

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
- Allgemeine Pädiatrie -  
Direktor: Prof. Dr. med. H. Omran

**Fetales Alkoholsyndrom und Traumatisierung:**  
Einfluss von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung auf  
FAS-typische Verhaltensauffälligkeiten

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Christina Lucia Iffland

aus Münster

2014

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. W. Schmitz

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. rer. soz. J. Weglage

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. J. Roth

Tag der mündlichen Prüfung: 22.10.2014

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
- Allgemeine Pädiatrie -  
Direktor: Prof. Dr. med. H. Omran  
Referent: Prof. Dr. med. Dr. rer. soz. J. Weglage  
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. med. J. Roth

ZUSAMMENFASSUNG

**Fetales Alkoholsyndrom und Traumatisierung**  
Einfluss von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung auf  
FAS-typische Verhaltensauffälligkeiten

Iffland, Christina Lucia

Mütterlicher Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft führt beim Ungeborenen in Abhängigkeit vom Entwicklungsstadium zu multiplen Störungen der Organ- und Hirnentwicklung. Die Gesamtheit dieser Störungen wird als Fetales Alkoholsyndrom bezeichnet. Zudem sind die Betroffenen in einem von Alkoholabhängigkeit geprägten Umfeld von frühkindlicher Traumatisierung bedroht.

Die vorliegende Arbeit erörtert die Auswirkungen von Vernachlässigung und Misshandlung auf Patienten mit Fetalem Alkoholsyndrom (FAS). Hierzu wurden die für das FAS typischen sozialen und emotionalen Auffälligkeiten von misshandelten mit denen nicht-misshandelter Kinder verglichen.

Die Beurteilung erfolgte mithilfe des Fetal Alcohol Syndrome Questionnaires (FASQ) sowie der Erfassung der Trauma- und biographischen Anamnese. Die Stichprobe umfasste 159 Patienten im Alter von 2 bis 32 Jahren. Die Auswertung der Daten erfolgte durch Varianz- und Diskriminanzanalytische Verfahren.

Es zeigte sich, dass der Verbleib in der leiblichen Familie für FAS-Betroffene mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Traumatisierung einhergeht. Je später es zur Inobhutnahme des Kindes kommt, desto größer ist das Risiko, Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung zu werden. Bei Patienten mit positiver Trauma-Anamnese sind zahlreiche der für FAS typischen sozialen und emotionalen Auffälligkeiten signifikant stärker ausgeprägt als bei Kindern, die in einem schützenden Umfeld aufwachsen konnten.

Um Kinder mit intrauteriner Alkoholexposition vor zusätzlichem Schaden durch Traumatisierung zu bewahren, sollte eine frühzeitige Inobhutnahme diskutiert und angestrebt werden. Zur Sicherung der gewonnenen Ergebnisse empfiehlt es sich, Nachfolgestudien mit größerer Fallzahl und weiteren Testinstrumenten durchzuführen.

Tag der mündlichen Prüfung: 22.10.2014

## Erklärung

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

**Fetales Alkoholsyndrom und Traumatisierung**  
Einfluss von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung auf  
FAS-typische Verhaltensauffälligkeiten

in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrisches Zentrum, Universitätsklinikum Münster unter der Anleitung von

Prof. Dr. Dr. J. Weglage

1. selbstständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Münster, den 25.02.2014

Christina Lucia Iffland

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	11
2	Fetales Alkoholsyndrom.....	13
2.1	Definition .....	13
2.2	Kriterien .....	13
2.3	Terminologie.....	14
2.4	Geschichte.....	15
2.5	Epidemiologie .....	15
2.5.1	Alkoholembryopathie .....	15
2.5.2	Alkoholkonsum.....	16
2.6	Pathophysiologie.....	18
2.6.1	Alkohol-Metabolismus.....	18
2.6.2	Alkohol-Metabolismus beim Ungeborenen .....	19
2.6.3	Penetranz.....	19
2.7	Klinik.....	20
2.7.1	Körperliche Fehlbildungen .....	20
2.7.2	Neuropathologie.....	21
2.7.3	Psychopathologie .....	22
2.8	Diagnostik .....	23
2.8.1	S3-Leitlinien der AWMF.....	24
2.8.2	4-Digit Diagnostic Code nach Astley.....	29
2.8.3	Klassifikation nach Majewski.....	29
2.8.4	FASQ nach Feldmann.....	30
2.8.5	Differentialdiagnosen nach AWMF .....	31
2.9	Prognose .....	32
2.10	Aussicht.....	32
2.10.1	Frühe Diagnosestellung .....	32
2.10.2	Hilfen.....	33
2.10.3	Prävention .....	33
3	Trauma .....	34
3.1	Definitionen .....	34

3.1.1	Körperliche Misshandlung.....	35
3.1.2	Emotionaler Missbrauch.....	36
3.1.3	Sexueller Missbrauch.....	37
3.1.4	Vernachlässigung.....	37
3.1.5	Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom .....	40
3.2	Geschichte.....	40
3.3	Epidemiologie .....	41
3.3.1	Anzeigeverhalten in Deutschland.....	41
3.3.2	Diskrepanz Hell- und Dunkelfeld .....	42
3.3.3	Studienlage .....	42
3.4	Ätiologie und Risikofaktoren .....	44
3.4.1	Risikofaktoren beim Kind.....	45
3.4.2	Risikofaktoren des Täters .....	47
3.4.3	Familienkonstellation .....	49
3.4.4	Mütterliche Risikofaktoren.....	49
3.4.5	Soziales Umfeld .....	50
3.4.6	Protektive Faktoren .....	51
3.5	Diagnostik .....	52
3.5.1	Körperliche Misshandlung.....	52
3.5.3	Psychische Misshandlung .....	54
3.5.4	Sexuelle Misshandlung .....	55
3.5.2	Vernachlässigung.....	55
3.5.5	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) .....	56
3.5.6	Psychosozialer Minderwuchs .....	57
3.5.7	Verpflichtendes Screening?.....	58
3.6	Folgen von Kindesmissbrauch.....	59
3.6.1	Folgen körperlicher Misshandlung.....	59
3.6.2	Folgen emotionaler Misshandlung.....	59
3.6.3	Folgen sexueller Gewalt .....	60
3.6.4	Folgen von Vernachlässigung .....	60
3.6.5	Folgeerkrankungen.....	62
3.6.6	Mediatorfaktoren .....	63
3.6.7	Hirnorganische und neurologische Folgen.....	64
3.6.8	Gedeihstörungen .....	65

3.6.9	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) .....	66
3.7	Aussicht.....	68
3.7.1	Therapie.....	68
3.7.2	Prävention .....	70
4	Fragestellung.....	70
4.1	Aktuelle Datenlage.....	70
4.2	Fragestellungen.....	71
4.2.1	Biographische Aufenthalte .....	71
4.2.2	Traumatisierung .....	72
4.2.3	Defizite.....	73
4.2.4	Aktueller Aufenthalt .....	73
5	Methodik.....	74
5.1	Erhebungsinstrument .....	74
5.2	Untersuchungsdurchführung.....	81
5.3	Datenauswertung .....	82
6	Ergebnisse .....	82
6.1	Beschreibung der Stichprobe.....	82
6.1.1	Geschlecht .....	83
6.1.2	Alter .....	83
6.2	Biographische Aufenthalte .....	84
6.2.1	Häufigkeit.....	84
6.2.2	Dauer .....	85
6.2.3	Zeit bis Inobhutnahme .....	86
6.2.4	Vorkommen von Traumatisierung .....	87
6.2.5	Vorkommen von Mehrfachtraumatisierung .....	90
6.2.6	Dauer bis Inobhutnahme.....	90
6.2.7	Einfluss auf Defizite .....	91
6.2.8	Wechselnde Betreuungsverhältnisse .....	94
6.3	Traumatisierung.....	97
6.3.1	Häufigkeit.....	97
6.3.2	Mehrfachtraumatisierung .....	98
6.3.3	Einfluss von Traumatisierung auf Defizite .....	99

6.3.4	Einfluss von Mehrfachtraumatisierung auf Defizite.....	113
6.4	Defizite nach FASQ.....	116
6.5	Aktueller Aufenthalt .....	118
6.5.1	Häufigkeit.....	118
6.5.2	Einfluss von Traumatisierung .....	121
6.5.3	Einfluss von Mehrfachtraumatisierung .....	123
6.5.4	Einfluss der Defizite auf aktuellen Aufenthalt.....	123
7	Diskussion.....	130
7.1	Stichprobencharakteristika.....	130
7.2	Biographische Betreuungsverhältnisse .....	132
7.2.1	Häufigkeit biographischer Aufenthalte .....	132
7.2.2	Dauer biographischer Aufenthalte .....	133
7.2.3	Zeit bis Inobhutnahme .....	133
7.2.4	Vorkommen von Traumatisierung in biographischen Betreuungsverhältnissen .....	134
7.2.5	Vorkommen von Mehrfachtraumatisierung .....	135
7.2.6	Zeit bis Inobhutnahme und Traumatisierung.....	135
7.2.7	Einfluss von biographischen Aufenthalten auf Defizite .....	136
7.2.8	Wechselnde Betreuungsverhältnisse .....	137
7.3	Traumatisierung.....	138
7.3.1	Häufigkeit von Traumatisierung .....	138
7.3.2	Mehrfachtraumatisierung .....	139
7.3.3	Einfluss von Traumatisierung auf Defizite .....	139
7.3.4	Einfluss von Mehrfachtraumatisierung auf Defizite.....	143
7.4	Defizite nach FASQ.....	144
7.5	Aktuelles Betreuungsverhältnis .....	146
7.5.1	Häufigkeit aktueller Betreuungsverhältnisse .....	146
7.5.2	Zusammenhang von Traumatisierung und aktuellem Aufenthalt .....	148
7.5.3	Zusammenhang von Mehrfachtraumatisierung und aktuellem Aufenthalt .....	151
7.5.4	Zusammenhang von Defiziten und aktuellem Aufenthalt .....	151
7.6	Limitationen und Störgrößen.....	153
7.7	Fazit und Ausblick .....	155

