

## Wissen und Kompetenzen von Lehrkräften an Förderzentren im Hinblick auf das Fetale Alkoholsyndrom (FAS)

eine empirische Untersuchung an den Förderzentren in Schleswig-Holstein

von Martina Minke

Die Problematik des **Fetalen Alkoholsyndroms (FAS)** findet in der pädagogischen Theorie und Praxis bisher nur dürftig Beachtung. Die nachhaltige toxische Schädigung von Kindern und speziell des ZNS (Zentrales Nervensystem) durch den Alkoholkonsum der Mütter in der Schwangerschaft ist jedoch mittlerweile unbestritten, ein Thema, das sogar öffentlich und politisch diskutiert wird. So plant die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing (SPD), eine Aufklärungskampagne, um ein besseres Bewusstsein zu schaffen. „*Wir wollen schwangere Frauen und die Gesellschaft allgemein stärker sensibilisieren. Unsere Botschaft lautet: Kein Alkohol während der Schwangerschaft*“ (Noll 2008). Das hat gute Gründe: Einer Studie der Berliner Charité zu Folge gaben 58% der befragten schwangeren Frauen an, während der Schwangerschaft mindestens gelegentlich Alkohol zu trinken (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2008).

Seit 1999 initiieren Selbsthilfevereine weltweit einen FAS Tag, der jedes Jahr am 9. September auf die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft hinweist und zeigt, dass es aber auch bereits viele nicht nur mäßig, sondern sogar schwer betroffene Kinder mit Behinderungen gibt. Glaubt man der Presseerklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, so werden in Deutschland jedes Jahr 10.000 alkoholgeschädigte Kinder (FASD) geboren, davon 4000 mit dem Vollbild des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2008). Erste Untersuchungen im deutschsprachigen Raum weisen darauf hin, dass die betroffenen Kinder mit FAS(D) überdurchschnittlich oft in Schulen mit sonderpädagogischem Auftrag wie Förderzentren mit dem Schwerpunkt ‚Lernen‘ oder ‚geistige Entwicklung‘ beschult

werden und mit erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen und Entwicklungsrisiken leben müssen (vgl. Löser 1995, Spohr 2006 u.a.).

Mütter, die ihre Kinder in Folge einer Alkoholkrankheit schon in der Schwangerschaft schädigen, sind oftmals auch nicht in der Lage, Kinder zu erziehen. Viele Kinder mit FAS(D) kommen in Folge früh in ein Heim oder zu Pflegeeltern, bevor sie schulpflichtig werden. Schilderungen von Adoptiv- und Pflegeeltern ist zu entnehmen, dass segmentierte Schullaufbahnen üblich sind, geprägt von Umschulungen und Abbrüchen und gekennzeichnet von pädagogischer Hilflosigkeit. Eine Untersuchung über heute Erwachsene mit FAS, die an der Universität Münster durchgeführt wurde, zeigt, dass bei 61 der untersuchten Patienten der schulische und berufliche Werdegang durch häufige Wechsel, Veränderungen im sozialen Umfeld und von Niederlagen gekennzeichnet war (vgl. Freunscht 2007, S.83), und bestätigt die mitgeteilten Erfahrungen.

Primärprävention (Verzicht von Alkohol während der Schwangerschaft) und Sekundär- und Tertiärprävention (bspw. der möglichst frühen Trennung bereits geschädigter Kinder von erziehungsunfähigen Eltern) kommt allergrößte Bedeutung bei der Vermeidung und Linderung des FAS(D) zu. In dieser Arbeit geht es wesentlich darum, das spezielle Wissen der Fachkräfte an Schulen zu ermitteln im Hinblick auf Kinder, die bereits geschädigt sind. Die Fördersituation zu diskutieren und den Informationsbedarf zu ermitteln schließt sich an.

## **Eine Umfrage an Förderzentren in Schleswig-Holstein**

### **Motivation und Fragestellung**

Fachkräfte aus angrenzenden Disziplinen beklagen häufig, dass der Bekanntheitsgrad des FAS(D) u.a. bei Lehrkräften an Förderzentren zu gering ist und die spezifischen Lern- und Verhaltensauffälligkeiten der Schüler mit FAS(D) selten erkannt oder hinreichend beachtet werden. Somit wäre eine spezielle Förderung von betroffenen Schülern nicht gewährleistet. Um herauszufinden, wie der Kenntnisstand bei Lehrkräften an Förderzentren mit dem Schwerpunkt „Lernen“ und „geistige Entwicklung“ ist, habe ich eine schriftliche Befragung durchgeführt. Mit der Befragung der Lehrkräfte soll

herausgefunden werden, welches Wissen bei Lehrkräften vorhanden ist, welcher spezielle Informationsbedarf besteht und ob dies Einfluss auf die schulische Förderung hat.

### **Planung der Befragung**

Als Methode der Datenerhebung habe ich die schriftliche, postalische Befragung gewählt. Einer der Gründe für dieses Vorgehen war, möglichst viele Förderzentren in Schleswig-Holstein in die Erhebung mit einbeziehen zu können. Ein weiterer Grund für die schriftliche Befragung war, dass ich mir durch die Anonymität einen offeneren Einblick in die Thematik Fetales Alkoholsyndrom (FAS) und Schule erhoffte. Die Thematik rund um den Alkoholmissbrauch ist in der Öffentlichkeit und bei Fachkräften noch immer ein tabuisierter Bereich (vgl. Spohr, 2008). Zeit- und Kostengründe hatten ebenfalls Einfluss auf die Entscheidung.

Die in der Fachliteratur benannten Probleme, die bei einer postalischen Befragung auftreten können, wurden bedacht und entsprechende Vorkehrungen getroffen. Diekmann (2008, S.514f.) benennt, dass bei Verständnisproblemen keine Hilfe durch den Interviewer erfolgen kann. Deshalb wurde im Fragebogen eine Telefonnummer sowie eine Email-Adresse für Rückfragen angegeben. Drei Schulen hatten davon Gebrauch gemacht. Als weiteres Problem wird von Diekmann die Gestaltung des Fragebogens genannt (2008, S. 514f.). Ein Fragebogen soll einfach gestaltet und selbsterklärend sein. So ist die endgültige Fassung des Fragebogens auf einen Prozess zurückzuführen, der Anregungen, Tipps und Rückmeldungen von außenstehenden Personen mit einbezieht. Im Sinne eines Pretest habe ich den Fragebogen vier Kommilitoninnen und einigen Fachkräfte vorgelegt und deren Anregungen eingearbeitet.

### *Inhalt und Aufbau des Fragebogens*

Der Fragebogen besteht aus einem Deckblatt mit Titel und Foto, einem Einleitungstext und dem Fragenkomplex, untergliedert in die Abschnitte A-E. Der Einleitungstext gibt Hinweise zum Anliegen der Befragung und enthält die Kontaktdaten für Rückfragen. Der Fragenkomplex umfasst fünf Seiten mit insgesamt neunzehn Fragen. Die Fragen verteilen sich auf folgende Bereiche:

A – Allgemeines zum FAS

B – Fragen zum Vorkommen von FAS an der eigenen Schule

C – Schülerinnen und Schüler mit ‚Fetalem Alkoholsyndrom (FAS)‘

D – Formale Fragen zu FAS und

E – Angaben zur Person

Im Fragekomplex sind geschlossene, halboffene und offene Fragen enthalten.

Geschlossene Fragen zeichnen sich durch eine begrenzte und definierte Anzahl möglicher Antwortkategorien aus. Die befragte Person muss ihre Antwort darin ‚einpassen‘. Hierbei gibt es Fragen mit nur einer zulässigen Antwort, sogenannte Einfachnennungen und Fragen mit mehr als einer zulässigen Antwort, sogenannte Mehrfachnennungen. Bei den offenen Fragen gibt es keine Antwortkategorien. Von der befragten Person wird die Antwort dann in ihren eigenen Worten verlangt.

Die halboffenen Fragen sind eher geschlossene Fragen, denen aber zusätzlich noch eine Kategorie beigelegt wird, die wie eine offene Frage beantwortet werden kann. Der wesentliche Grund für das Verwenden von halboffenen Fragen liegt in der Erhaltung der Motivation der befragten Person. Kann sich die befragte Person nicht in die vorgegebenen Kategorien einordnen, wirkt sich dies leicht negativ auf die Bereitschaft zur Mitarbeit aus (vgl. Porst, 2008, S.51).

Für Skalierungsfragen wurden Antwortmöglichkeiten auf einer Sechskerskala vorgegeben, mit der Werteverteilung (-3) bis (+3). Die Antwortkategorien sind »nein gar nicht«, »nein«, »eher nein als ja«, »eher ja als nein«, »ja« und »ja sehr« und wurden ggf. der Fragestellung mit marginalen Änderungen in der Wortwahl angepasst.

Für den Abschnitt A – Allgemeines zum FAS – waren die Hinweise von Porst (2008, S.135f.) zur Gestaltung der Einstiegsfrage nützlich. Als Regel für die Einstiegsfragen, die die Befragten „aufwärmen“ sollen, sogenannte „Aufwärm-Fragen“, benennt er folgendes: Eine Einstiegsfrage sollte spannend, inhaltlich und themenbezogen sein, sowie die

befragte Person persönlich betreffen und von allen zu beantworten sein (vgl. Porst, 2008, S. 135-142).

Für den weiteren Aufbau des Fragebogens wurde im Sinne der Dramaturgie des Fragebogens, wie Porst es nennt, die Unterteilung in die einzelnen Fragebogenabschnitte überlegt, die für die befragte Person durch Überschriften gekennzeichnet sind. Nach dem Einstieg folgt der Fokus auf den persönlichen Arbeitsbereich und die eigene Schule. Hier sollen die Befragten berichten, ob sie Kenntnisse über das Vorkommen von Schülern mit dem FAS an der eigenen Schule haben und darüber hinaus, ob sie Kenntnis bzw. Vermutungen darüber haben, ob in den Klassen, in denen sie unterrichten, betroffene Schüler sind. Bei beiden Fragen geht es um eine quantitative Einschätzung des Vorkommens. Die dritte Frage in diesem Abschnitt zielt darauf, vom Befragten zu erfahren, ob ein Schüler mit diagnostiziertem FAS bekannt ist.

