um die Anonymisierung zu gewährleisten. Nach Beendigung des Forschungsprojektes werden Ihre Daten automatisch gelöscht.

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview ohne Angabe von Gründen abubrechen und Ihr Einverständnis zur Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zu widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank!

Anhang C: Anamnesebogen

Persönliche Daten	
Beziehung zum Kind	Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Fachkraft Kita <input type="checkbox"/>
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Alter	
Ausbildung/ Berufstätigkeit	
Beschäftigungssituation	Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/>

Familiäre Situation	
Anzahl ihrer Kinder in chronologischer Reihenfolge,	1) ; Jahre m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> 2) m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> 3) m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> 4) m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Beziehung zum Kind (Pflegekind, adoptiert, leiblich)	1) 2) 3) 4)
Anzahl der zu Hause lebenden Kinder	

Information zum Kind mit FASD	
Geschlecht des Kindes	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Alter des Kindes	
Diagnose(n)	
Förderung des Kindes (Art/Dauer) z.B. Heilpädagogischer Kindergarten, ganztags	
seit wann lebt das Kind bei ihnen in der Pflegefamilie	
Wie viele familiäre Wechsel gab es bisher?	
Gibt es einen Kontakt zu den leiblichen Eltern?	

Anhang D: Interviewleitfaden

Vorstellungsphase:

- Bedanken für die Gesprächsbereitschaft/ Kennlernphase
- Formalien erledigen, besprechen (Einwilligung/ Datenschutz, Informations- und Anamnesebogen)

Einstiegsfragen:

- Wie gestaltet sich der Alltag?

FF1: Welche psychosozialen Herausforderungen gibt es?

H1: Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten erschweren Kindern mit FASD den Umgang mit Gleichaltrigen.

Fragestellungen:

- a) Wie sehen die Auffälligkeiten in den emotionalen Kompetenzen aus?
 - Wie zeigt sich ihr Kind in neuen, unbekanntem Situationen?
 - Wie geht ihr Kind mit Gefühlen um?
Kann es sie benennen und Zusammenhänge die dazu geführt haben, beschreiben?
Wie gelingt die Regulation der Emotionen?
 - Wie geht ihr Kind mit herausfordernden Situationen um?
Fragt es aktiv nach Hilfe?
 - Wie zeigt sich ihr Kind bei Misserfolg?
 - Zeigt sich ihr Kind anderen gegenüber empathisch?
 - Benennt ihr Kind die eigenen Bedürfnisse und Wünsche?
Wie gelingt es ihm abzuwarten und eigene Interessen zurückzustellen?
 - Fallen Ihnen im Bereich der emotionalen Kompetenzen Unterschiede zu anderen Kindern auf?

- b) Sehen sie Schwierigkeiten im Umgang mit Anderen (Erwachsenen/Gleichaltrigen/ Geschwistern)?
- Wie geht ihr Kind mit Trennungen um? Beispielsweise morgens im Kindergarten.
 - Tritt es in Kontakt mit anderen Kindern? Wenn ja, wie?
 - Bestehen Freundschaften bzw. feste Spielkontakte?
 - Wie wird mit Spielabsprachen und Kompromissen umgegangen?
 - Kann das Kind sich an Grenzen und Regeln halten?
 - Wie geht das es mit Kritik um?
 - Wie ist der Umgang mit Konflikten?
 - Fallen Ihnen im Bereich der sozialen Kompetenzen Unterschiede zu anderen Kindern auf?
- c) Offene Frage:
- **Pflegeeltern:** Wie wirkt sich das Verhalten des Kindes auf das soziale Umfeld (Nachbarn, Freunde, Verwandte) der Familie aus? Verändern sich soziale Kontakte? (EBI)?
 - **Fachkräfte:** Wie wirkt sich das Verhalten des Kindes auf die Gruppe aus?
 - Gibt es sonst noch Besonderheiten im Umgang?
 - Was kann ihr Kind besonders gut?

FF2: Welche erzieherischen Kompetenzen erfordert der Umgang mit einem Kind mit FASD?