## Inhaltsverzeichnis

---

Literaturverzeichnis .....	158
Danksagung .....	170
Lebenslauf.....	171
Anhang: FASQ.....	172

## 1 Einleitung

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft gefährdet das Ungeborene: als Zell- und Mitosegift führt Alkohol in Abhängigkeit des Entwicklungsstadiums zu einer Vielzahl dystropher Entwicklungsstörungen und Fehlbildungen. Trotz fehlender spezifischer Kennzeichen ist die Gesamtheit der Symptome pathognomonisch für das sogenannte „Fetale Alkoholsyndrom“ (FAS (94)). Typischerweise weisen die Patienten kraniofaziale Auffälligkeiten, unterdurchschnittliches Längenwachstum und Gewichtszunahme sowie zentralvenöse Auffälligkeiten – insbesondere eine globale Intelligenzminderung – auf (13,94,132).

Mittlerweile ist das Wissen um die schädigende Wirkung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft weitestgehend im Bewusstsein der Gesellschaft angelangt (144). Die Auswirkungen und Langzeitfolgen für das Ungeborene sind Gegenstand zahlreicher Forschungsarbeiten. Jedoch wurde der Einfluss des postnatalen Umfelds auf die Erkrankung bisher nur stiefmütterlich behandelt: Alkoholabhängigkeit in der Familie gilt als Risikofaktor für Vernachlässigung und Misshandlung (86,101). Das bereits intrauterin exponierte Kind wird in ein womöglich problematisches Umfeld geboren. Die vorliegende Studie zielt darauf ab, den möglichen Einfluss frühkindlicher Traumatisierung auf FAS-Patienten zu untersuchen. Hierbei sollen vor allem die für Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom typischen sozialen und emotionalen Auffälligkeiten im Fokus stehen. Bisher finden sich nur einzelne Untersuchungen, die pränatale Alkoholexposition und postnatale Misshandlung in Beziehung zueinander setzen (68). Diese Arbeit soll dazu anregen, die Defizite unserer Patienten nicht als angeboren und unabänderlich hinzunehmen, sondern sich bewusst zu machen, dass auch die postnatalen Lebensbedingungen einen wesentlichen Einfluss auf die Ausprägung der Erkrankung haben.

Im folgenden Kapitel soll zunächst das Krankheitsbild FAS besprochen und der aktuelle Forschungsstand dargelegt werden. Der allgemeinen Definition folgen ein kurzer geschichtlicher Rückblick sowie aktuelle Schätzungen zur Epidemiologie des Syndroms.

Anschließend werden Pathophysiologie, Klinik und Diagnostik inklusive der aktuellen AWMF-Leitlinie dargelegt, gefolgt von Prognose der Erkrankung und Ausblick.

Im darauffolgenden, dritten Kapitel soll das große Themengebiet der kindlichen Traumatisierung besprochen werden, wobei zwischen Vernachlässigung, seelischer, körperlicher und sexueller Gewalt unterschieden wird. Einer kurzen geschichtlichen Einordnung folgen Epidemiologie, Ätiologie sowie Risikofaktoren von Traumatisierung. Weiterhin werden diagnostische Methoden sowie Folgen von Misshandlung dargestellt. Anschließend soll im Ausblick kurz auf Möglichkeiten der Therapie sowie der Prävention eingegangen werden.

Das vierte Kapitel schlägt die Brücke zwischen den Themengebieten FAS und Traumatisierung. Aktuelle Arbeiten werden vorgestellt und im Anschluss die Fragestellungen der vorliegenden Studie aufgeführt.

Kapitel fünf legt die Methodik der Arbeit dar. Hier werden sowohl Durchführung als auch Auswertung der Studie besprochen. Es werden Informationen zur Stichprobe, zum angewandten Fragebogen sowie zum Erhebungsinstrument Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire (FASQ) geboten.

Das sechste Kapitel dient der Darstellung der Ergebnisse. Diese umfassen die Beschreibung der Stichprobe, Informationen zu biographischen Aufhalten der Patienten, Häufigkeiten stattgefundenener Traumatisierung, die erzielten Ergebnisse im FASQ sowie Informationen über das aktuelle Betreuungsverhältnis.

Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse aus dem vorhergehenden Kapitel diskutiert und interpretiert. Die Ergebnisse werden mit aktuellen Arbeiten verglichen, konkret auf die aktuelle Situation unserer Patienten angewendet und kritisch hinterfragt. In einem gesonderten Teil werden Eignung und Störgrößen des angewandten Testinstruments erörtert. Im Fazit werden die Bedeutung der Ergebnisse für den zukünftigen

Umgang mit FAS-Patienten sowie Limitationen der Studie besprochen und Anregungen für zukünftige Untersuchungen gegeben.

## **2 Fetales Alkoholsyndrom**

### **2.1 Definition**

Das Fetale Alkoholsyndrom ist ein durch mütterliche Alkoholkrankheit bedingtes, toxisches, polydystrophes Fehlbildungssyndrom unterschiedlich starker Ausprägung (Löser (94)).

Die Noxen Ethanol und dessen Metabolit Acetaldehyd überwinden die Plazentaschranke und führen als Zell- und Mitosegifte zu hypotrophen und hypoplastischen Veränderungen im sich entwickelnden Embryo. Je nach Zeitpunkt der Alkoholexposition im Schwangerschaftsverlauf führt der Konsum zu Störungen der Organogenese und Organdifferenzierung als auch zu Schädigungen der fetalen Hirnentwicklung (94). Erschwerend kommt hinzu, dass die Alkohol-Abbausysteme des Ungeborenen deutlich weniger effektiv arbeiten als beim Erwachsenen und somit die Expositionszeit sowie -intensität beim Ungeborenen gegenüber der Mutter drastisch erhöht sind (45).

### **2.2 Kriterien**

Nach Löser (94) führen folgende Kriterien zur Ausprägung eines FAS:

1. Die Schädigung ist primär durch den Alkohol verursacht, nicht etwa durch sekundäre Begleiterscheinungen des Alkoholismus wie Vitaminmangel, Leberschäden, Polyintoxikation oder Fehlernährung.
2. Die Erkrankung ist eine Embryofetopathie.
3. Ursächlich für die Erkrankung ist die mütterliche Alkoholkrankheit. Der Alkoholkonsum des Vaters hat keine direkte Auswirkung auf das Ungeborene.
4. Das Syndrom hat eine variable Expressivität. Klinisch werden verschiedene Schweregrade unterschieden (leicht, mittel und schwer).

5. Das Gesamtbild der Alkoholembryopathie ist pathognomonisch und typisch, auch wenn die einzelnen Symptome (körperliche, seelische, verhaltensbezogene) unspezifisch sind.
6. Nur die Alkoholkrankheit in ihrer kritischen und chronischen Phase nach Jellinek (71) führen zum Vollbild der Alkoholembryopathie. Gelegenheitstrinken und Alkoholgenuss von nicht-alkoholkranken Frauen lässt eher Schäden im Sinne von Alkoholeffekten erwarten.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass Autoren wie Jacobson (70) neben dem chronischen Alkoholabusus auch episodisches Rauschtrinken (sog. „Binge drinking“, definiert als mehr als fünf Drinks bei einer Gelegenheit) als Ursache für die Entwicklung eines FAS sehen.

### 2.3 Terminologie

Die Bezeichnungen „Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) und „Alkoholembryopathie“ (AE) sind synonym zu gebrauchen. Beide Begriffe implizieren jedoch die Begrenzung der Alkoholschädigung auf nur *eine* der beiden Entwicklungsphasen (Fötal- versus Embryonalstadium). Pränataler Alkoholkonsum schädigt das Ungeborene jedoch sowohl während der Embryonal- (Histo- und Organogenese) als auch während der Fetalzeit (Organdifferenzierung und Hirnentwicklung). Insofern liegt streng genommen ein embryofetales Krankheitsbild vor.