Der Fragenkomplex C – Schülerinnen und Schüler mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) – besteht aus vier Fragen. Die erste Frage im Abschnitt C ist eine offene Frage, bei der die Befragten einen Schüler mit FAS mit seinen typischen Verhaltensweisen und Lernbesonderheiten beschreiben sollen. Die Frage C2 wird nur von den Befragten ausgefüllt, die einen Schüler beschrieben haben und ist eine direkte Frage dazu, ob der beschriebene Schüler eine spezielle schulische Förderung erhält und welche. Mit C3 wird mit einer Skalierungsfrage der geschätzte Erfolg der speziellen schulischen Förderung erfragt. Mit C4 sollen Entwicklungsfortschritte, der Zeitraum und die Art der speziellen Förderung beschrieben werden.

Der Fragenkomplex D – Formale Fragen zu FAS – besteht aus sechs Fragen. Die Frage D1 ist eine Skalierungsfrage danach, ob in der Ausbildung die Thematik FAS behandelt wurde. D2, eine weitere Skalierungsfrage, erfragt, ob die Lehrkraft sich nach der Ausbildung mit dem Thema FAS beschäftigt hat. D3 und D4 sind halbgeschlossene Fragen mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Hier sollen genutzte und bevorzugte Quellen zur Wissenserweiterung über das FAS genannt werden. Eine Selbsteinschätzung des Wissensstandes über das Syndrom wird mit der Skalierungsfrage D5 verlangt. Um

Vorschläge und weitere Anmerkungen hinsichtlich der Thematik zu berücksichtigen, besteht die Möglichkeit unter D6 – Weitere Kommentare – Anregungen zu geben.

Der Fragenkomplex E – Angaben zur Person – besteht aus allgemeinen Fragen zu Geschlecht und Alter der befragten Lehrkräfte, sowie Angaben zur Schule und Anzahl der dort vorhandenen Schüler.

### **Durchführung der Befragung**

Für die Befragung wurden 108 Förderzentren mit dem Schwerpunkt „Lernen“ und „geistige Entwicklung“ in Schleswig-Holstein angeschrieben. Der Grund, weshalb Förderzentren mit den genannten Schwerpunkten ausgewählt wurden ist die in der Fachliteratur zu FAS(D) genannte Hypothese, **dass Schüler mit FASD in hohem Maße in diesen Schultypen vorzufinden sind.**

Die Kontaktadressen der Schulen, sowie die Namen der Schulleiter, die für das Anschreiben verwendet wurden, konnten über die Internetseite der Landesregierung Schleswig-Holstein ermittelt werden.

(<http://schulportraits.schleswig-holstein.de/portal/startseite/> abgerufen am 26.11.2008)

Anfang Dezember 2008 wurden jeweils zwei Fragebögen an 27 Förderzentren mit dem Schwerpunkt „geistige Entwicklung“ und an 81 Förderzentren mit dem Schwerpunkt „Lernen“ verschickt. Die Schulen wurden um Rücksendung der Fragebögen bis zum Jahresende gebeten. Bis zum 23.01.2009 wurden von 49 Schulen insgesamt 81 auswertbare Fragebögen zurückgesandt. Neun Schulen sagten die Teilnahme an der Befragung schriftlich oder telefonisch ab, u.a. wegen fehlender Ressourcen (s.a. nächstes Kapitel).

### **Darstellung der Ergebnisse aus der Lehrerbefragung**

Von den 108 angeschriebenen Förderzentren hatten 49 Schulen auswertbare Fragebögen zurück geschickt. Von 32 Schulen wurden sogar zwei Fragebögen – jeweils von verschiedenen Lehrkräften unabhängig voneinander bearbeitet – zur Auswertung zur

Verfügung gestellt. Der Rücklauf beträgt somit 45% und ist erfreulich hoch. Auch die Anzahl ist ausreichend, um einfachere statistische Auswertungen durchzuführen, wengleich repräsentative Verallgemeinerungen nicht möglich und aufgrund der kleinen Stichprobe Signifikanzen eher nicht zu erwarten sind.

Kamen zwei Fragebögen aus einer Schule zurück, wurden diese gesondert ausgewertet. Insgesamt konnten 81 Fragebögen ausgewertet werden. Neun Schulen hatten ihre Nichtteilnahme begründet, entweder damit, keine Kinder mit dem Syndrom an der Schule zu haben oder über keine Lehrkräfte zu verfügen, die sich mit dem Syndrom auskennen.

### *Allgemeines zum FAS*

*A-1. Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie Fetales Alkoholsyndrom hören?*

*(gern in Stichworten)*

Die Frage danach, was den Interviewten spontan zum Thema „*Fetales Alkoholsyndrom*“ einfällt, wurde insgesamt 80 mal beantwortet. Kamen aus einer Schule zwei Fragebögen zurück, wurde geprüft, ob identische Antworten vorlagen, was in keinem der Fälle gegeben war. Es gab viele Mehrfachnennungen, insgesamt wurden 281 verschiedene Aussagen getroffen. Sinngemäße Aussagen wie „Entzugserscheinungen nach der Geburt“, „Entzug nach der Geburt“ oder „kleiner Wuchs“, „Minderwuchs“ wurden in einer Kategorie zusammengefasst.

Die Übersicht zeigt die häufigsten Nennungen unterlegt:

Minderwuchs & Untergewicht	28	35,0%
Schädigung durch Alkohol im Mutterleib	24	30,0%
Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	22	27,5%
Gesichtsveränderungen	21	26,6%
geringere Intelligenz	15	18,6%
Konzentrationsschwächen	15	18,6%
Verhaltensauffälligkeiten	14	17,5%
Entwicklungsrückstände	13	16,3%
körperliche Merkmale/ Körperliche Schädigung	11	13,6%
Hyperaktivität, Unruhe, Überaktivität	10	12,5%
Kinder haben einen Entzug nach der Geburt gemacht	9	11,3%
Organschäden (Herzfehler u.a.)	7	

Alkoholembryopathie	6	
Geistige Behinderung	6	
Lernbehinderung	6	
Suchtgefährdung	6	
Schädigung des Fötus bzw. des Embryo	5	
Hirnschädigung	5	
geringe Merkfähigkeit	4	
Wahrnehmungsstörungen	4	
sekundäre Schäden (schlechte Ernährung, soz. Umstände)	3	
verschiedene Ausprägungen FAS/FAE	2	
Diagnose erschwert	2	
Blasse Haut	2	
Trägheit	2	
fehlende Ausdauer	2	
Aufmerksamkeitsstörungen	2	
problematische Familienverhältnisse	2	
Mutter Alkoholikerin	2	
ehemalige Schüler	2	
Komplikationen bei der Geburt	1	
nicht genetisch bedingt	1	
fehlendes Unterfettgewebe	1	
vielfältige Schädigungen	1	
Probleme bei der Handlungsplanung	1	
ADHS	1	
Distanzlosigkeit	1	
gestörte Eigenwahrnehmung	1	
Gutgläubigkeit	1	
impulsiv	1	
motorische Störungen	1	
lebenslange Schädigung	1	
100% vermeidbare Behinderung!	1	
normale Intelligenz möglich	1	
Benachteiligung durch erschwertes Lernen	1	
kein selbstständiges Leben möglich	1	
Leben mit Alkohol & Zigarettenrauch	1	
„Danke, Mama!“	1	
brutalste Form geistiger Behinderung, grob fahrlässig	1	
schwierige Elternarbeit	1	
Wenig bekannt im öffentlichen Bewusstsein	1	
mehr Infos wären nötig	1	
Besondere Lernumgebung	1	
viele Kinder von uns	1	
noch nie gehört	1	
Nichts	1	
Wenig/kein Wissen	1	



Alkohol während d. Schwangerschaft generell schädlich!	1	
Prost!	1	

**Tabelle 3:** Was fällt Ihnen spontan ein, wenn Sie Fetales Alkoholsyndrom hören?

Interpretation der Daten: Auffällig ist, dass ohne Vorgaben eine hohe Anzahl von Vielfachnennungen vorkamen, die mit den tatsächlichen in der Fachliteratur beschriebenen Merkmalen und Eigenschaften bei FAS(D) übereinstimmen. Von den 281 Nennungen insgesamt waren nur ganz wenige, die nicht unmittelbar mit der eigentlichen Problematik assoziiert werden können, so dass hier angenommen werden kann, dass Vorwissen und Kenntnisse vorhanden sind.

*A-2. Schätzen Sie, wie viele von 10.000 in Deutschland geborenen Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS) zur Welt kommen?*

Die Frage nach der Prävalenz ist eine, die in der Fachliteratur mit 40-60 pro 10.000 (0,4% – 0,6%) recht zuverlässig beantwortet ist (s. Kap. 2.5). Die Einschätzungen der Fachkräfte betragen im arithmetischen Mittel 407 je 10.000 (ca. 4%) und liegen damit um ein Vielfaches und weit über dem in der Fachliteratur beschriebenen Wert. Die Streuung lag zwischen 4 – 4000.

Häufigkeit der Nennung	Geschätzter Wert
2	4000
1	3000
2	2500
2	2000
4	1000
7	500
3	300
4	250
3	200
16	100
1	60
9	50
5	30
4	25
3	20

5	10
3	15
2	5
1	4

**Tabelle 4:** Schätzung der Prävalenz

Interpretation der Daten: Insbesondere die hohen Schätzungen von über 1000 (11 Nennungen) lassen vermuten, dass das Problem FAS in Relation häufiger gesehen wird, als es tatsächlich vorhanden ist, u.U. deshalb, weil an den eigenen Schulen überdurchschnittlich viele Kinder mit FAS vorkommen (s.a. B1 im nächsten Kapitel).