H2: Der Umgang mit einem Kind mit FASD erfordert hohe erzieherische Kompetenzen

Fragestellungen:

- Welche erzieherischen Strategien/ Maßnahmen benötigt das Kind, um in seinem Umfeld besser zurechtzukommen?

a) Struktur

- Wie sieht die Woche aus? Gibt es einen festen Rhythmus?
- Gibt es fest integrierte Bewegungspausen?
- Gibt es Möglichkeiten der zeitlichen und räumlichen Orientierung?
- Wie ist der Umgang mit visuellen Reizen im Gruppenraum/ zu Hause?
- Hat das Kind die Möglichkeit sich zurückzuziehen? Wenn ja, wo?
- Gibt es einen festen Ansprechpartner in der Gruppe/ zu Hause?

b) Materialien

- Werden Visualisierungshilfen angeboten? (Bildkarten, Teilschritte abhaken, Tagesplan)
- Welche zeitlichen Organisationshilfen werden genutzt (Eieruhr, Wecker, Sanduhr)?
- Welche räumlichen Organisationshilfen werden genutzt? (Schlafzimmer nur zum Schlafen, Bildkarten vor den Räumen)
- Welche Materialien werden zur unterstützten Kommunikation eingesetzt? (nonverbale Signale, Bildkarten)

c) Methoden/ Verhalten

- Wie beschreiben sie die Kommunikation? Worauf achten sie? (kurze, klare Sätze, Blickkontakt, mit Namen ansprechen?)
- Wie begleiten sie das Kind beim Umgang mit Emotionen?
- Wie unterstützen sie das Kind in herausfordernden Situationen? (Bestätigung)
- Wie reagieren Sie, wenn das Kind in Konfliktsituationen gerät? (Signal, wenn Kind überfordert ist; prompte-klare-kurze Ansage)
- Was wird benötigt, um Lernschritte zu verinnerlichen?
- Findet ein interdisziplinärer Austausch statt? Wenn ja, mit wem? (Eltern, Therapeuten, FF)

offene Fragen:

- Was sind die wichtigsten Unterschiede zu anderen Kindern, die Ihnen auffallen?
- Wurden sie auf die besonderen Verhaltensmerkmale vorbereitet bzw. geschult? Haben sie Erfahrung im Umgang mit Kindern mit FASD bzw. auffälligem Verhalten?
- Welche Kompetenz hilft ihnen am Meisten mit dem Kind?
- Nehmen Sie weitere Unterstützung an? (Supervision, Fortbildung, therapeutische Angebote fürs Kind)

Abschlussphase:

- Bedanken für die entgegengebrachte Zeit
- Verabschiedung

Anhang E: Proskription

20.12.2022	
1. Pflegevater	<ul style="list-style-type: none"> • Entspannte Körperhaltung • Viel gelacht • Offene Art • Frei erzählt • Gespräch mit Gestik und Mimik unterstützt
2. Pflegemutter	<ul style="list-style-type: none"> • Körperhaltung scheint zu Beginn angespannt, im Verlauf dann aufgeschlossen • Lacht • Erzählt offen
3. Fachkraft	<ul style="list-style-type: none"> • Offen • Antwortet auf Fragen sehr genau und direkt
12.01.2023	
1. Fachkraft	<ul style="list-style-type: none"> • Hat ihre Akte zum Nachlesen mit ins Gespräch genommen. • Handy klingelt in min. 25. Wird ausgeschaltet. Stört den weiteren Verlauf nicht • Schenkt sich nach 30 min. was zu trinken ein
2. Pflegevater	<ul style="list-style-type: none"> • Erzählt offen und zeigt sich entspannt • Min. neun: kurze Unterbrechung durch Dritte, hat das Interview nicht gestört
3. Pflegemutter	<ul style="list-style-type: none"> • Erzählt offen und zeigt sich entspannt
18.01.2023	
1. Pflegemutter	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern kamen 15 min. zu spät zum Interview. Durchführung hat trotzdem gut geklappt. • Sehr offen, viel persönliches und Hintergründe aus dem Alltag erzählt • Trotz leichter Spracheauffälligkeiten (aus den Niederlanden) gut verstanden
2. Pflegevater	<ul style="list-style-type: none"> • S.o.
3. Fachkraft	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr entspannt und flexibel bezüglich der Interviewdurchführung (Familie kam zu spät) • Offen über Erfahrungen berichtet