Die Begriffe „Fetale Alkoholeffekte (FAE)“ oder „partielles FAS“ sind Bezeichnungen für eine pränatal stattgefundene Alkoholschädigung ohne die typischen morphologischen Anomalien. Feldmann empfiehlt, dennoch nicht von einer abgeschwächten Form des Syndroms auszugehen, da die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten ebenso ausgeprägt sein können wie bei Kindern mit dem Vollbild FAS (45). Die Grenzen zwischen FAS und Alkoholeffekten sind fließend. Im angloamerikanischen Sprachraum wird nicht zwischen den verschiedenen Ausprägungen unterschieden, sondern das gesamte Spektrum der Schädigung als „Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD)“ bezeichnet.

Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit soll der Begriff FAS genutzt werden. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass bei der untersuchten Population nicht zwischen Vollbild und partiellem FAS unterschieden wurde.

## 2.4 Geschichte

Das Wissen um die schädigende Wirkung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft findet sich bereits im Alten Testament: „<sup>3</sup> Der Engel des Herrn erschien der Frau und sagte zu ihr: Gewiss, du bist unfruchtbar und hast keine Kinder; aber du sollst schwanger werden und einen Sohn gebären. <sup>4</sup> Nimm dich jedoch in Acht und trink weder Wein noch Bier und iss nichts Unreines!“ (12).

Lemoine et al. dokumentierten 1968 ihre Beobachtungen anhand von 128 Kindern alkoholkranker Eltern; die typischen Auffälligkeiten konnten in dieser frühen Arbeit bereits definiert werden: „un faciès très particulier, une hypotrophie, une grande fréquence de malformations, des perturbations psycho-motrices“ (91). Die größere wissenschaftliche Aufmerksamkeit jedoch erreichten Jones und Smith im Jahre 1973 mit ihrer Publikation über acht Betroffene im *Lancet* (72). Sie waren es, die erstmals den Begriff „Fetales Alkohol-Syndrom“ gebrauchten. In Deutschland entwickelten sich um Majewski, Bierich und Löser verschiedene Arbeitsgruppen, die seit 1976 zahlreiche Arbeiten publizierten (96). Majewski führte im deutschsprachigen Raum den Begriff „Alkoholembryopathie“ ein (122).

## 2.5 Epidemiologie

### 2.5.1 Alkoholembryopathie

Verlässliche Aussagen über die Häufigkeit der Alkoholembryopathie in Deutschland zu treffen ist nicht einfach. Die besonderen Schwierigkeiten beim Thema FAS gehen über die üblichen Herausforderungen epidemiologischer Forschung hinaus: zum einen ist das Spektrum der Alkoholschädigung breit gefächert. Wie bereits angesprochen, geht nur das Vollbild mit morphologischen Auffälligkeiten einher, somit bleiben viele Pati-

enten zeitlebens unerkannt. Hinzu kommt, dass nach einer Untersuchung von Astley 80 Prozent der FAS-Betroffenen nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie leben (14); aufgrund dessen gestaltet es sich häufig schwierig, anamnestische Informationen über Schwangerschaft und insbesondere den Alkoholkonsum zu erhalten.

Abel führte 1995 eine umfangreiche Literaturrecherche hinsichtlich der Inzidenz des FAS durch, indem er 35 US-amerikanische, australische und europäische Studien auswertete. Er erhob für die westliche Welt eine mittlere Inzidenz für FAS von 0,95 Betroffenen pro 1000 Lebendgeborenen. Die Zahlen variierten stark und ließen sozioökonomische und ethnische Einflüsse erkennen.

Für Deutschland existiert eine Hochrechnung von Nordhues (102), der anhand einer Befragung von Pflegefamilien eine Prävalenz von 3 Betroffenen auf 1000 Lebendgeborenen ermittelte; dies entspräche etwa 2050 Geburten in Deutschland. Auch Schätzungen von Feldmann et al. gehen von einer Inzidenz von 1:300 hinsichtlich des Vollbilds aus (44). Dies entspricht etwa 2200 Neugeborenen pro Jahr in Deutschland. Etwa doppelt so viele (circa 4500) Neugeborene seien darüber hinaus von einem – überwiegend unerkannten – partiellen FAS betroffen.

Kinder in Pflegefamilien stellen eine Hochrisikogruppe für das Vorliegen von FAS dar: Nordhues' Untersuchungen zeigen für das deutsche Pflegewesen eine Prävalenz von 22,9 Prozent auf (102), eine internationale Übersichtsarbeit von Lange et al. ermittelte im Bereich der Kinderwohlfahrt eine Prävalenz für FAS von 6,0 Prozent und für Fetale Alkoholeffekte von 16,9 Prozent (89).

### **2.5.2 Alkoholkonsum**

Ein Blick auf den Alkoholkonsum in Deutschland zeigt Folgendes: Der Pro-Kopf-Verbrauch reinen Alkohols ist im Laufe der letzten 20 Jahre gesunken von circa zwölf auf circa zehn Liter pro Person und blieb in den letzten Jahren relativ konstant (51).

In Deutschland konsumieren insgesamt 9,5 Millionen Menschen Alkohol in „gesundheitlich riskanter Weise“; dies entspricht einem Konsum von täglich mehr als 12 Gramm bei Frauen bzw. 24 Gramm Reinalkohol bei Männern (4). Ein Konsum von mehr als 40 Gramm bei Frauen bzw. über 60 Gramm bei Männern wird als gefährlicher Konsum, mehr als 80 Gramm bei Frauen bzw. über 120 Gramm bei Männern als Hochkonsum bezeichnet. Zum Vergleich: 10-12 Gramm Alkohol entsprechen entweder einem Glas Bier (0,3 l), einem Glas Schnaps (0,04 l) oder einem Glas Wein (0,125 l). Im anglo-amerikanischen Raum ist man dazu übergegangen, diese Mengen jeweils als „einen Drink“ zu bezeichnen. Im epidemiologischen Suchtsurvey von 2009 untersuchten Kraus et al. die 30-Tage-Prävalenz für riskanten Alkoholkonsum, Hochkonsum sowie die Häufigkeit von sogenanntem „Binge drinking“ (81). Die Ergebnisse zeigt Tabelle 2.5.2. Demnach konsumieren 14,3 Prozent der Frauen Alkohol in riskantem Maße oder darüber hinaus, aber ganze 18,5 Prozent der befragten Frauen gaben an, innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal über fünf Drinks bei einer Gelegenheit zu sich genommen zu haben.

Tabelle 2.5.2: 30-Tage-Prävalenz von Alkoholkonsum

Konsummenge (männlich/ weiblich)	Gesamt [%]	Männer [%]	Frauen [%]
Riskanter Konsum (> 24 / > 12 g)	14,4	15,7	13,0
Gefährlicher Konsum (> 60 g/ > 40 g)	1,8	2,4	1,2
Hochkonsum (> 120 g/ > 80 g)	0,3	0,5	0,1
Binge drinking (> 5 Drinks/ Gelegenheit)	33,9	46,6	18,5

### ***Alkoholkonsum in der Schwangerschaft***

Bergmann untersuchte 2006 in Berlin 344 Schwangere auf ihren Alkoholkonsum: 42 Prozent der Frauen gaben an, während der Schwangerschaft gar keinen Alkohol getrunken zu haben. Vier Prozent lebten nach eigener Aussage nach Feststellung der Schwangerschaft abstinent und 58 Prozent der Frauen gaben zu, auch während der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben. Von diesen trank der überwiegende Teil (78 Prozent) bis zu einmal im Monat, 18 Prozent tranken zwei- bis viermal im Monat,

2,3 Prozent zwei- bis viermal pro Woche, und 1,4 Prozent der Schwangeren gaben an, häufiger als viermal pro Woche Alkohol zu sich zu nehmen (22).

## **2.6 Pathophysiologie**

Das Fetale Alkoholsyndrom entsteht durch akuten oder chronischen Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft (44,94). Ethanol und seine Metaboliten sind als „zytotoxische und mitosehemmende Substanz[en]“ (Löser (94)) direkt verantwortlich für eine Vielzahl von Fruchtschäden.

### **2.6.1 Alkohol-Metabolismus**

Als wasserlösliche Substanz überwindet Alkohol die Plazentaschranke ungehindert und führt beim Ungeborenen zu ebenso hohen Blutalkoholspiegeln wie bei der Mutter (94).

Ethanol wird über die Zwischenprodukte Acetaldehyd und Acetat zu Acetyl-CoA abgebaut. Acetaldehyd besitzt ein deutlich toxischeres Potential als Alkohol (92). Für den Abbauprozess stehen dem menschlichen Körper drei Systeme zur Verfügung (36,110):

1. Der größte Anteil des Alkoholabbaus findet in der Leber durch die Alkohol-Dehydrogenase (ADH) und die Aldehyd-Dehydrogenasen (ALDH) statt.
2. Einen weitaus geringeren Anteil am Alkohol-Metabolismus tragen die Peroxisomen: hier wird mithilfe von Wasserstoffperoxid aus Ethanol Acetat katalysiert.
3. Insbesondere bei Alkoholikern kann die mikrosomale Alkohol-Oxidase – das sogenannte MEOS (mikrosomal Ethanol-oxidierendes System) – im endoplasmatischen Retikulum bis zu 30 Prozent des Abbaus übernehmen (92). Das zuständige Enzym „CYP2E1“ gehört zur Familie der Cytochrom-P-450-Enzyme (110). Die Induzierbarkeit der mikrosomalen Alkohol-Oxidase ist höchstwahrscheinlich der Grund für den gesteigerten Alkoholmetabolismus bei Alkoholikern (28) und führt zu einer erhöhten metabolischen Toleranz (92).