*Fragen zum Vorkommen von FAS an der eigenen Schule*

*B-1. Gibt es an Ihrer Schule Schülerinnen und Schüler, von denen bekannt ist, dass die Mutter während der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol getrunken hat?*

Zur Frage danach, ob es an den Schulen Kinder mit bekanntem FAS gibt, wurden die Zweitinterviews gesondert und als Kontrollbogen ausgewertet. Von 49 Schulen liegen folgende Antworten vor:

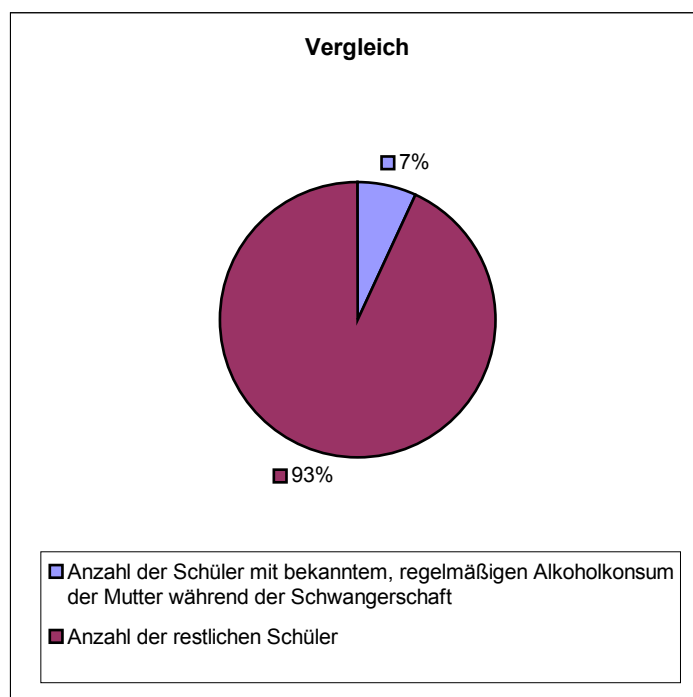
n=49 (befragte Schulen)	Ja	Nein	ohne Angaben
Anzahl der Schulen mit Schülern mit bekanntem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft	36 (73,5 %)	8 (16,3 %)	5 (10,2 %)

**Tabelle 5:** Vorkommen von FAS an der eigenen Schule

Von den 49 befragten Lehrkräften gaben 73,5% (Anzahl 36) an, Schüler an der Schule zu haben, bei denen ein regelmäßiger Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft bekannt ist. Acht Lehrkräfte verneinten die Frage und fünf der Befragten machten keine Angaben. Der Anteil der Schüler mit bekanntem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft wurde von 35 Lehrkräften auf insgesamt 271 Schüler geschätzt. Eine Lehrkraft hatte die Frage bejaht, jedoch keine Anzahl genannt.

Bei Durchsicht der Kontrollbögen (n=32), also bei gesonderter Berechnung der Schätzungen durch eine zweite Lehrkraft an der gleichen Schule, ergab sich im Mittel keine nennenswerte Abweichung im Vergleich zu den ersten Resultaten. Es gab 62% Ja-Stimmen, also etwas weniger und mit 154 bekannten Kindern fällt auch der Absolutwert nur unwesentlich geringer aus. Insgesamt ist dies unerheblich, wenn man bedenkt, dass mit ca. 7% in beiden Stichproben der tatsächliche Anteil von Schülern den Wert der Kinder mit FAS(D) in der Normalbevölkerung um ein zehnfaches übersteigen würde.

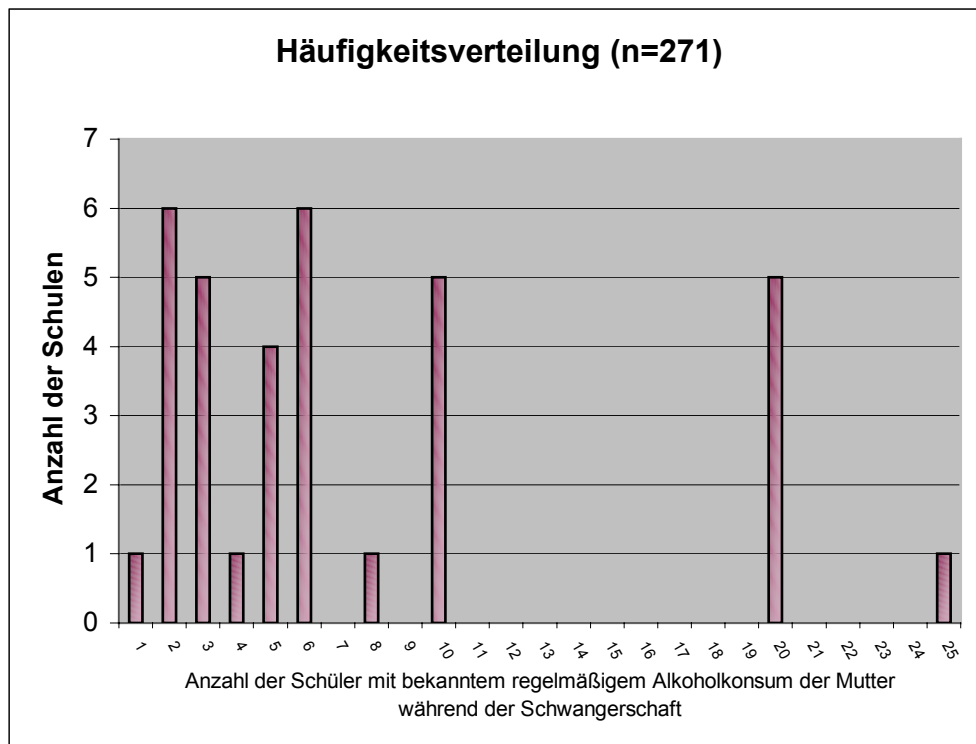
Setzt man nämlich die Anzahl der Schüler mit bekanntem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft in das Verhältnis zur Gesamtzahl der Schüler an den befragten Förderzentren (n=3653), so überrascht der sehr hohe Anteil von etwa 7%.



Grafik 2: Anteil der Schüler mit FAS

Bei differenzierter Betrachtung der einzelnen Schulen zeigt sich in der Häufigkeitsverteilung, dass die meisten Schulen im Bereich zwischen 1 bis 10 vermuteter betroffener Schüler rangieren.

Der hohe Wert von 25 lässt sich dadurch erklären, dass es sich dort um eine spezielle Schule mit hohem Aufkommen an Heimkindern handelte (im Kontrollbogen wurde sogar der Wert 50 benannt), und eine mögliche Spezialisierung bestimmter Schulen für hohe Werte verantwortlich sein könnte.



Grafik 3: Häufigkeitsverteilung

Interpretation der Daten: Obwohl die Daten wegen Mängel in der Diagnostik keinen objektiven Vergleich erlauben, so kann doch wegen der vielen Nennungen davon ausgegangen werden, dass Schüler mit FAS(D) häufiger Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ und ‚geistige Entwicklung‘ besuchen, als andere Schulen. Das Ergebnis bestätigt die Untersuchungen hierzu von Löser 1995 u. Spohr 1997.

*B-2. Gibt es in den Klassen, in denen Sie unterrichten Schülerinnen und Schüler, die in Folge des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft Beeinträchtigungen im Lernen und/oder Verhalten zeigen, bzw. wo Sie dies vermuten?*

Insgesamt gaben von 81 befragten Lehrkräften 58 (=72%) an, Schüler zu unterrichten, bei denen sie vermuten, dass in Folge des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft Beeinträchtigungen im Lernen und/oder Verhalten vorliegen.

	Ja	Nein	ohne Angaben	Anzahl der Schüler
A-Fragebögen (49)	37	13	-	113
B-Fragebögen (32)	21	10	1	122
Insgesamt (81)	58	23	1	235

**Tabelle 6:** Vorkommen von Schülern mit (vermutetem) FASD in den unterrichteten Klassen

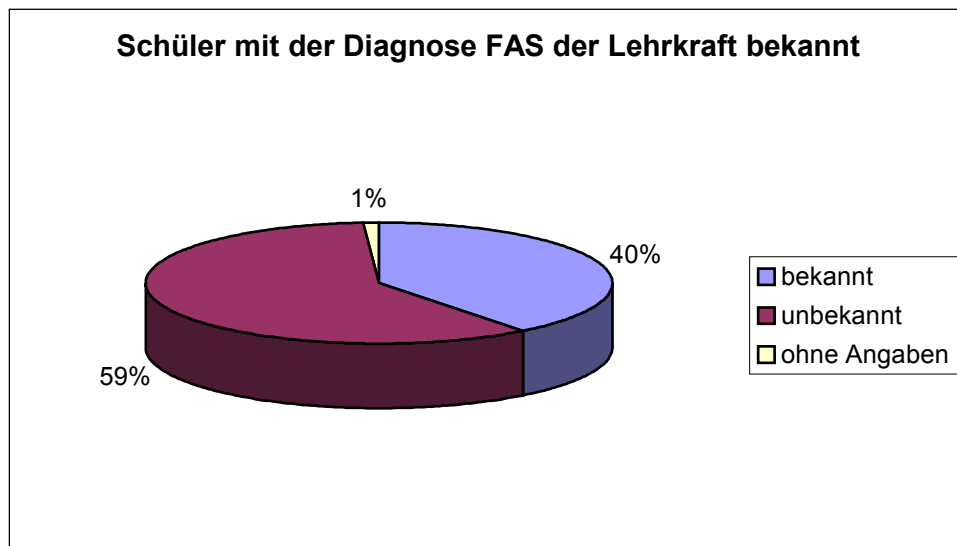
*B-3. Sind Ihnen Schülerinnen und Schüler bekannt, bei denen ein ‚Fetales Alkoholsyndrom (FAS)‘ diagnostiziert wurde?*

	Ja	Nein	ohne Angaben	Anzahl der Schüler
A-Fragebögen (49)	21	28	-	51
B-Fragebögen (32)	11	20	1	43
Insgesamt (81)	32	48	1	94

**Tabelle 7:** Bekannte Schüler mit der Diagnose FAS

Zusammenfassend ist hier festzustellen, dass viele Lehrer im Unterricht mit FAS(D) Kindern zu tun haben und diese unterrichten. Von mindestens 51, aber höchst wahrscheinlich mehr Schülern ist tatsächlich bekannt, dass die **Diagnose FAS (Vollbild)** gestellt wurde. 51 von insgesamt 3653 Schülern entspricht ca. 1,4%, womit die Anzahl von FAS Schülern an Sonderschulen tatsächlich mehr als doppelt so hoch ist, als das Vorkommen in der Normalbevölkerung.

Etwa 40% der befragten Lehrkräfte gibt an, persönlich Kinder mit festgestelltem FAS zu kennen.



**Grafik 4:** Schüler mit der Diagnose FAS

*Schülerinnen und Schüler mit ‚Fetalem Alkoholsyndrom (FAS)‘*

C-1. Bitte wählen Sie einen möglichst typischen Schüler/eine Schülerin aus, bei dem/der Sie relativ sicher wissen oder vermuten, dass ein ‚Fetales Alkoholsyndrom (FAS)‘/Schädigung durch Alkohol vorliegt und beschreiben Sie in einigen Sätzen die typischen Verhaltensweisen und Lernbesonderheiten dieses Schülers/dieser Schülerin.