Anhang F: Kategoriensystem

Herausforderungen

1 Inhibitorische Kontrolle (Exekutivfunktion)		
1.1 Aufmerksamkeit (Fuglestad et al., 2014)	Die Aufmerksamkeit über einen gewissen Zeitraum auf einen bestimmten Punkt lenken und fokussieren. Dazu die unwichtigen äußeren Reize ausblenden.	<i>„Und ja, vielleicht auch so dieses dieses Unruhige. Er kann eigentlich/ Er kann sich gar nicht auf irgendwas fokussieren, weil er immer gucken muss: Was machen die anderen?“ (3 18.01., Pos. 61)</i>
1.2 Selbstregulierung (Malone & Koren, 2012)	Fähigkeit vor einer Reaktion nachzudenken um somit unangemessenes Verhalten unterdrücken und kontrollieren zu können (z.B. Essensituation). Sowie seine Gefühle und Stimmungen eigenständig zu regulieren. Somit werden Impulsivität und Gefahreinschätzung gesteuert. Wahrnehmungen angemessen einschätzen (Schmerzempfinden).	<i>„Ja, weil er immer darüber ist. (...) über mit mit lachen, immer da über mit weinen, immer da über mit äh böse, immer da über mit froh. Es ist immer über, über, über, ohne Grenzen. [Person] ist wirklich unser Achterbahn in der Familie, das immer so: "Woool!".“ (lacht) (1 18.01. Pos. 173)</i>
1.3 Soziale Probleme (Spohr, 2016)	Eine angemessene Kontaktaufnahme und soziales Miteinander/ gemeinsames Spiel. Dazu	<i>„Dann nimmt er sich entweder was zu spielen oder guckt halt: Wem kann ich eben die Spielsachen wegnehmen? Der macht das gar nicht böseartig oder sowas, er braucht</i>

		gehören Absprachen, auf Kompromisse einzugehen und mit Kritik umzugehen. Die Fähigkeit Lösungen zu finden. Es werden die Gefühle des anderen Verstanden und darauf eingegangen (Empathie).	<i>einfach nur wirklich sofort die Aufmerksamkeit. So, ich bin da und jetzt kümmert euch alle um mich.“ (3 18.01., Pos. 9)</i>
2	Arbeitsgedächtnis (Exekutivfunktionen) (Paolozza et al., 2014; Fuglestad et al., 2014)	Speicherung und Verarbeitung von Informationen, sowie das Wissen auf andere Situationen beziehen und vorrauschauend planen.	<i>„Ein ein gutes Beispiel davon ist, äh wann wir in Urlaub sind. (hustet) (.) Oder wann wir/ wann er Fer/ wann Ferien da ist. [Person] denkt, wann Ferien ist, gehe ich auch in Urlaub. Und wann er lange dann zwei Tage, so wie am Wochenende, zuhause ist, dann sagt er: "Ferien?" Oder: "Ge/ Gehen wir in Urlaub? Tasche packen?" "Nein, [Person], jetzt ist es nur wegen einem Plantag, einen freien Tag, lange Wochenende." Ja. "Urlaub?" Das versteht er nicht.“ (1 18.01., Pos. 11)</i>
3	Geistige Flexibilität (Exekutivfunktionen) (Fuglestad et al., 2014)	Die Fähigkeit zwischen Aufgaben/ Strukturen wechseln- und sich auf neue Situationen oder Anforderungen einstellen zu können.	<i>„(..) erste Mal geschafft (..), macht er das total gut. Dann ist das gar kein Problem. Aber das erste Mal ist immer schwierig.“ (3 20.12., Pos. 43)</i>

4	Sprache (Zobel, 2017)	Unter die Sprachentwicklung fällt neben dem Wortschatz, die Satzbildung, die Grammatik, die Aussprache und das Sprachverständnis.	<i>„Wenn es natürlich dann wirklich einmal ahm, in ein Gespräch reingeht, dann ist er raus dann halt, nicht, das kann er dann nicht mehr halt, na.“ (2 20.12., Pos. 93)</i>
X	Auswirkungen auf das Umfeld (Rothensee, 2016)	Der Alltag wird an Kind mit FASD angepasst.	<i>„Ähm, aber sonst, er achtet wirklich darauf, dass alle immer dabei sind. Das ist das Positive. Das Negative ist, dass es schnell unruhig ist. Wir haben auch andere Kinder, die ähm, grade eben sozial, emotional oder au/ und/ oder in der Konzentration Schwierigkeiten haben. Und wenn ein [Person] dann da herrennt und, hüüt (singend), dann ist es schwierig für die anderen Kinder. Dann merkt man, dann wird es unruhiger.“ (3 20.12., Pos. 267, 269, 271)</i>