Die Alkohol-Elimination gehorcht einer Kinetik nullter Ordnung: der Serumalkoholspiegel sinkt relativ konstant um circa 0,15 Promille pro Stunde (36).

### **2.6.2 Alkohol-Metabolismus beim Ungeborenen**

Untersuchungen zeigen, dass die Alkohol-Dehydrogenase erstmals beim zweimonatigen Feten ihre Funktion aufnimmt, zu diesem Zeitpunkt beträgt die Aktivität nur 3-4 Prozent im Vergleich zum Erwachsenen; die vollständige Aktivität erreicht die ADH erst im 5. Lebensjahr (109). Dies bedeutet, dass der über die Plazenta diffundierte Alkohol deutlich länger im Organismus verbleibt und das Ungeborene somit einem längeren und höheren Alkoholeinfluss ausgesetzt ist als die Trinkende.

Weitere Kofaktoren, die mit der Alkoholkrankheit einhergehen und einen Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft haben können sind organische Leberschäden, Unterernährung mit nachfolgendem Mangel an Elektrolyten, Vitaminen und Spurenelementen sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Einnahme weiterer schädigender Genussmittel wie Kaffee, Nikotin, aber auch Drogen und Medikamente (94).

### **2.6.3 Penetranz**

Nicht jede alkoholranke Frau gebärt ein Kind mit Fetalem Alkoholsyndrom. Selbst bei hohem Alkoholkonsum liegt das Risiko eines FAS bei „nur“ 30-40 Prozent (79). Offenbar existieren weitere, modulierende Faktoren für die Ausprägung der Schädigung. In einer Untersuchung wurden als mütterliche Risikofaktoren für das Auftreten eines FAS starker Alkoholmissbrauch, ein niedriger sozialer Status sowie Nikotinkonsum festgestellt, die zu Hypoxie und einer vermehrten Radikalbildung beim Ungeborenen führten (9).

Trotz umfangreicher Bemühungen konnte bisher keine lineare Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der konsumierten Alkoholmenge und dem Schweregrad der Alkoholembyopathie festgestellt werden (94), sodass es keinen Anhalt für einen unbedenklichen Schwellenwert in der Schwangerschaft gibt (44,94). Auch gelegentlicher,

starker Alkoholkonsum („Binge drinking“) bei Nicht-Alkoholikerinnen kann zur Ausprägung eines FAS führen (70).

## **2.7 Klinik**

Im Folgenden sollen die verschiedenen Auswirkungen der intrauterinen Alkoholexposition auf Körper, Gehirn und Psyche des Betroffenen aufgezeigt werden.

### **2.7.1 Körperliche Fehlbildungen**

#### ***Wachstum***

Gewicht und Größe alkoholexponierter Kinder weichen sowohl prä- als auch postnatal vom Gesunden ab. Bedingt durch eine Skelettmuskel-Hypotrophie und nur wenig ausgeprägtem subkutanen Fettgewebe sind FAS-Betroffene bei der Geburt kleiner und leichter als gesunde Kinder (44,45). Typischerweise liegt kein Wachstumshormonmangel vor (57). Der Unterschied zu den Altersgenossen bleibt – vor allem bei Jungen – auch in der Pubertät bestehen; Mädchen holen hinsichtlich des Gewichts häufig auf (123), bleiben jedoch klein von Statur und wirken so vergleichsweise stämmig (43,45).

#### ***Kraniofaziale Auffälligkeiten***

Bedingt durch eine Hypoplasie des Mittelgesichts zeichnet sich die typische „FAS-Fazies“ durch kurze Lidspalten, ein verstrichenes Philtrum sowie eine schmale Oberlippe aus (13,43,45,94). Die Physiognomie ist „wenig differenziert und durchaus charakteristisch“ (Löser (94)). Weitere beschriebene, jedoch weniger typische Auffälligkeiten sind eine verkürzte, breite Nase mit vorstehenden Narinen, tief ansetzende, nach hinten rotierte und wenig modellierte Ohren, ein Haaraufstrich im Nacken, eine Gaumenspalte sowie kleine Zähne mit konsekutiv vergrößerten Zahnzwischenräumen (45,107,123). Augenärztliche Untersuchungen zeigen, dass rund 90 Prozent der Betroffenen okuläre Veränderungen aufweisen: organisch liegt eine enge, verkürzte Lidspalte vor, die Lidachse kann antimongoloid verstellt sein, außerdem bestehen nicht selten ein Epikanthus oder eine Ptosis. Retraktionsfehler und Strabismus sind weitere

häufige funktionelle Störungen im Rahmen eines FAS (65,139). Die typischen Fehlbildungen können sich – mit Ausnahme der Mikrozephalie – im Laufe des Lebens zurückbilden („verwachsen“), weshalb zur Diagnosestellung Fotos aus der Kleinkindzeit hilfreich sein können (45,107,123).

### ***Weitere körperliche Auffälligkeiten***

Alkohol als Mitosegift führt ubiquitär zu Hemmungsmisbildungen. Bei den Betroffenen treten häufiger als bei Gesunden Fehlbildungen in Bereichen des Respirationstrakts, des kardiovaskulären und muskuloskelettalen Systems sowie des Verdauungs- und Urogenitaltrakts auf; weiterhin werden mehrfach Entwicklungsstörungen von Haut, Bindegewebe sowie Störungen des Immunsystems beschrieben (44,45,94,95).

### **2.7.2 Neuropathologie**

*„Kein Organ reagiert formal-genetisch so empfindlich auf Alkohol wie das Zentralnervensystem.“ (Löser (94))*

Das Gehirn weist während der Schwangerschaft die höchste Stoffwechselaktivität und den größten Sauerstoffverbrauch auf, während die Hirnzellmembranen am sensibelsten auf toxische Substanzen reagieren (94). Alkoholexposition in utero führt zu einer Reihe komplexer und variabler organischer Veränderungen, unter anderem einer allgemeinen Mikrozephalie, Mikrogyrie, Hypotrophie und Hypoplasie sowie Läsionen von Kleinhirn, Thalamus, Hypothalamus, Corpus callosum und Hippocampus (94,95). Störungen des dopaminergen und noradrenergen Neurotransmittersystems führen zu erhöhter Reaktionsbereitschaft auf externe und interne Reize, klinisch zeigt sich ein als „überdreht“ wahrgenommenes, unkontrolliertes Verhalten (45). Analog dazu zeigen sich EEG-Veränderungen bei über 50 Prozent der Betroffenen (94).

### 2.7.3 Psychopathologie

#### ***Kognitive Störungen***

Der Intelligenzquotient FAS-Betroffener liegt in der Regel bei weniger als 80 Punkten (44,66,91,132). Sowohl die Intelligenzminderung als auch die mentale Retardierung sind unumkehrbar und pädagogischen oder sonstigen Fördermaßnahmen in der Regel nicht zugänglich (123). Die Denkabläufe sind abschweifend und unkonzentriert (43,45,94,95). Als Kinder entwickeln die Betroffenen wenig eigene Spielideen, sondern ahmen andere Kinder und Erwachsene eher nach (43,94). Sollen die Menschen sich und ihr Verhalten erklären, versuchen sie häufig, ihr Unverständnis zu verbergen, indem sie ausweichen oder Geschichten erfinden; dies führt wiederum zu Ablehnung, da dieses Verhalten von Außenstehenden als Unehrllichkeit interpretiert wird (43). Die Merkfähigkeit ist stark vermindert, dabei sind Kurz- und Langzeitgedächtnis gleichermaßen betroffen (95,129).

#### ***Wahrnehmung, Motorik und Sprache***

Als Besonderheit weisen FAS-Betroffene eine gewisse Schmerz- und Temperaturunempfindlichkeit auf (43,45,94). Dieser Beobachtung konnte von Hüther auch bei traumatisierten Kindern gemacht werden, der den Defekt auf Ebene der sensorischen Integrationsfähigkeit sieht (67). Aus Fehlern zu lernen fällt den Kindern besonders schwer (43-45). Feinmotorisch zeigen sie sich eher ungeschickt, im grobmotorischen Bereich jedoch können die Kinder durch ihre Lebhaftigkeit relativ kompetent wirken (43,44). Die Sprachentwicklung ist global vermindert (45,131).

#### ***Soziale und emotionale Störungen***

Hyperaktivität mit motorischer und geistiger Unruhe, hoher Impulsivität und leichter Ablenkbarkeit ist eine häufige Nebendiagnose bei Vorliegen eines FAS (45,94). Die Betroffenen unterliegen starken Stimmungsschwankungen; das Spektrum reicht dabei von naiver Fröhlichkeit bis hin zu Wut, Trauer und Weinen. Viele FAS-Kindern schaffen es bis ins Erwachsenenalter hinein nicht, ihre Affekte zu kontrollieren (43,44,95).