Nach den typischen Verhaltensweisen und Lernbesonderheiten eines konkreten „Schülers mit FAS“ gefragt, wurden von 58 Lehrkräften zu einer offenen Frage (ohne Antwortvorgaben) insgesamt 293 Angaben gemacht. Merkmale mit gleicher Bedeutung wurden wieder in einer Kategorie zusammengefasst. Von den insgesamt 293 Nennungen entfielen besonders viele auf die Merkmale „geringe Konzentrationsfähigkeit“ (71%), „Unruhe“ (47%), „intellektuelle Defizite“ (36%), „Aggressivität“ (29%) und „geringe Merkfähigkeit“ (22%), wie in der folgenden Tabelle dargestellt:

<b>Verhaltensweisen/Lernbesonderheiten</b>	<b>Anzahl</b>
geringe Konzentrationsfähigkeit	41 (71%)
unruhig	27 (47%)
intellektuelle Defizite	21 (36%)
Aggressivität	17 (29%)

geringe Merkfähigkeit	13 (22%)
motorische Störungen	09 (16%)
Motivation gering, antriebsarm	08 (14%)
Distanzlosigkeit	07 (12%)
kognitiv vergleichsweise leistungsfähig	07 (12%)
benötigt ständig Hilfestellung	06 (10%)
sprachliche Auffälligkeiten	06 (10%)
wenig Ausdauer	5
Wahrnehmungsstörungen	5
Entwicklungsverzögerung in allen Bereichen	5
Mathe fällt schwer	4
ADHS	4
benötigt ständig Aufmerksamkeit	4
starke Schwankungen im Leistungsprofil	4
Kaum Abstraktionsvermögen	4
Leicht reizbar, impulsiv	4
ungeordnet, unorganisiert	4
sozial sehr auffällig	4
geringe Frustrationstoleranz	3
zieht sich häufig zurück	3
wenig Anstrengungsbereitschaft	3
provozierend	3
Wutanfälle (Temperamentsausbrüche)	3
emotional unausgeglichen	3
weinerlich	3
Koordinationsprobleme	3
innere Zerrissenheit	2
extrem ausagierende Verhaltensweisen	2
fühlt sich oft benachteiligt, nicht verstanden	2
Einbrüche, Sachbeschädigungen, Diebstahl	2
Still	2
Ängste	2
naives Nachahmen anderer	2
kann Lüge und Wahrheit nicht trennen, lügt	2
Transferleistungen nur erschwert möglich	2
mangelnde Selbstkontrolle	2
insgesamt kränkelnd (viele Fehltage)	2
wenig Schlaf	2
wenig Nahrungsaufnahme	2
Stimmungsschwankungen	2
schwer einzuschätzen	2
nicht belastbar	2
wenig soziale Kontakte	1
Durch Neues sehr verunsichert	1
Keine Zeitvorstellung	1

Stimmungsschwankungen	1
ungeduldig	1
Anfallsleiden	1
Herzfehler	1
Autismusspektrum Störung	1
körperliche Behinderung	1
außerordentlich fahrig	1
extrem bockig	1
sieht zu, dass er zu seinem Vorteil kommt	1
kein/wenig Verantwortungsbewusstsein	1
Lust- und triebbetontes Handeln	1
oft nicht beschulbar	1
mangelndes Hygieneverhalten	1
Gutes Allgemeinwissen/sprachlich sehr gut	1
Multiproblematik (FAS, Vernachlässigung, Deprivation...)	1
lärmempfindlich	1
albert gerne rum	1
regressives Verhalten in Stresssituationen	1
Suchtproblematik	1
Keine Aggressionen, häufig fröhliches Kind, sonnig	1
sehr ehrgeizig, will lernen	1
sehr sozial, empathisch	1
sehr lebenspraktisch	1
Probleme in der Kontaktaufnahme	1
benötigt klare überschaubare Strukturen	1
Summe	293

**Tabelle 8:** typische Verhaltensweisen und Lernbesonderheiten eines konkreten „Schülers mit FAS“

Bei den gehäuften Nennungen (über 10%) wurden **keine positiven Merkmale** beschrieben oder registriert. Positive Merkmale wurden nur in wenigen Einzelfällen genannt. Insbesondere die häufigen Nennungen sind kongruent mit den Beschreibungen aus der Fachliteratur und subsumieren typische kognitive Defizite, bzw. Störungen sowie soziale Auffälligkeiten.

Interpretation der Daten: Anscheinend werden die Schwächen der Schüler sehr sorgfältig und kompetent wahrgenommen, während es unverständlich ist, weshalb die Stärken und Kompetenzen der Schüler nicht in einem größeren Umfang benannt wurden. Das könnte damit zu tun haben, dass eine viel zu große Orientierung und Ausrichtung an der ‚Normalität‘ vorhanden ist und ein defizitorientiertes Denken nach wie vor an



Förderzentren vorherrscht. Inwiefern die wenigen positiven Nennungen wie „sozial“, „emphatisch“, „lebenspraktisch“ oder „sonnig“ auf eine erfolgreiche Förderung zurückzuführen sind oder darauf hindeuten, dass diese Kinder von ihren Lehrern in ihren Fähigkeiten und der Bandbreite ihrer Möglichkeiten realistischer gesehen werden, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Einiges deutet darauf hin, dass Kinder mit FAS oft in ihren Fähigkeiten falsch eingeschätzt und in Folge mit ungerechtfertigten Erwartungen überfordert werden können. Das vielfach reklamierte Ausbleiben von positiv erwünschtem Verhalten stützt zumindest diese Hypothese.

C-2. Bekommt der o.a. Schüler/die Schülerin mit ‚Fetalem Alkoholsyndrom (FAS)‘ eine spezielle schulische Förderung?

Für 36 von 58 Schülern wird gesagt, dass diese eine spezielle Förderung erhalten, wobei die häufigste Form der speziellen Förderung ganz allgemein in dem Besuch des Förderzentrums (17) gesehen wird. Zunächst die Nennungen:

<b>Art der Förderung</b>	<b>Anzahl der Nennungen</b>
Besuch der Förderschule G oder L	17
Unterricht in kleiner Klassengemeinschaft	5
Schulbegleitung	3
verstärkte personelle Unterstützung	2
psychotherapeutische Behandlung (Austausch Therapeut – Schule – Elternhaus)	2
Wahrnehmungsförderung	2
sonderpädagogische Förderung	2
spezielles Unterrichtsmaterial	2
auf Verhalten wird entsprechend eingegangen z.B. ignorieren von störendem und loben von positivem Verhalten	2
Sprachförderung	1
z.T. räumliche Trennung von der Gruppe	1
Differenzierung in Stoffumfang und Schwierigkeit	1
viel Zeit gebend	1
soziales Training	1
Belobigungssysteme	1
verstärkte Ansprache	1
Sitzplatz frontal	1
psychomotorische Förderung	1
Krankenhausunterricht der Kinder- und Jugendpsychiatrie	1
Spielzeiten	1
extrem enge Zusammenarbeit mit Mutter und Jugendamt	1
Einzelförderung	1

Erst I-Maßnahme, dann Waldorfschule jetzt Schule für Geistige Entwicklung	1
Flexklasse der Hauptschule	1
Spezialstuhl wegen Körperbehinderung	1
individuelle Zielsetzungen und Maßnahmen festgeschrieben in Förderplänen	1
Förderung nicht in Bezug auf FAS sondern auf individuelle Verhaltensweisen und Lernbesonderheiten	1

**Tabelle 9:** spezielle schulische Förderung der Schüler mit FAS

Nimmt man die 22 Schüler ohne spezielle Förderung mit denen zusammen, die ausschließlich „Förderung durch den Besuch des Förderzentrums“ (14) erhalten, dann werden 36 Schüler, also mehr als die Hälfte (62%), nicht individuell nach ihren Möglichkeiten gefördert und ihnen werden überwiegend allgemeine, wenn auch verminderte, Anpassungsleistungen ohne besondere Beachtung der individuellen Persönlichkeit und Lebensumstände abverlangt. Inwiefern ausreichend materielle Ressourcen und fachliche Kompetenz für eine gezielte Förderung umfassend zur Verfügung stehen, wurde nicht erfragt, fehlende Ressourcen wären aber eine Erklärung dafür, weshalb nur ein Teil der Kinder individuell gefördert werden kann. Ein Zitat dazu: *„Es erfolgt für den Schüler eine sonderpädagogische [Förderung] im Rahmen der Möglichkeiten der Praxis.“*

Interpretation der Daten: Sowohl fehlende materielle oder personelle Ressourcen als auch ein fachlich nicht differenziert ausreichend vorhandenes Wissen könnten damit zu tun haben, dass überwiegend negative Verhaltensweisen wahrgenommen und beschrieben werden, ohne dass in vielen Fällen differenzierte therapeutische oder kompensierende Fördermaßnahmen durchgeführt werden.

C-3. Wie schätzen Sie den Erfolg der speziellen schulischen Förderung des Schülers/der Schülerin ein?

Auf die Frage nach der Einschätzung darüber, inwiefern spezielle Förderung für den Schüler auch tatsächlich zum Erfolg führt, gab es bei 36 Einschätzungen 13 negative Bewertungen gegenüber 23 positiven. Der Median lag mit +0,5 schwach im positiven

Bereich (Skala von -3 bis +3). Aus der Lehrerbefragung wird deutlich, dass positive oder gewünschte Effekte nur in geringem Maße erreichbar sind, und bei 36% (13) der Schüler sogar trotz individueller Förderung keine Entwicklungsfortschritte registriert wurden.

*Zitate: „ständige Rückfälle, wird nur langsam geordneter, über drei Jahre – minimale Verbesserung der Konzentration, kleinste Schritte zur Verbesserung der Frustrationstoleranz – Erfolg zweifelhaft – Entwicklungsfortschritte konnten nicht aufgrund dieser wahrnehmungsfördernden Aufgaben festgestellt werden.“*

Interpretation der Daten: Selbst individuelle Förderung scheint oftmals an den Ressourcen der Schüler vorbei zu gehen und ganz grundsätzlich muss gesagt werden, dass selbst mit hohem Aufwand anscheinend nur minimale Erfolge erzielt werden können. Das mag damit zusammenhängen, dass die Entwicklungsmöglichkeiten bei Schülern mit FAS mit zunehmendem Alter extrem begrenzt sind.

C-4. Beschreiben Sie kurz die Entwicklungsfortschritte, den Zeitraum und die Art der Förderung.