Erzieherische Kompetenzen

A	„Gelassenheit“ als innere Einstellung (induktiv)	Gelassenheit meint die innere Einstellung bzw. Fähigkeit in herausfordernden Situationen die Fassung zu bewahren.	<i>„Eigentlich Ruhe und Geduld bei [Person], das ist das Wichtigste überhaupt.“ (3 18.01., Pos 161)</i>
B	Struktur Bünemann et al. (2019), Green et al. (2014) und Brown, et al. (2005)	meint: Regelmäßigkeit (der täglichen Abläufe), Routinen (sich wiederholende Erfahrungen), Rituale (Bewegungs- und Ruhephasen, beim Essen, vorm Schlafen), Kontinuität (Überstimulierung vermeiden, in den Alltagserfahrungen)	<i>„Struktur. Regelmäßigkeit, Struktur, eindeutige Regeln, eindeutige Abläufe.“ (1 12.01., Pos. 173)</i>
C	Aktion/ Handeln (Bünemann et al., 2019)	Tätigkeiten, die ein Mensch absichtlich unternimmt.	<i>„...ja wenn er Blödsinn macht oder so, dann entweder muss die Strafen sofort auf dem Punkt erfolgen oder sonst ist das halt/ dann ist weg. Da wir sagen, jeden Morgen sagst du, das und das nicht, das weiß er Tage später nicht mehr. Weil das ist dann immer schwierig.“ (1 20.12., Pos. 25)</i>

D	Kommunikation (Sarceletti, 2017; Bünemann et al., 2019)	Der Austausch oder die Übertragung von Informationen auf verschiedene Art und Weise.	„Ähm (räuspert sich), was am besten klappt bei [Person], ist kurz, deutlich und eigentlich eben aus die Situation holen und eins zu eins so dann eine Frage stellen.“ (1 18.01., Pos. 149)
E	Emotionale Unterstützung (Spohr, 2016)	Emotionale Unterstützung meint z.B. Trost, Mitleid, Wärme, Anerkennung und Zuspruch durch soziale Kontakte zu bekommen. Es bedeutet auch Fürsorge, Empathie und aktives Zuhören.	„Ähm dass man ihr viel Liebe gibt und Zuneigung und sie immer wieder unterstützt. Egal in ihrem Handeln, was sie tut, was sie nicht tut oder Sonstiges. Also, ne, sie braucht da, ja, viel Unterstützung von uns, und die bekommt sie auch.“ (3 12.01., Pos. 249)
F	Ressourcen (Spohr, 2016)	Soziale Unterstützung: Ist eine Ressource, die durch die Beziehung zu anderen Menschen, die Bedürfnisse und/ oder den Hilfebedarf befriedigt Professionelle Unterstützung: eine Art von Hilfe, die von Fachleuten, mit speziellen Kenntnissen/ Fähigkeiten, angeboten wird. Eigeninitiative: Maßnahmen, um die Situation zu verbessern.	„Ja also wir haben Kontakt zu zwei, drei Pflegeeltern noch, oh zu einer Pflegefamilie einen sehr guten, freundschaftlichen Kontakt und die andere, (Name) die ist ja auch hier, zu der Familie haben wir auch Kontakt. Die wohnt im Nachbardorf und wir treffen uns auch eigentlich regelmäßig. Ahm, dieser Austausch ist, (...) ja man versteht sich quasi, weil du unter Gleichen bist, das kannst du mit anderen Leuten nicht, die verstehen das einfach nicht.“ (1 20.12., Pos. 251)

			„Ähm dann habe ich mich selbst geschult. Das heißt, ich habe viel Literatur dazu gelesen und ähm, ja, Fortbildungen auch mal dazu besucht, ne, dass ich einfach auch ein bisschen besser darüber Bescheid weiß, wie, ja, wie funktioniert [Person] Gehirn, ne?“ (1 12.01., Pos. 187)
G	Material (induktiv)		
G.1	- visuell (Roberts, 2015)	Das Auge beobachtet.	„Ja Bildsachen versteht er viele Male besser.“ (2 18.01., Pos. 225)
G.2	- auditiv (induktiv)	Meint Hören und Sprechen.	„Oder draußen ist meistens das Zeichen, dass wir klatschen. Klatschen ist das Zeichen: Aufräumen und wir gehen rein.“ (1 12.01., Pos. 123)
G.3	- kinästhetisch (Roberts, 2015)	Meint die Wahrnehmung von Bewegungen und Körperempfinden.	„Und eine feste Decke, wo wir ihn zwischendurch einrollen.“ (3 20.12., Pos. 409)
G.4	- medial (induktiv)	Digitale Medien dienen als Lernmaterial, zur Interaktion aber auch zum Entspannen. Sie zeigen Überschneidungen mit visuellem und auditiven.	„Das klappt recht gut übers Tablet. Und sonst gebärdet er.“ (3 20.12. Pos. 417)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich (Anna Wilming, Matrikel-Nummer: 140251314), dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Haren, 25.06.2023

Ort, Datum

A. Wilming

Unterschrift