Feldmann und Löser beschreiben das häufig zu beobachtende Verhalten der Patienten als „persistierende Infantilität“ (43,94); tatsächlich entwickeln viele Betroffene kein Gespür für den Wert von Geld und Zeit (43,45). Außerdem entwickeln die Kinder – nicht zuletzt aufgrund der hohen Schmerz- und Temperaturtoleranz – keine Angst vor Gefahren, beispielsweise beim Toben und Klettern oder im Straßenverkehr. Hier lässt sich eine erhöhte Risikobereitschaft beobachten, die nicht selten zu schweren Verletzungen führt (43,45).

Daheim benötigen die Kinder auch bei Alltagsaufgaben ständige Anleitung; sie entwickeln beispielsweise für das morgendliche Waschen und Ankleiden keine Routine (43). Weiterhin fallen die Kinder typischerweise durch ein geringes Distanzgefühl auf (44,129). Da die Kinder die Ablehnung der Gleichaltrigen nicht verstehen, bevorzugen sie häufig das Spiel mit jüngeren Kindern (43). Sie zeigen Fremden gegenüber kaum Misstrauen und suchen auf meist anschniegsame Art die Nähe von Erwachsenen. Ab der Pubertät kann dies auch auf sexualisierende Weise geschehen, was insbesondere bei Mädchen zu ungewollten und gefährlichen Situationen führen kann. Insgesamt haben FAS-Betroffene große Probleme, soziale Beziehungen richtig einzuschätzen; so wird ein Fremder schnell zum „besten Freund“ (43,44). Aufgrund der Naivität, Verleitbarkeit und Leichtgläubigkeit sowie der Unfähigkeit, die Konsequenzen des eigenen Handelns richtig einschätzen zu können, werden FAS-Patienten nicht selten zu sexuellen oder kriminellen Handlungen ausgenutzt (43,45).

## **2.8 Diagnostik**

Löser vergleicht die Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms mit einem Mosaikbild: keines der körperlichen Symptome ist für sich genommen spezifisch, die „Gesamtheit aller körperlichen dysmorphologischen Kennzeichen“ sei jedoch pathognomonisch für das „Fehlbildungsmuster Alkoholembryopathie“ (Löser (94)).



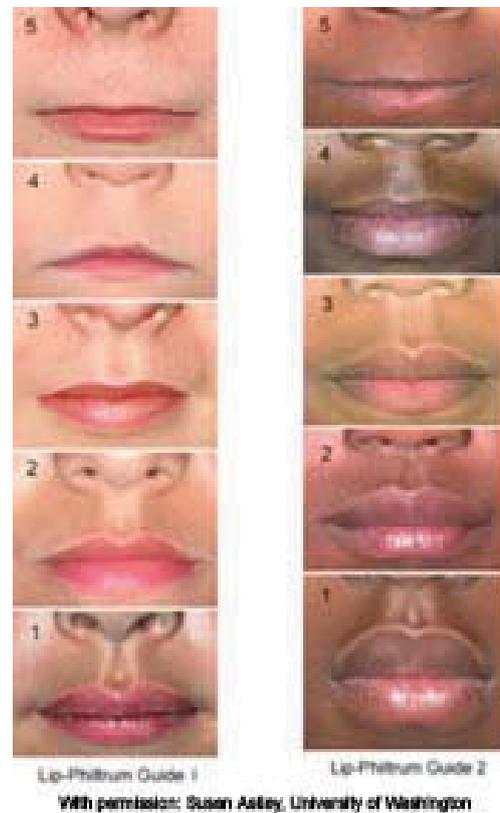
weiterhin einen signifikant erniedrigten Body Mass Index fest. Eines dieser drei Kriterien (Länge, Gewicht oder BMI unterhalb der 10. Perzentile) reicht aus, um das Kriterium Wachstumsauffälligkeit zu erfüllen. Dabei ist die Messung zu einem beliebigen Zeitpunkt möglich. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass andere Ursachen einer Wachstumsverzögerung (vgl. Kapitel 2.8.5 „Differentialdiagnosen“) auszuschließen sind.

## 2. Alle drei für FAS typischen fazialen Auffälligkeiten:

Die typische Trias der FAS-Gesichtsformation, die vor allem durch eine Hypoplasie des Mittelgesichts geprägt ist, wurde 1995 von Astley und Clarren (13) mit der Entwicklung des D-Scores thematisiert. Die Sensitivität dieses Screenings betrug in ihrer Untersuchung 100 Prozent, die Spezifität 87,2 Prozent. Sie besteht aus folgenden Merkmalen, die auch nach Leitlinie der AWMF vorliegen müssen:

- Kurze Lidspalten. Für die Beurteilung der Länge der Lidspalten wurde – ähnlich wie zur Beurteilung von Körpergröße und -länge – von Clarren et al. (30) eine Perzentilenkurve anhand der kanadischen Population entwickelt. Astley et al. wiesen die Übertragbarkeit der Kurve auf die US-amerikanische Bevölkerung nach (16). Die Lidspalten-Länge sollte für die Diagnose FAS unterhalb der 3. Perzentile liegen.
- Verstrichenes Philtrum. Astley entwickelte einen fotografischen „Lip-Philtrum-Guide“ (vgl. Abbildung 2.8.2), anhand dessen man anhand einer fünfstufigen Likert-Skala die Ausprägung der Hypoplasie ablesen kann (5). Für die Diagnose FAS sollten die Messungen dem Rang vier oder fünf entsprechen.
- Schmale Oberlippe. Auch zur Beurteilung der Oberlippe bedient man sich des Lip-Philtrum-Guides. Wiederum sollte die Oberlippe dem Rang vier oder fünf ähnlich sehen.

Abbildung 2.8.2: Lip-Philtrum-Guide. Mit freundlicher Genehmigung von Susan Astley, University of Washington (5)



### 3. Mindestens eine ZNS-Auffälligkeit

Unter zentralnervösen Auffälligkeiten können funktionelle oder strukturelle Störungen zusammengefasst werden, von denen zur Erfüllung des Kriteriums mindestens *eine* vorliegen sollte.

- Zu den funktionellen Auffälligkeiten zählen:
  - Globale Intelligenzminderung. Die kognitive Leistung kann mit gängigen Instrumenten, wie z.B. den Wechsler Intelligenztests für die verschiedenen Altersstufen (143), erfasst werden und sollte für die Diagnose FAS um mindestens zwei Standardabweichungen nach unten von der Norm abweichen. Als Äquivalent gilt bei Unter-Zweijährigen eine globale Entwicklungsverzögerung, zu erfassen z.B. mithilfe der Bayley Scales of Infant and Toddler Development (20).

- Als Alternative zur oben genannten Diagnostik gelten weiterhin eine um mindestens zwei Standardabweichungen nach unten abweichende Leistung in entweder drei der folgenden Bereiche oder – bei Vorliegen einer Epilepsie – in zwei der folgenden Bereiche, für die ebenfalls diverse, teilweise kommerzielle, Tests zur Verfügung stehen:
  - Sprache
  - Feinmotorik
  - Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
  - Exekutive Funktionen
  - Rechenfertigkeiten
  - Lern- oder Merkfähigkeit
  - Aufmerksamkeit
  - Soziale Fähigkeiten oder Verhalten
- Als einzige strukturelle zentralnervöse Auffälligkeit gilt die Mikrozephalie als anerkannter und vor allem leicht zu erhebender Parameter. Day konnte in einer Studie mit 580 Kindern zeigen, dass der Kopfumfang bei FAS-Betroffenen im Alter von 14 Jahren mit einer absoluten Differenz von 6,6 Millimetern signifikant geringer ist als bei Gesunden (34). Andere Arbeiten wie die Handmakers, der den Kopfumfang pränatal sonographisch verglich, konnte diese Beobachtung nicht teilen (56). Unter anderem aufgrund der geringen Spezifität des Kriteriums konnte sich die Arbeitsgruppe auf keinen „Cut-Off-Wert“ einigen; die Empfehlungen liegen zwischen den Grenzen von 3. und 10. Perzentile. Bei Verdacht auf das Vorliegen eines FAS sei jedoch immer eine zusätzliche neuropsychologische Diagnostik erforderlich.

#### 4. Bestätigte oder nicht bestätigte intrauterine Alkohol-Exposition

Selbstverständlich stellt die Untersuchung des Alkoholkonsums der leiblichen Mutter während der Schwangerschaft einen festen Bestandteil der FAS-Diagnostik dar. Erfah-

rungsgemäß ist die Evaluation des Trinkens und insbesondere des Trinkmusters jedoch schwierig: der Großteil der Kinder lebt nicht mehr in der leiblichen Familie. Informationen über die Schwangerschaft sind häufig nur schwer oder gar nicht zu bekommen. Außerdem stellt Alkoholkonsum im Allgemeinen und erst recht während der Schwangerschaft ein gesellschaftliches Tabu dar; häufig wird das Thema von medizinischem Personal nicht angesprochen und von der werdenden Mutter negiert oder heruntergespielt (18).