Nach konkreten Entwicklungsfortschritten der einzelnen Schüler gefragt (n=32), wird das Ergebnis aus der vorangegangenen quantitativen Bewertung qualitativ weitestgehend bestätigt: bei 12 Kindern wird kein Entwicklungsfortschritt beschrieben und teilweise werden sogar Rückfälle und negative Entwicklungen reklamiert. Die Entwicklungsfortschritte bei den positiven Bewertungen werden überwiegend als dürftig eingeordnet und waren meist nur unter großen Mühen und Anstrengungen zu erreichen.

Schüler	Entwicklungsfortschritte	Zeitraum	Art der Förderung
1	p	-	-
2	p	X	X
3	p	X	-
4	kn	X	-
5	kn	X	X
6	p	-	X
7	p	-	X
8	kn	X	X

9	kn	X	X
10	p	-	-
11	kn	X	X
12	p	-	X
13	kn	-	X
14	p	-	-
15	kn	-	X
16	p	-	-
17	kn	-	X
18	p	X	X
19	p	X	X
20	p	X	X
21	p	-	-
22	p	X	X
23	p	X	-
24	p	X	X
25	kn	-	X
26	p	-	X
27	p	X	X
28	kn	-	X
29	p	-	X
30	kn	X	X
31	p	X	X
32	kn	X	X
	kn=12, p=20	18	24

**Legende:** kn = keine oder negative Entwicklung trotz spezieller Förderung; p = positive Entwicklung; X = Angaben zur Art der Förderung, bzw. Zeitraum qualitativ vorhanden

**Tabelle 10:** Entwicklungsfortschritte, Zeitraum, Art der Förderung

Bei 18 Schülern wurden Förderzeiträume von 3 Wochen bis zu 8 Jahren beschrieben, im Mittel ca. 2 Jahre. Vergleicht man die Gruppe der Schüler, für die ein Zeitraum (Dauer der Förderung) angegeben wurde und bekannt war, mit denen, für die kein Zeitraum benannt wurde, ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der Ausprägung der positiven oder negativen Entwicklungen des jeweiligen Kindes.

	ohne Zeitangabe	mit Zeit- angabe	Summe
positive Entwicklung	9	11	20
keine oder negative			

Entwicklung	5	7	12
	14	18	32

**Tabelle 11:** Vergleich 1 der Schülergruppen

Die rechnerisch ermittelten und i.S. einer Nullhypothese zu erwartenden Werte sind:

8,75	11,25
5,25	6,75

**Tabelle 12:** Nullhypothese

Damit ist offensichtlich, dass kein Zusammenhang besteht zwischen dem bekannten Zeitraum einer Förderung und dem Erfolg, bzw. Misserfolg.

Anders sieht es aus, wenn man die Gruppe der Kinder mit einer speziellen Förderung mit denen vergleicht, die keine gezielte Förderung erhalten haben – wohl aber gesondert gefördert worden sind. Überraschend hat ein weitaus größerer Anteil von Kindern ohne spezielle Förderung sich positiv entwickelt und nur ein Kind aus dieser Gruppe hat sich negativ, bzw. nicht entwickelt, im Gegensatz zu 45,8% ‚negativen‘ Entwicklungen in der speziellen „Fördergruppe“.

	mit spezieller Förderung	ohne spezielle Förderung	Summe
positive Entwicklung	13 54,2%	7 87,5%	20 62,5%
negative oder keine Entwicklung	11 45,8%	1 12,5%	12 37,5%
	24	8	32

**Tabelle 13:** Vergleich 2 der Schülergruppen

Inwiefern dieses Ergebnis als zufällig einzuschätzen ist oder nicht, kann mit dem Vierfelder-Chi-Quadrat-Test geprüft werden (vgl. Bortz, Lienert, 1998). Für  $\chi^2$  errechnet sich der Wert 2,844, womit in etwa das 10%-Niveau erreicht ist. Das Ergebnis bewegt sich also im Bereich des Zufalls, der auch wegen der geringen Besetzung der Felder ( $e > 5$ ) und wegen der kleinen Stichprobe nicht ausgeschlossen werden kann. Obwohl hier keine Signifikanz erreicht wurde, stimmt das Ergebnis doch nachdenklich, besonders deshalb, weil die Gruppe der weniger speziell geförderten Kinder im Endergebnis doch deutlich besser abschnitt, als die speziell geförderten und in dieser Gruppe erstaunlich viele negative Entwicklungen vorkamen.

Interpretation der Daten: Die Tatsache, dass bei FAS Kindern nur mühsam Entwicklungsfortschritte vollzogen werden können, wird in der Literatur mit der dort beschriebenen Schädigung des ZNS begründet, welche einer dauerhaften Behinderung gleichkommt und somit keine Entwicklungsverzögerung darstellt. Dies spiegelt sich in den hier gefundenen Ergebnissen wieder. Dass bei gezielter Förderung negative Entwicklungen überwiegen, bzw. die Störungen sich als resistent gegenüber der Förderung erweisen und positive Effekte sogar vermehrt ausbleiben, verwundert auf den ersten Blick, wäre aber unter Umständen damit zu erklären, dass die Förderung vielleicht eine nicht wahrgenommene Überforderung im Alltagsgeschehen darstellt und somit unerwünschtes Verhalten beim Kind provoziert. Einer vorschnellen Schlussfolgerung, man könne auf Förderung ganz verzichten, soll an dieser Stelle jedoch widersprochen werden, denn eher scheint die Resistenz der Beeinträchtigung gegen die üblichen Maßnahmen und fehlendes Fachverständnis mit dafür verantwortlich zu sein, dass Fördermaßnahmen nur wenig effektiv sind. Hier wäre eine gründliche Reflexion und eine interdisziplinäre Herangehensweise wünschenswert und möglicherweise erfolgversprechender.

#### *Formale Fragen zu FAS*

D-1. Wurde in Ihrer Ausbildung das Thema ‚Fetales Alkoholsyndrom (FAS)‘ behandelt?
--

Erschreckend ist die Häufigkeit der Nennungen darüber, wie wenig über das Thema FAS in den gängigen Ausbildungen vermittelt wird.

<b>Wurde in Ihrer Ausbildung das Thema FAS behandelt? (81 Nennungen)</b>	
<b>Thematik ‚FAS‘ Gegenstand der Ausbildung</b>	<b>Anzahl</b>
nein gar nicht	24
nein	17
eher nein als ja	15
eher ja als nein	7
ja	18
ja sehr	0

**Tabelle 14:** Wurde in Ihrer Ausbildung das Thema FAS behandelt?

56 negative Nennungen stehen 25 positiven gegenüber und im Median wurde ein Wert von – 0,96 erreicht.

Die Kommentare aus den Fragebögen untermauern die defizitäre Ausbildungssituation:

- *selbstgesuchtes Thema fürs 1. Staatsexamen; wäre aber allgemein sehr wichtig*
- *die Gefahr von Alkohol wurde benannt, aber das Syndrom nicht*
- *nur kurze Syndrom Beschreibung*
- *wäre dringend notwendig*
- *sehr schade; bin erst seit 1,5 Jahren fertig mit der Uni in FL; in L&S&AH wurde FAS nicht angesprochen*
- *FAS wurde nur sehr kurz behandelt*
- *Seminar war nicht Pflicht*

Diese und viele ähnliche Nennungen machen deutlich, dass aktuelles Wissen weder in der Ausbildung, noch in der Praxis in angemessenem Umfang auf aktuellem Stand zur Verfügung steht.

D-2. Haben Sie sich nach Ihrer/m Ausbildung/Studium mit dem Thema ‚Fetales Alkoholsyndrom (FAS)‘ beschäftigt?

Auch die Bereitschaft, sich nach dem Studium zum Thema FAS fortzubilden ist eigenen Angaben zu Folge ausgesprochen gering.

<b>Haben Sie sich nach Ihrer/m Ausbildung/Studium mit dem Thema ‚Fetales Alkoholsyndrom (FAS)‘ beschäftigt? (81 Nennungen)</b>	
Beschäftigung mit der Thematik FAS	Anzahl
nein gar nicht	9
Nein	19
eher nein als ja	29
eher ja als nein	13
Ja	10
ja sehr	1

**Tabelle 15:** Beschäftigung mit der Thematik FAS nach der Ausbildung

57 negativen Nennungen stehen 24 positive gegenüber und im Median wurde ein Wert von  $-0,72$  erreicht.

Die Kommentare aus den Fragebögen zeigen jedoch auch, dass bei entsprechenden Impulsen und grundsätzlich die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Thematik vorhanden ist:

- *bisher ist mir kein Kind mit FAS bekannt, deshalb keine Berührungspunkte*
- *kein akuter Anlass*
- *Fälle tauchen in unserer Schulform immer wieder und inzwischen häufiger (innerhalb der letzten 15 Jahre) vermehrt auf*
- *wäre "schön" gewesen*
- *dieser Fragebogen hat den Anstoß gegeben!*
- *interessierte mich erst, nach dem die Mutter sturzbetrunken in die Schule kam!*



- *ist ja nur eine von vielen Dingen, die die S. haben. Spiess: Funktion/Grund brauche ich nicht, nur Schlüssel*
- *nicht aktiv, aber einiges gelesen*
- *als Mutter habe ich mich damit auseinandergesetzt, Berichte im Fernsehen*
- *im Rahmen eines Praktikums, da ich einen Schüler zu unterrichten hatte, der als alkoholgeschädigt galt, habe ich ganz wenig darüber gelesen*
- *seit ich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeite*
- *interessiert mich persönlich*
- *viel gelesen, Gespräche im Kollegium*

D-3. Welche Quellen **haben Sie genutzt**, um Ihr Wissen über das ‚Fetale Alkoholsyndrom (FAS)‘ zu erweitern? (Mehrfachnennungen möglich)

Gefragt nach den genutzten Quellen für individuelles und autodidaktisches Lernen im Bezug zur Thematik FAS rangiert Literatur (wie Bücher, Zeitschriften etc.) mit 57% ganz oben, gefolgt von ‚Internet‘ mit 36% an zweiter Stelle.

genutzte Quellen	Anzahl	Prozent
<b>Literatur (wie Bücher, Zeitschriften etc.)</b>	46	57%
<b>Internet</b>	29	36%
<b>Gespräche mit Therapeuten oder Ärzten</b>	27	33%
<b>Gespräche mit Eltern betroffener Kinder</b>	23	28%
<b>Fernsehen, Radio</b>	17	21%
<b>Ohne Angaben</b>	11	14%
<b>Sonstiges</b>	7	9%
<b>Informationsveranstaltungen/Tagungen</b>	6	7%
<b>Fortbildung zum Thema</b>	1	1%

**Tabelle 16:** Genutzte Quellen zur Wissensvertiefung über FAS

Unter der Kategorie „sonstiges“ finden sich folgende Angaben:

- Seminar Kiel (2 Nennungen)

- Austausch mit Kollegen (2 Nennungen)
- Falldarstellungen (1 Nennung)
- man hört (1 Nennung)

D-4. Welche Quellen **würden Sie bevorzugt** benutzen, wenn Sie Ihr Wissen über das ‚Fetale Alkoholsyndrom (FAS)‘ erweitern wollen? (Mehrfachnennungen möglich)

Gefragt nach den bevorzugten Quellen zur Erweiterung und zum Ausbau des Wissens zur Thematik FAS liegt die Präferenz mit 65% der Nennungen bei Literatur (wie Bücher, Zeitschriften etc.). Das Internet als bevorzugte Quelle wird von 63% der Befragten genannt. Mittlerweile ist das Internet für Fachliteratur und -informationen zu einer soliden Quelle geworden und ermöglicht einen einfachen Zugriff auf vielfältige und internationale Aufzeichnungen. 59% der Befragten sind bereit sich mit Therapeuten und Ärzten zu unterhalten und signalisieren damit die Bereitschaft zu einer interdisziplinären Herangehensweise. Hier ist anscheinend die Nachfrage nach Fortbildungen größer als das bestehende Angebot. Erstaunlich viele der Befragten, nämlich 46% sind bereit eine Fortbildungsveranstaltung zur Thematik zu besuchen.

bevorzugte Quellen	Anzahl	Prozent
<b>Literatur (wie Bücher, Zeitschriften etc.)</b>	53	65%
<b>Internet</b>	51	63%
<b>Gespräche mit Therapeuten oder Ärzten</b>	48	59%
<b>Fortbildung zum Thema</b>	37	46%
<b>Gespräche mit Eltern betroffener Kinder</b>	28	35%
<b>Informationsveranstaltungen/Tagungen</b>	27	33%
<b>Fernsehen, Radio</b>	11	14%
<b>Sonstiges= FAS Word</b>	1	1%

Tabelle 17: Bevorzugte Quellen zur Wissensvertiefung über FAS

D-5. Wie schätzen Sie Ihr Wissen über das ‚Fetale Alkoholsyndrom (FAS)‘ ein?

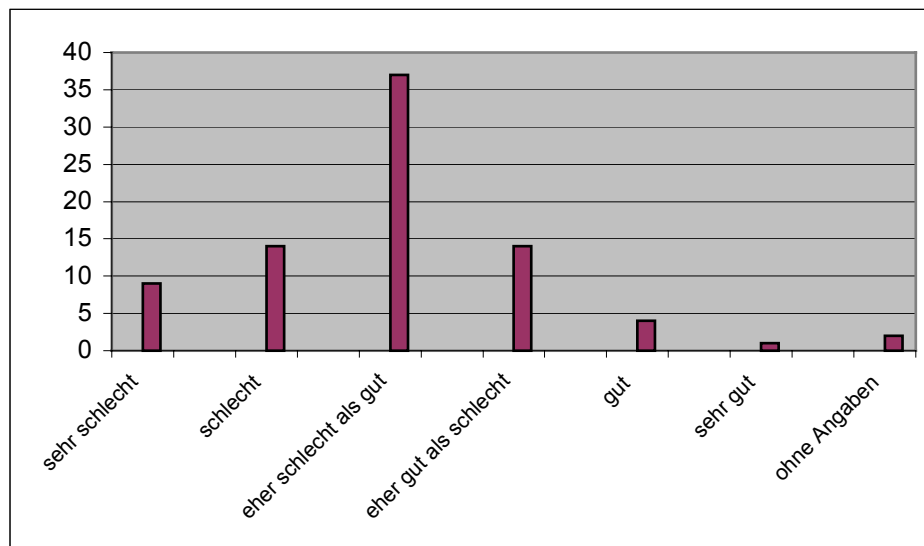
<b>Wie schätzen Sie Ihr Wissen über das ‚Fetale Alkoholsyndrom (FAS)‘ ein?</b>		
<b>Wissensstand</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
sehr schlecht	9	11%
schlecht	14	17%
eher schlecht als gut	37	46%
eher gut als schlecht	14	17%
Gut	4	5%
sehr gut	1	1%
ohne Angaben	2	2%

**Tabelle 18:** geschätzter Wissensstand über FAS

Weit über 70% der Befragten geben an, über keinen hinreichenden Kenntnisstand zu verfügen und fühlen sich überwiegend schlecht informiert. Kommentare wie

- Ausbildung ist schon zu lange her,
- während des Ausfüllens habe ich mich im Internet informiert! Es kann nur besser werden!
- gut im Rahmen des Säuglings- bzw. Kleinkindalters. Schulische Erfahrungen bzw. Wissen darüber sind eher gering,

bestätigen dieses Ergebnis, wobei eine Angabe darauf entfiel, dass die befragte Person sich „Wissen selbst angeeignet“ hat, um „Schülern besser helfen zu können“.



Grafik 5: Selbsteinschätzung der Lehrkräfte

#### D-6. Weitere Kommentare

Die abschließenden Kommentare geben Anregungen darüber, was die befragten Lehrkräfte sich für die zukünftige Arbeit wünschen und wie sie selbst über FAS(D) denken:

- eine Infobroschüre mit den wichtigsten Diagnosekriterien sowie Literaturempfehlungen für Schule wäre sinnvoll,
- Informationsmaterial an die Schulen schicken,
- das „Tabu-Thema“ offen ansprechen, ich halte eine spezielle Förderung aufgrund eines FAS für fraglich; jedes Kind bekommt die Förderung, die es benötigt
- Themenschwerpunkt für die ZDF-Sendung 37°,
- Prävention zu diesem Thema sollte Einzug halten in jeder Schule bzw. Schulart
- ich finde es ein wenig beschämend, gerade von der Uni zu kommen, an einem FÖZ zu unterrichten und so wenig über FAS zu wissen, obwohl ich vermute, dass gerade dort viele Schüler betroffen sind; FAS müsste vom HPI in allen Fachrichtungen thematisiert werden!
- eine spezielle Förderung für FAS gibt es meiner Ansicht nach nicht, die Einflüsse auf die Entwicklung sind zu vielfältig, die allgemeinen Erkenntnisse über individuelle

Förderung von „lernschwachen“ Schüler lassen sich übertragen, wir können an, aktuellen Problemen arbeiten, nicht an zurückliegenden Schädigungen oder Traumata.

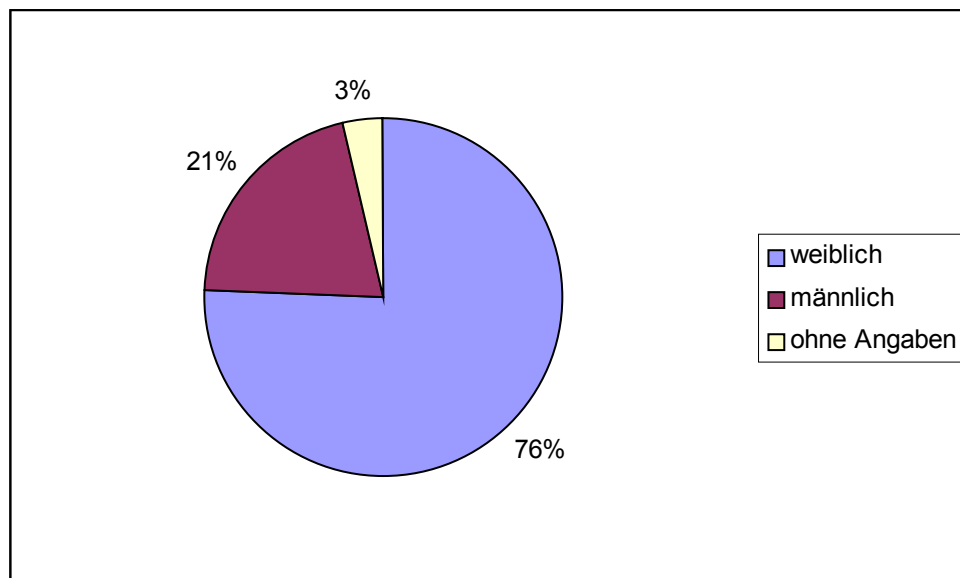
- eine intensivere Aufklärung über die Gefahren auch geringerer und seltenerer Mengen von Alkohol während der Schwangerschaft für werdende Väter und Mütter,
- Aufklärung über FAS; evtl. verpflichtend in Schwangerschaftsvorbereitung oder beim Frauenarzt bei der Vorsorge,
- in wie weit kann man die Schädigung durch den Alkohol durch pädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen ausgleichen?
- es müssen Strukturen erarbeitet werden, die die Möglichkeiten einer gezielten Aufklärung der werdenden Mütter bezüglich der Alkoholproblematik während der Schwangerschaft eröffnen,
- ich habe die Vermutung, dass die Dunkelziffer recht hoch ist und auch von Ärzten kaum FAS diagnostiziert wird, obwohl es vorliegt,
- dies Thema wird von Eltern aus Scham nicht angesprochen, höchstens bei Pflege- und Adoptiveltern, ich hab noch nie diese Diagnose von Eltern gehört,
- Aufklärung ist gerade jetzt zunehmend wichtig (steigender Alkoholkonsum),
- eventuell Kombination zu Nikotin untersuchen!?
- würde Info-Veranstaltung begrüßen,
- mehr Hilfen/Unterstützung für Schulen mit betroffenen Schülern (je Schulbegleiter u.a.m.),
- Aufklärung in Fortbildungen schulinterner Art; d.h. verbindliche Veranstaltungen für Lehrkräfte aller Schularten,
- Aufklärung, Information; Fortbildung,
- die Erhebung des „Ist-Zustandes“ ist jeweils recht einfach, Um irgendetwas zu bekommen, was die Vermutung FAS bestätigt, braucht man entweder Glück, großes Vertrauen der Eltern oder „geheime Quellen“,
- letzten Endes ist vielleicht gar nicht so wichtig, weshalb ein Kind so ist, oder?
- meine Erfahrung: Schüler, die FAS haben, leben oft in einer sozial schwachen Umgebung, werden vernachlässigt, laufen in Kleidung/Aussehen ungepflegt herum; Ausnahme: Pflegekinder,