Die Autoren der Leitlinie sind sich einig, dass ein bestätigter pränatale Alkoholexposition kein zwingender Faktor zur Stellung der Diagnose FAS ist. Burd et al. konnten in ihrer Arbeit zeigen, dass bei fehlender Alkoholanamnese bei der FAS-Diagnostik die Sensitivität stieg und die Spezifität sank (24): in der retrospektiven Untersuchung gab es sowohl mehr richtig-positive, aber auch mehr falsch-positive Fälle als bei der Vergleichsgruppe, bei der Informationen über den Alkoholkonsum vorlagen. Die Autoren der Leitlinie nehmen die niedrigere Spezifität jedoch in Kauf mit der Argumentation, dass auch nicht diagnostizierte FAS-Kinder sowie Nicht-alkoholexponierte Kinder mit den oben beschriebenen Wachstums- und ZNS-Auffälligkeiten einen ähnlich hohen Förderbedarf aufweisen wie bestätigte FAS-Betroffene (18).

Die vier diagnostischen Kriterien, die von der AWMF gefordert werden, entsprechen im Großen und Ganzen den Kriterien des „FASD 4-Digit Diagnostic Code“ von Astley (vgl. Kapitel 2.8.2).

Die Diagnose sei von einem sogenannten „FAS-erfahrenen Leistungserbringer“ zu stellen, beispielsweise den FASD-Ambulanzen in Berlin (Prof. Dr. Spohr) und Münster (Dr. Dipl.-Psych. Feldmann). Autoren wie Landgraf et al. (87) geben zu bedenken, dass die gängigen diagnostischen Instrumente in der Regel an Kindern überprüft werden, bei denen bereits ein FAS diagnostiziert wurde. Somit ist die Aussagekraft in Bezug auf die Reliabilität der Instrumente limitiert.

### 2.8.2 4-Digit Diagnostic Code nach Astley

Der weit verbreitete 4-Digit Diagnostic Code von Astley (15) prüft anhand der Kriterien Wachstumsstörung, kraniofaziale Dysmorphien, ZNS-Schädigung und der Angabe von pränataler Alkoholexposition die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD). Jedes Kriterium wird anhand einer vierstufigen Likert-Skala bewertet; man erhält nach Aneinanderreihung der Ziffern einen vierstelligen „Code“. Es gibt 256 mögliche Konstellationen, die in 22 Kategorien zusammengefasst werden. Drei dieser Kategorien sprechen letztlich für das Vorliegen einer Fetalen Alkoholspektrumstörung: FAS mit positiver Alkoholanamnese (Kategorie A), FAS mit unklarer Alkoholanamnese (Kategorie B) und partielles FAS mit positiver Alkoholanamnese (Kategorie C).

Tabelle 2.8.2: FASD 4-Digit Diagnostic Code

	Wachstums- störung	Kraniofaziale Dysmorphien	ZNS-Schädigung	Pränatale Alko- holexposition
4	Signifikant	Deutlich	Definitiv	Hohes Risiko
3	Moderat	Moderat	Wahrscheinlich	Risiko vorhanden
2	Leicht	Leicht	Möglich	Unbekannt
1	Kein Hinweis	Kein Hinweis	Unwahrscheinlich	Kein Risiko

### 2.8.3 Klassifikation nach Majewski

Auch Majewski (96) entwickelte einen Punktescore, bei dem einer großen Auswahl körperlicher Auffälligkeiten sowie einigen wenigen neurologischen, psychopathologischen und Verhaltensstörungen ein Punktwert zugeordnet wird (z.B. intrauteriner Minderwuchs: 4 Punkte, geistige Entwicklungsverzögerung: 2-8 Punkte, Hyperaktivität: 4 Punkte). Durch die Summierung der Punkte ergibt sich ein Zahlenwert, der eine Zuweisung in drei Ausprägungsgrade möglich macht; diese Einteilung ist nicht zur Diagnosestellung geeignet und sollte möglichst innerhalb der ersten drei Lebensjahre durchgeführt werden.

Majewski unterscheidet drei Schweregrade der Alkoholembryopathie (AE):

- AE Grad I entspricht einer leichten, oligosymptomatischen Form (10-29 Punkte). Das Gesicht ist normal oder uncharakteristisch verändert, die körperliche Entwicklung ist leicht unterdurchschnittlich, die geistigen Fähigkeiten geringfügig vermindert. Die Diagnosestellung ist nur bei gesichertem, schwerem Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft möglich.
- AE Grad II entspricht einer mittelschweren, moderaten Ausprägung (20-39 Punkte). Das Gesicht ist zwar auffällig, jedoch nicht pathognomonisch verändert. Körperlich liegen intrauteriner Minderwuchs, Untergewicht sowie eine Mikrozephalie vor. Neurologische Auffälligkeiten und geistige Minderbegabung können vorkommen, organische Fehlbildungen sind seltener.
- AE Grad III entspricht einer ausgeprägten Alkoholembryopathie (> 40 Punkte). Fast alle typischen Symptome lassen sich nachweisen. Es kommt zur intrauterinen Wachstumsverzögerung, Mikrozephalie, den typischen kraniofazialen Anomalien sowie einer allgemeinen Muskelhypotonie. Die Betroffenen leiden unter erheblichen geistigen Behinderungen und zahlreichen inneren Fehlbildungen.

#### **2.8.4 FASQ nach Feldmann**

Den oben aufgeführten Diagnosesystemen ist gemein, dass das Vorliegen körperlicher Auffälligkeiten eine zwingende Voraussetzung für die Feststellung des Fetalen Alkoholsyndroms ist. Dies ist problematisch, wenn man bedenkt, dass die fazialen Veränderungen vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter ins Auge fallen und sich mit zunehmendem Alter normalisieren (45). Außerdem können die Formen des partiellen FAS mit isolierten „hirnorganische[n] Schädigungen ohne begleitende sichtbare Fehlbildungen“ (Feldmann et al. (44)) mit oben genannten Methoden nicht erfasst werden. Aufgrund dessen entwickelte Feldmann den „Fetal Alcohol Syndrom Questionnaire (FASQ)“ (1), der insbesondere Verhaltens- und emotionale Auffälligkeiten erfasst. Die Betreuer der Betroffenen füllen einen Fragebogen aus und bewerten anhand von 38

Aussagen, ob und – anhand einer vierstufigen Likert-Skala – in welcher Ausprägung für FAS typisches Verhalten auftritt. Scheffner (114) konnte für den FASQ in ihrer Arbeit eine Sensitivität von 96 % sowie eine Spezifität von 99 % ermitteln. Weiterhin ist der Test in der Lage, zwischen Gesunden, Patienten mit ADHS und FAS zu unterscheiden. Der Autor betont, dass „der FASQ allein noch keine sichere Diagnosestellung“ (45) erlaubt, sondern als ein Baustein des Diagnoseprozesses zu sehen sei. Der FASQ ist ein etablierter diagnostischer Bestandteil in der FAS-Ambulanz der Universitätsklinik Münster; für die vorliegende Arbeit liefert er Informationen über das Vorhandensein sowie das Ausmaß von Verhaltensstörungen und emotionalen Auffälligkeiten der Patienten.

### **2.8.5 Differentialdiagnosen nach AWMF**

Die Differentialdiagnosen für jedes einzelne der diagnostischen Kriterien sind mannigfaltig. Insbesondere bei unbekannter Alkoholanamnese ist die Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern eine Herausforderung für den Untersucher. Die AWMF liefert in ihrer Leitlinie eine umfangreiche differentialdiagnostische Auflistung zu allen geforderten diagnostischen Kriterien (18).

1. Wachstumsstörungen: Zunächst wird zwischen prä- und postnatalen Pathologien unterschieden. Zu den pränatalen Wachstumsstörungen gehören uterine, fetale und exogene Ursachen. Postnatal kommen sporadische, metabolische, organische, hormonelle, genetische und exogene Störungen vor.
2. Faziale Auffälligkeiten: Gesichtsmalformationen können sowohl toxisch als auch genetisch bedingt sein (z.B. Cornelia de Lange-Syndrom, Noonan-Syndrom, Turner-Syndrom).
3. ZNS-Auffälligkeiten: Vor allem der Formenkreis der funktionellen Störungen ist sehr unspezifisch und kann bei isoliertem Auftreten nur selten einer bestimmten Ursache zugeordnet werden. Die Mikrocephalie als Ausdruck einer strukturellen Auffälligkeit kann – wie die anderen Wachstumsstörungen – prä- oder

postnatal auftreten. Sie kann sporadisch, genetisch, metabolisch, infektiologisch oder auch durch Mangelversorgung verursacht sein.