### Angaben zur Person

Geschlecht	Anzahl	Prozent
Weiblich	65	76
Männlich	18	21
ohne Angaben	3	3

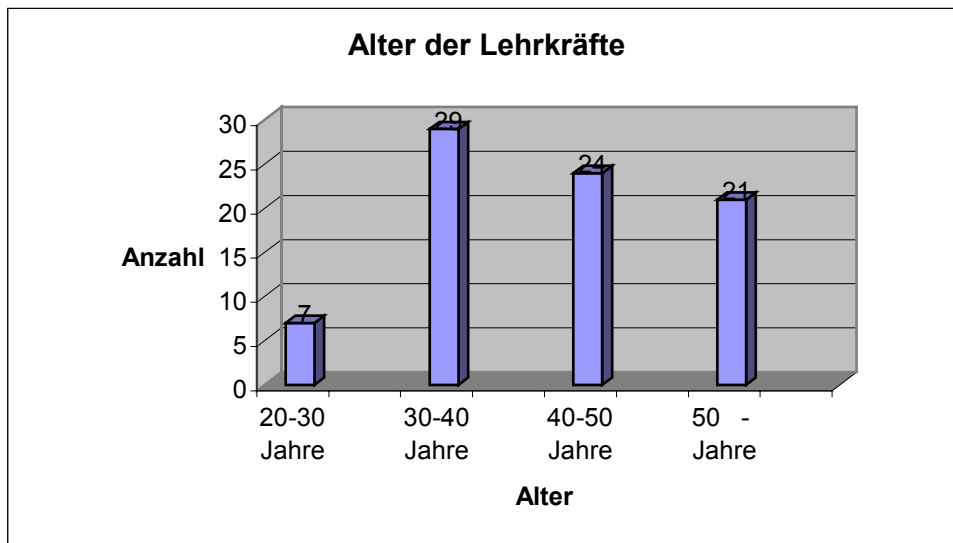
**Tabelle 19:** Angaben über Geschlecht der Befragten

Der überwiegende Teil der 81 befragten Lehrkräften waren mit 65 Nennungen weiblich (18 männlich) und dürfte damit im Bereich der in diesem Beruf üblichen Verteilung liegen.



**Grafik 6:** Geschlecht

Die befragten Personen sind in vier Altersgruppen zusammengefasst. Die am häufigsten vertretene Altersgruppe stellt mit 29 Personen die Gruppe der 30-40 Jährigen dar. Gefolgt von der Gruppe der 40-50 Jährigen mit 24 Nennungen. Die Gruppe der 50+ Jährigen zählt 21 Befragte und die kleinste Altersgruppe sind die 20-30 Jährigen mit 7 Lehrkräften.



Grafik 7: Alter

Interpretation der Daten: Es scheint so, dass in diesem Berufszweig, bzw. Schultyp überwiegend Frauen tätig sind. Dass die Berufsgruppe der 20-30-Jährigen anteilig sehr gering vertreten ist, mag mit den langen Ausbildungszeiten zusammen hängen.

### **Diskussion der Ergebnisse**

Die hohe Beteiligung mit einer Rücklaufquote von 45% zeigt die Offenheit der an Schulen Beschäftigten sowie deren Interesse für das Thema FAS(D). Grundsätzlich hat die Thematik in den meisten Schulen praktische Relevanz. Fast alle Lehrkräfte kennen das Syndrom (ausgenommen eine negative Rückantwort), geben aber auch zu verstehen, dass ihr Kenntnisstand vielfach nicht ausreichend ist und reklamieren gleichzeitig, dass vieles aus der Theorie in der Schulpraxis nicht umgesetzt werden kann.

In den Fragebögen gab es eine auffällig hohe Bereitschaft, die Fragen mit ausführlichen Kommentaren zu versehen. FAS(D) wird – analog der wichtigsten diagnostischen Kriterien – zuverlässig beschrieben und erkannt. Die Lehrkräfte haben anscheinend eine Vorstellung darüber, wie Schüler mit einem Vollbild des FAS aussehen und erkennen die typischen körperlichen Anzeichen. Inwiefern weniger körperlich Betroffene (FAE) mit ihren Lern- und Verhaltensbesonderheiten erfasst und als Betroffene erkannt werden,

bedürfte weiterer Nachfragen in einer gesonderten Umfrage. Aus der Fachliteratur ist durchaus bekannt, dass die Verhaltensprobleme und Lernbesonderheiten aufgrund der ZNS-Störung ähnlich schwerwiegend sind.

Mit einem Vorkommen von 2,8 FAS-Kinder auf 1000 Neugeborene und 7% Anteil stellen FAS Schüler an den befragten Förderzentren in Schleswig-Holstein eine nicht mehr zu übersehende Gruppe dar, der vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit in der pädagogischen Fachliteratur gewidmet wird. Im Vergleich dazu wäre es undenkbar, bspw. für die Behandlung und Erforschung der Schizophrenie (jährliche Inzidenz: 0,2 - 0,6 pro 1000 Einwohner, 0,05%) mit derart schlecht ausgebildetem Spezial-Personal (teilweise sogar völlig unvorbereitetem Personal) zu arbeiten und Fachkliniken vorzuhalten, die nur mit einem allgemeinmedizinischem Instrumentarium ausgestattet wären.

Förderzentren mit einem Bezug zu Jugendhilfemaßnahmen haben einen höheren Anteil von Schülern mit FAS. Von 81 befragten Lehrkräften gaben 72% an, Schüler mit FAS oder vermuteten FAS zu unterrichten. Diagnostizierte Kinder kommen seltener vor, mit mindestens 51 genannten Schülern liegt der Anteil aber bei über 1,4% und ist damit doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung.

Die Frage nach typischen Verhaltensweisen ergab eine hohe Übereinstimmung mit den in der Fachliteratur genannten Besonderheiten. Genannt wurden geringe Konzentrationsfähigkeit (71%), Unruhe (47%), motorische Störungen (16%), intellektuelle Defizite (36%) sowie Antriebsarmut und Distanzlosigkeit. Ungewöhnlich ist die hohe Anzahl von Aggressionsstörungen (29%) die sich bisher in vielen Studien nicht fand. Bei Freunsch (2007) waren erstmalig bei jungen Erwachsenen mit FAS erhöhte Raten registriert worden, die diese mit Überforderung assoziiert. Möglich wäre auch, dass im Bereich der Sonderschulen erhöhte dissoziale Infektionen einen Ausschlag geben. Interessant wäre darüber hinaus zu erforschen, inwiefern die Neigung der ‚Mitläuferschaft‘ dazu führt, dass sich FAS-Kinder von gewaltbereiten Gruppierungen beeinflussen lassen, oder inwiefern fehlende Impulskontrolle und mangelhafte Frustrationsschwellen eher hauptursächlich sind.



Die Lehrkräfte orientieren sich im hohem Maß an einer Normalität, die FAS-Kinder nicht einlösen können. Ihr Förderziel, Entwicklungsverzögerungen wett machen zu wollen geht oft an der Realität von irreversiblen Schäden, die der Alkohol verursacht hat, vorbei. Einerseits werden die Beeinträchtigungen der Betroffenen oft unterschätzt, aber auch deren Stärken wie bspw. die Fähigkeit zu Empathie, Hilfsbereitschaft sowie der besondere Sinn für Gerechtigkeit und das Eintreten für Schwächere nicht erkannt. Viele Kinder mit FAS zeigen im sportlichen Bereich eine gute Ausdauer und sind hier besonders ehrgeizig und geschickt, was einen guten Ansatzpunkt zum Ausbau von vorhandenen Stärken ermöglicht.

Besonders Schüler, die weniger kognitive Einschränkungen zeigen werden oft überfordert und erst dadurch zu unangemessenem Verhalten gedrängt, wenn ihnen entsprechende Hilfestellung gerade im sozialen und emotionalen Bereich verweigert werden oder ihnen vorsätzliches Fehlverhalten unterstellt wird. Wirkliche Entwicklungsfortschritte sind nur mühsam und in kleinen Schritten zu erreichen. Dies frustriert Schüler, Lehrkräfte und vielleicht auch Eltern gleichermaßen, besonders wenn unverhältnismäßiger Leistungsdruck ausgeübt wird. Es bleibt für die Kinder mit FAS zu hoffen, dass die neuen Einflüsse von inklusiven Gedanken, die zur Zeit die Schullandschaft bereichern einen günstigen Einfluss auf deren Schulkarriere hat, vor allen Dingen mehr Sicherheit und Kontinuität mit sich bringt.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Therapeuten, der Jugendhilfe, Eltern, Schule und anderen Fachkräften ist eher die Ausnahme, wobei die wenigen Beispiele darauf hindeuten, dass für alle Beteiligten zufriedenstellende Ergebnisse leicht erzielt werden können.

Die Selbstständigkeitsentwicklung ist nur bei 10% der Betroffenen gegeben, was in der schulischen Praxis im Bereich ‚Lernen‘ und ‚geistige Entwicklung‘ zwar berücksichtigt wird, aber mit Beendigung der Schulpflicht vor allem im Bereich ‚Lernen‘ dazu führt, dass keine geeigneten Anschlussmaßnahmen vorgehalten werden.

Besondere Hilfen benötigen FAS Kinder im Umgang mit Zeit, Planung und Geld. Hierzu wurden keine nachhaltig angelegten Förderkonzepte beschrieben und überhaupt wurde keine in diese Richtung zielende Förderung durchgeführt, obwohl es hierfür erfolgversprechende Ansätze gibt.

Besondere Beaufsichtigung bspw. in den Pausen, war bei einigen Schülern notwendig und wurde zum Teil sogar über Schulbegleitung gesichert.

Bereits seit langem vorgehaltenes Wissen müsste längst in die Ausbildungsgänge und Fortbildungen eingeflossen sein, was zumindest in Schleswig-Holstein nicht gegeben ist, aber auch in anderen Bundesländern immer wieder beanstandet wird. Literatur zur Aufklärung, Hilfestellung, Förderung und Beratung findet aber, u.a. durch Medien wie das Internet oder bspw. die Broschüren der Ministerien und Krankenkassen, zunehmend Beachtung und macht deutlich, dass Lehrer zunehmend auf kontinuierliche Weiterqualifizierung angewiesen sind und sich nicht mehr abschließend auf den Erwerb eines Examens als Endpunkt ihrer Ausbildung verlassen dürfen. Die Selbsteinschätzung zeigt die Unsicherheit vieler Lehrkräfte im Bezug zur Thematik und den Informationsbedarf, kann aber auch damit zusammenhängen, dass diese zu hohe Ansprüche an sich selbst stellen. Ohnmacht hinsichtlich der zum Teil unhaltbaren häuslichen Situation wird deutlich.