## **2.9 Prognose**

Die Schäden der intrauterinen Alkoholexposition sind unumkehrbar (45,94). Bei einer Untersuchung von 90 erwachsenen FAS-Patienten fanden Streissguth et al. (130) bei 90 Prozent psychische Probleme, insbesondere ADHS und Depression. Es fand sich ein hoher Anteil an Schulabbrechern, 60 Prozent der Patienten waren bereits in Konflikt mit dem Gesetz geraten und 50 Prozent berichteten über einen Freiheitsentzug aufgrund psychischer Probleme, Drogenabhängigkeit oder aufgrund von Straftaten. Letztlich brauchten 80 Prozent der erwachsenen Patienten Betreuung im Alltag; die Arbeitslosenquote lag mit 70 Prozent dramatisch hoch.

Analog dazu konnte in der Münsteraner FAS-Praxis anhand 60 erwachsener FAS-Patienten gezeigt werden, dass eine Selbstständigkeit fast nie erreicht wird (50). Der schulisch-berufliche Werdegang ist geprägt von häufigen Wechseln und Abbrüchen. Auch die sozialen und emotionalen Störungen persistieren, die überwiegende Mehrheit der Patienten wurde bereits Opfer (sexuellen) Missbrauchs. Auf eine betreute Wohn- und Arbeitssituation kann in der Regel nicht verzichtet werden (45,107). Da es keine Heilung für das Fetale Alkoholsyndrom gibt, gilt es, im Kindes- und Erwachsenenalter die beschriebenen sekundären Nachteile und Komplikationen zu verhindern und dem Patienten geeignete Betreuungs- und – im Rahmen seiner Möglichkeiten – Ausbildungsmöglichkeiten zu bieten. Hierfür ist eine frühzeitige Diagnose und eine konsequente psychosoziale Betreuung der Patienten unabdingbar (45,125).

## **2.10 Aussicht**

### **2.10.1 Frühe Diagnosestellung**

Die Autoren sind sich einig, dass eine frühe Diagnosestellung für die Betroffenen hilfreich und wichtig ist (45,107,133). Hierdurch bleiben sowohl ihnen als auch den Fami-

lien weitreichendere Untersuchungen und Therapieversuche erspart. Die Diagnose bedeutet weiterhin eine Entlastung für die (Pflege-) Familie: das als anstrengend empfundene Verhalten des Schützlings kann nun besser verstanden und eingeordnet werden, gleichzeitig reduzieren sich Selbstzweifel und Gefühle des Versagens (45). Der Erfahrung nach kommt es seltener zu biographischen Brüchen und Missbrauchserfahrung, da frühzeitig angemessene Schul- und Betreuungsformen angebahnt werden können (44). Ein weiterer Aspekt ist die Anpassung der elterlichen Erwartung an die Entwicklungs- und Leistungsfähigkeit des Kindes (43,107); durch eine realistische Einschätzung kann oftmals der Teufelskreis aus Druck und Enttäuschung durchbrochen werden. Weiterhin erleichtert eine Diagnose den Familien den Zugang zu verschiedenen Hilfsangeboten, der Möglichkeit, einen (Schwer-) Behindertenausweis zu beantragen und ebnet den Weg zu Förderschulen und anderen Betreuungsmaßnahmen.

Die Diagnose FAS beinhaltet außerdem immer die Chance der Sekundärprophylaxe für nachfolgende Geschwisterkinder (45).

### **2.10.2 Hilfen**

Das Fetale Alkoholsyndrom ist nicht heilbar. Dennoch stehen den Betroffenen eine Auswahl an Hilfen zur Verfügung, beispielsweise Frühförderung, Logopädie, Krankengymnastik, Ergo- und Physiotherapie (107). Auch ein medikamentöser Behandlungsversuch mit Methylphenidat ist gerechtfertigt, vor allem bei den Kindern, die zu unkontrollierbaren Aggressionen und Impulsdurchbrüchen neigen (45). Für den Alltag haben sich einfache, geduldige Anleitung sowie die Bemühung um eine regelmäßige Tagesstruktur als hilfreich gezeigt (45). Schmidt et al. haben hierfür einen „Erste-Hilfe-Koffer“ entwickelt mit kindgerechten Anleitungen beispielsweise zum Zähneputzen, aber auch Anregungen für Eltern in Konfliktsituationen mit ihrem FAS-Kind (115).

### **2.10.3 Prävention**

Die FAS-Präventionsarbeit muss auf verschiedenen Ebenen geschehen: generell bedarf es einer vermehrten und ständigen Aufklärung der Bevölkerung (Primärprävention).

---

Weiterhin gilt es, Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialsystems besser in der Thematik zu schulen und zu sensibilisieren, sodass bei Auftreten eines Falles von FAS Wiederholungen vermieden werden können (Tertiärprävention). Selbstverständlich sollte das Alkoholverbot auch im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge angesprochen werden, um hier frühzeitig eingreifen und weiteren Schaden vermeiden zu können (Sekundärprävention (93)).

Einige Autoren wie Gille plädieren für eine Breitenaufklärung in der Schule zum Zeitpunkt der Pubertät: vor allem in dieser Umbruchphase seien Menschen – hier insbesondere die jungen Frauen – besonders aufgeschlossen und könnten echte Handlungskompetenz entwickeln (53). Ein Beispiel für ein solches Präventionsprogramm ist „Alkohol in der Schwangerschaft – der Schadstoff Nummer 1 für das ungeborene Kind“ von Welsch et al. Ihren Untersuchungen nach sei der Großteil der Schüler hinsichtlich der Problematik informiert; das Ziel müsse jedoch sein, auch die Minderheit an Schülern mit bestehendem Aufklärungsbedarf anzusprechen (144).

### **3 Trauma**

An dieser Stelle soll das Themengebiet der kindlichen Traumatisierung, insbesondere der Traumatisierung durch die eigenen Eltern beziehungsweise der engsten Bezugspersonen umrissen werden. Ist von Kindesmisshandlung die Rede wird unterschieden zwischen körperlicher, emotionaler und sexueller Gewalt sowie physischer und seelischer Vernachlässigung.

#### **3.1 Definitionen**

Als Kindesmisshandlung bezeichnet man die „nicht zufällige, meist wiederholte, gewaltsame Beeinträchtigung des physischen oder psychischen Wohlergehens von Kindern durch Handlungen oder Unterlassung“ (Straßburg (128)). Verursacher sind häufig die eigenen Eltern, aber auch Geschwister, Verwandte oder Betreuer wie Pflegeeltern oder Heimmitarbeiter.

Allgemein kann man Kindesmisshandlung verstehen als „Gesamtheit der Lebensbedingungen, der Handlungen und Unterlassungen, die das Recht des Kindes auf Leben, Entwicklung und Förderung beschneiden“ (Straßburg (128)).

### **3.1.1 Körperliche Misshandlung**

Unter körperlicher Kindesmisshandlung versteht man die Zufügung von Verletzungen durch aktive Handlung oder deren Unterlassung, sowie den Einsatz von Gewalt als erzieherisches Mittel. Körperliche Misshandlung von Kindern ist gesetzlich verboten: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig“ (§ 1631 Absatz 2 BGB).

Die strafrechtliche Definition der „Mißhandlung von Schutzbefohlenen“ nimmt ebenfalls die Aspekte ‚aktive Handlung‘ als auch ‚Unterlassung‘ auf: „Wer eine Person unter achtzehn Jahren ..., die seiner Fürsorge oder Obhut untersteht, ... quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird ... bestraft“ (§ 225 Absatz 1 StGB).

Mit Sicherheit kann man bei folgenden Konstellationen von körperlicher Misshandlung ausgehen:

- Die Härte der Bestrafung führt zu Platzwunden, Knochenbrüchen, Ausrenkungen von Gliedmaßen oder ausgeprägten Hämatomen.
- Schläge werden mit harten oder scharfen Gegenständen wie Stöcken oder Gürteln mit Schnallen ausgeführt.
- Es kommt zum Kontrollverlust des Erwachsenen mit zu festem Schleudern des Kindes, z.B. gegen eine Wand oder die Treppe hinunter.
- Es kommt zu ausgeprägten, unannehmbaren körperlichen Folgen durch die Misshandlung, wie zum Beispiel Verbrennungen, Verbrühungen, Striemen durch Fesselungen oder den Folgen von Beinahe-Ertränken (48).

Die Beispiele zeigen, dass unter körperlicher Kindesmisshandlung sowohl die vorsätzliche Körperverletzung als auch die Folgen eines – auch unbeabsichtigten – Kontrollverlustes verstanden werden.

### **3.1.2 Emotionaler Missbrauch**

Unter emotionalem Missbrauch wird die „feindliche oder abweisende Haltung von Eltern oder Erzieher gegenüber einem Kind“ (Straßburg (128)) bezeichnet; sie beeinträchtigt die erforderliche vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und Kind und behindert die Entwicklung des Kindes zur lebensbejahenden Persönlichkeit.