### **Bilanz und Ausblick**

Als wichtiges Ergebnis aus der Untersuchung muss – neben den vielfachen Lern- und Verhaltensbesonderheiten von Schülern mit FAS – festgehalten werden, (1) dass ein recht hoher Anteil der Sonderschüler von FAS betroffen ist und (2) eine adäquate Förderung an Schulzentren mehr oder weniger dem Zufall überlassen bleibt.

Der unzureichende Wissensstand kann den Lehrkräften nicht einseitig vorgeworfen werden. Er ist unter anderem auf eine defizitäre Ausbildungssituation an den Universitäten zurückzuführen, aber auch darauf, dass die Organisationsstruktur an den

Schulen Potentiale ungenutzt lässt. Beispielsweise könnte durch die Einstellung von Sozialpädagogen oder speziellen Beratungslehrern dieses Defizit auch in der Praxis kompensiert werden.

Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn auch an den pädagogischen Fakultäten und an den Hochschulen Forschung zu FAS vermehrt geplant würde, entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden könnten und entsprechend an den Fachbereichen qualifizierte und spezialisierte Lehrbeauftragte dieses Thema vertreten. Inwiefern ein spezieller Lehrstuhl eingerichtet werden könnte, bedarf einer weitreichenderen, durchaus auch gesamtgesellschaftlichen Diskussion, ggf. im Zusammenhang mit anderen Drogen. Die Forderung scheint jedoch weniger utopisch wenn man bedenkt, welche immensen volkswirtschaftlichen Kosten durch Alkohol an dieser Stelle verursacht werden und dass die betroffenen Kinder lebenslänglich auf Transferleistungen angewiesen sein werden, ganz zu schweigen davon, dass hier Kinder unverschuldet beschädigt wurden und dies vermeidbar ist.

#### LITERATUR:

BECKER-KLINGER, GELA: Fetale Alkoholspektrum-Störungen – Kurzüberblick, 2007. Online im Internet: <http://www.ev-sonnenhof.de/fasd.html>, abgerufen am: 9.01.2009

BERGMANN, R.; SPOHR, H.-L.; DUDENHAUSEN, J.: Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München, 2006

BORTZ J.; LIENERT G.A.: Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Berlin, 1998

BOWLBY, JOHN: Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München, Basel, 1995

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (HG): Pressemitteilung zum 9. September, Tag des alkoholgeschädigten Kindes. Online im Internet: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_117/nn\\_1191726/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/2008/pm-08-09-08.html](http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1191726/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/2008/pm-08-09-08.html), abgerufen am: 7.01.2009

- DAHLKAMP J., KAISER S., LUDWIG U.: Die erste Scheibe der Salami. In: Der Spiegel, 40/2006
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HG): Alkohol in der Schwangerschaft. Online im Internet: [http://www.dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/alkohol\\_in\\_der\\_schwangerschaft.pdf](http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/alkohol_in_der_schwangerschaft.pdf), abgerufen am: 10.01.2009
- DIEKMANN, ANDREAS: Empirische Sozialforschung. Hamburg, 2008
- DUDENHAUSEN U.A.: Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In: BERGMANN, R.; SPOHR, H.-L.; DUDENHAUSEN, J.: Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München, 2006, S. 19-32
- EVENSEN, DEB; LUTKE, JAN: 8 Magic Keys: Developing Successful Interventions for Students with FAS. 1997. Online im Internet: <http://fasalaska.com/8keys.html>, abgerufen am: 7.02.2009
- FASWORLD DEUTSCHLAND (HG.): Lebenslang durch Alkohol. Broschüre. Lingen, 2008
- FEICK, P.; HAAS, S.; SINGER, M.: Gesundheitsfördernde und –schädigende Aspekte des moderaten Alkoholkonsums. In: Bergmann, R.; Spohr, H.-L.; Dudenhausen, J.: Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München, 2006, S. 39-53
- FELDMANN, R.: FAS bei Jugendlichen. Online im Internet: [http://www.faskinder.de/03\\_hilfen/hilfen.htm](http://www.faskinder.de/03_hilfen/hilfen.htm), 2005, abgerufen am: 7.01.2009
- FELDMANN, R.: Aktuelles aus der Forschung. Online im Internet: [http://www.fetales-alkoholsyndrom.de/aktuelle\\_forschung.html](http://www.fetales-alkoholsyndrom.de/aktuelle_forschung.html) 2009, abgerufen am: 11.01.2009
- FREUNSCHT, INGA: „Ab 18 fällt man durch das Raster“ Emotionale, soziale und berufliche Entwicklung junger Erwachsener mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS). Diplomarbeit an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im Fachbereich Psychologie, 2007
- HOGENBOOM, MARGA: Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen. München, 2006
- HOLTMANN, MARTIN: FAS – Behandlung mit Psychopharmaka. Online im Internet: <http://www.fasworld.de/ZusammenfassungSymp07.pdf>, abgerufen am: 11.01.2009
- JURISCH, SONJA: Aufmerksamkeitsstörungen und Alkoholembryopathie – aufgezeigt bei einer Schülerin der 3. Klasse (Integrationsklasse). In: SKRODZKI, K.; MERTENS, K. (HG.) Hyperaktivität; Aufmerksamkeitsstörung oder Kreativitätszeichen? Dortmund, 2000, (143-163)

- JURETKO, KIRSTEN: Das Muster kognitiver Funktionsstörungen bei Patienten mit fetalem Alkoholsyndrom und fetalen Alkoholeffekten Schwerpunkt: Die Intelligenz. Dissertation an der Medizinischen Fakultät Münster, 2006. Online im Internet: [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=98310106x&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=98310106x.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=98310106x&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=98310106x.pdf), abgerufen am 8.01.2009
- KLEIN, E.: Kinder von Alkoholikerinnen. Köln, 1985
- KNAPPEN VOM, B., THATER, H., LÖSER, H.: Alkoholschäden bei Kindern. Freiburg, 1987
- KNAPPEN VOM, B.: Medikamentöse Behandlung von FASD, 2004. Online im Internet: <http://www.fasworld.de/MedTherapie.pdf>, abgerufen am: 7.01.2009
- KRETSCHMANN, RUDOLF: Präventionsmodelle in der Schule. In: BORCHERT, J. (HRSG.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie, Göttingen, 2000, S. 325-339
- LÖSER, HERMANN: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart, 1995
- MAJEWSKI, F.: Untersuchungen zur Alkoholembryopathie. Stuttgart, 1980
- MERZENICH, HILTRUD: Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee; Eine Expertise / im Auftrag der BZgA von HILTRUD MERZENICH und PETER LANG. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, BZgA – Köln: BZgA, 2002 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 17)
- NIENSTEDT, M.; WESTERMANN, A.: Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. Stuttgart, 2007
- NITZSCHKE, KERSTIN: Im Mutterleib ertrunken- Kinder mit Alkoholembryopathie (AE). In: KALLENBACH, K.(HG.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Berlin, 1998
- NOLL, ANNABELLE: Das Ungeborene trinkt immer wirklich mit. In: Die Welt, 20.09.2008. Online im Internet: <http://www.welt.de/politik/article2601808/Das-Ungeborene-trinkt-wirklich-immer-mit.html>. Abgerufen am: 23.01.2009)
- PORR, THEO WILHELM: Behandlung von suchtkranken Müttern und ihren Kindern – Erfahrungsbericht aus der Bernhard-Salzmänn-Klinik. In: Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Hrsg.: Steiner M., Frankfurt, 1990
- PORST, ROLF: Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden, 2008
- REINHARDT, SIGRID: Sekundäre Folgen erwachsener FASD-Patienten in Ratgeber Fasworld, 2002. Online im Internet: <http://www.fasworld.de/Kurzfassung190805.doc>, abgerufen am: 6.01.2009

- SIEDENTOPF, JAN-PETER; NAGEL, MANUELA; BÜSCHER, ULRICH; DUDENHAUSEN, JOACHIM WOLFRAM: Alkohol konsumierende Schwangere in der Schwangerenberatung: Prospektive, anonymisierte Reihenuntersuchung zur Abschätzung der Prävalenz. In: Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 39, 2004, Seite A-2623/B-2209/C-2120
- SPALLEK, ROSWITHA: Große Hilfe für kleine Chaoten. Düsseldorf, Zürich, 2000
- SPITZ, RENÉ: Vom Säugling zum Kleinkind (10. Aufl.). Stuttgart, 1992
- SPOHR, H.-L.; STEINHAUSEN, H.-C.: Follow up studies of children with fetal alcohol syndrome. Neuropediatrics, 1987, 18, 13-17
- SPOHR, H.-L.: Das fetale Alkoholsyndrom – die Alkoholembryopathie. In: STEINER, M. (HRSG.): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt, 1990
- SPOHR, H.-L.: Das fetale Alkoholsyndrom – die Alkoholembryopathie. Ein klinischer Überblick (Spohr). In: Geistige Behinderung, 1991, Heft 4, S. 289-301
- SPOHR, H.-L.: Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. In: Mitteilung, Deutsche Liga für das Kind. Juni 1997
- SPOHR, H.-L.: FASD und der 4-Digit Diagnostic Code. 2007. Online im Internet: <http://www.fasworld.de/ZusammenfassungSymp07.pdf>, abgerufen am: 9.01.2009
- SPOHR, H.-L.; STEINHAUSEN, H.C.: Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen: Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 2008, Heft 41, S. 693-697
- STREISSGUTH, A. P.; KOPERA-FRYE, K.; CONNOR, P. D.: Recent advances in fetal alcohol syndrome: Implications for diagnosis, intervention, and prevention. IN LIEBER, C.S., & SEITZ, H.K. (EDS). Alkoholismus und Alkoholische Organschäden (2nd Ed.). 2000, Heidelberg, Germany: Johann Ambrosius Barth. Deutsch: Neue Erkenntnisse zum fötalen Alkoholsyndrom - Implikationen für Diagnostik, Behandlung und Prävention. Online im Internet: <http://www.agsp.de/html/a12.html>, 2000, abgerufen am: 7.01.2009
- ZOBEL, MARTIN: Kinder aus Suchtfamilien. 2005. Online im Internet: [http://www.faskinder.de/02\\_folgen/bericht\\_fas\\_tag\\_2005\\_2.htm#Thema:%20Kinder%20aus%20Suchtfamilien](http://www.faskinder.de/02_folgen/bericht_fas_tag_2005_2.htm#Thema:%20Kinder%20aus%20Suchtfamilien), abgerufen am: 6.01.2009