Nach Kairys et al. wird zwischen neun das Kind emotional schädigenden Verhaltensweisen unterschieden (74):

1. Missachten. Das Kind wird – auch in der Öffentlichkeit – erniedrigt und beschämt, ein Kind wird dem Anderen gegenüber benachteiligt, gezielt kritisiert und bestraft.
2. Terrorisieren. Der Täter begeht für das Kind lebensbedrohliche Handlungen, vermittelt ihm Unsicherheit und bedroht es mit Verlust, Verletzung oder Gefahr bei Nichterfüllen unrealistischer Forderungen. Auch kommt es zur Drohung von Gewaltanwendung gegen das Kind, seine Liebsten und seine Bezugsobjekte, beispielsweise gegen das Kuscheltier.
3. Ausbeuten oder Bestechen. Das Ziel ist, das Kind zu unangemessenem Verhalten zu drängen, seine Autonomie und kognitive Entwicklung zu behindern oder zu unterdrücken.
4. Verleugnen emotionaler Zuwendung. Das Kind wird ignoriert, es kommt nicht zum Ausdruck von Emotionen.
5. Zurückweisen. Das Kind wird gemieden und weggestoßen.
6. Isolieren. Dem Kind werden unsinnige Grenzen gegen seine Freiheit sowie den Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte gesetzt.

7. Unzuverlässige und inkonsistente Erziehung. Der Täter stellt an das Kind sich widersprechende und ambivalente Forderungen, die es zu erfüllen versucht, aber nicht kann.
8. Vernachlässigung der seelischen Gesundheit, medizinischer und erzieherischer Bedürfnisse. Emotionale, verhaltensorientierte, körperliche oder erzieherische Bedürfnisse werden ignoriert oder die Bezugsperson versagt beim Umgang mit kindlichen Forderungen.
9. Ignorieren und Versagen bei Beobachtung intimer Gewalt unter den Partnern. Im Rahmen häuslicher Gewalt erlebt das Kind sexuell-gewalttätige Handlungen unter den Eltern.

### **3.1.3 Sexueller Missbrauch**

Mit sexuellem Missbrauch bezeichnet man die „Einbeziehung abhängiger, unreifer Kinder und Jugendlicher in sexuelle Aktivitäten, die sich nicht vollständig verstehen, zu denen sie keine Einwilligung geben können und die die sozialen Tabus der Familienrollen verletzen“ (Goodman, Robert (54)).

Fälle von sexuellem Missbrauch im häuslichen Umfeld gehen häufig ohne Anwendung von Gewalt oder Drohungen gegen das Kind einher: die Macht und Autorität des Täters einerseits sowie die Unerfahrenheit und Abhängigkeit des Kindes (emotional, rechtlich, sozial, finanziell) andererseits führen zu einem Beziehungs- und Machtgefälle, in dem das Kind dem Täter „wort- und widerstandslos“ (Deegener (35)) zustimmt.

### **3.1.4 Vernachlässigung**

Sowohl körperliche als emotionale Bedürfnisse des Kindes können vernachlässigt werden. Es handelt sich hier um ein passives Vergehen, nämlich einen Mangel an Fürsorge, im Gegensatz zur aktiven Misshandlung des Kindes. Vernachlässigung kann sich wie folgt äußern (54):

- Mangel an körperlicher Fürsorge. Beim Kind kommt es zu Unterernährung, nicht-organisch bedingten Gedeihstörungen und rezidivierenden Infekten. Die Kinder können primär durch ein ungepflegtes äußeres Erscheinungsbild sowie eine unhygienische Wohnsituation auffallen.
- Mangel an medizinischer Fürsorge. Bei den Kindern liegt ein mangelhafter Impfstatus vor, bei Unfällen oder Krankheit wird eine ärztliche Vorstellung herausgezögert oder gar darauf verzichtet; hierdurch können – eigentlich vermeidbare – Komplikationen auftreten, wie zum Beispiel Sehstörungen durch nicht-korrigiertes Schielen, Hörstörungen nach einer Mittelohrentzündung und im Extremfall auch Versterben bei unbehandelten Infekten.
- Mangel an häuslicher Routine, Regeln und Aufsicht. Kleinkinder koten und nassen ohne erkennbare organische Ursache ein. Infolge mangelnder häuslicher Ordnung kommt es vermehrt zu Unfällen; außerhalb des Hauses bewegen sich die Kinder unbeaufsichtigt und kommen leicht in Kontakt mit Gefahren, wie zum Beispiel Bahngleisen, aber auch mit Drogensüchtigen und Sexualstraftätern. Durch fehlende Erziehung und gesunde zwischenmenschliche Kontakte kommt es zu Verhaltensstörungen mit problematischem Sozialverhalten zu Gleichaltrigen und Erwachsenen.
- Mangel an emotionaler Wärme und Verfügbarkeit. Die Kinder leiden durch die fehlende Förderung und Zuwendung unter einem niedrigen Selbstbewusstsein, das sich in Form von Mutlosigkeit, Verschlossenheit und übertriebene Ängstlichkeit darstellt und bis hin zur manifesten Depression führen kann. Das Bindungsverhalten zu den Eltern ist desorganisiert (nach Ainsworth (11)). Manche Kinder sind Jedermann gegenüber unterschiedslos freundlich und teilweise distanzlos. Auch im weiteren Verlauf ihres Lebens ist von einer Beziehungsunfähigkeit auszugehen. Hier findet sich eine Parallele zu Patienten mit Fetalem Alkoholsyndrom: auch sie haben Schwierigkeiten, sich in sozialen Gefügen zurechtzufinden und zwischenmenschliche Beziehungen und Absichten zu durchschauen (43).

- Mangel an kognitiver Stimulation und Ermutigung durch konstruktiven Zeitvertreib. Bei vernachlässigten Kindern kommt es zum verzögerten Spracherwerb sowie Konzentrationsstörungen und infolgedessen zu mangelndem Schul- und Prüfungserfolg. Die Kinder verfügen insgesamt über einen geringen Kenntnisstand und mangelnde Fertigkeiten; ihr Intelligenzquotient ist Gleichaltrigen gegenüber vermindert.

Für diese Arbeit besonders relevant, jedoch häufig unerwähnt erscheint das Problem der prä- und perinatalen Vernachlässigung. Bei der pränatalen Vernachlässigung spielen häufig Drogen- oder Alkoholkonsum der werdenden Mutter eine Rolle. Die spätere Abgrenzung zwischen den vielen medizinischen und nicht-medizinischen Facetten der Vernachlässigung zum Fetalen Alkoholsyndrom gestaltet sich schwierig: sowohl die Lebensgewohnheiten der Mutter während der Schwangerschaft sind häufig nicht zu eruieren, ebenso wie Details zu möglicher Vernachlässigung. Beim FAS sowie bei emotionaler Vernachlässigung, fehlender Förderung des Kindes und instabiler Umgebung finden sich eine „gestörte psychosoziale und intellektuelle Funktionsweise“ (Cantwell (27)), verlangsamter Spracherwerb und schulische Defizite. Differentialdiagnostisch stellt die Mikrozephalie jedoch ein relativ spezifisches Anzeichen für das Vorliegen eines FAS dar (94,129).

Perinatale Herausforderungen können Geburten an dazu ungeeigneten Orten wie etwa öffentlichen Toiletten oder Hinterhöfen sein; hier kann es vorkommen, dass die Mutter bestreitet, von der Schwangerschaft gewusst zu haben. Dies ist als dringendes Warnzeichen zu sehen – es muss abgeklärt werden, wie die Mutter zu ihrem Neugeborenen steht. Besteht Desinteresse oder sogar eine Aversion gegen das Kind? Weiterhin muss in Kenntnis gebracht werden, ob es weitere Kinder gibt und in welchen Verhältnissen diese leben (daheim, in einer Pflegestelle, bereits verstorben), um sowohl das Neugeborene als auch die Geschwister vor weiterem Schaden zu bewahren (27).

### 3.1.5 Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom

Als eine seltene, jedoch mit hoher Morbidität und Mortalität assoziierte Sonderform der Misshandlung soll an dieser Stelle das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom angesprochen werden. Dieses Phänomen ist unter Autoren umstritten und wird von einigen als Ausflucht für gescheiterte Diagnosefindung gewertet (105). Charakteristischerweise führt ein vermeintlich künstlich herbeigeführter Krankheitszustand bei Dritten – in der Regel Kindern – zu unnötigen schmerzhaften ärztlichen Untersuchungen und Eingriffen (98).

Nach Rosenberg liegen folgende Merkmale vor (112):

- Die kindliche Erkrankung wird durch eine nahe Bezugsperson, meist die Mutter, angegeben, erzeugt und aufrechterhalten.
- Das Kind wird häufig ärztlich vorgestellt.
- Wahre Ursachen für die kindlichen Beschwerden werden nicht angegeben
- Die Symptomatik bildet sich bei Trennung vom Verursacher zurück.

Rosenberg untersuchte in ihrer Übersichtsarbeit 117 Fälle von Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom; die Beschwerden umfassten Blutungen, Krampfanfälle und andere zentralnervöse Störungen sowie Luftnot, Durchfall, Erbrechen, Fieber und Hautausschläge. Die Morbidität betrug bei Vorstellung der Patienten 100 Prozent und im langfristigen Verlauf noch immer 8 Prozent. Die Mortalität lag bei 9 Prozent (112).

### 3.2 Geschichte

Dass Kindesmisshandlung gesellschaftliche und medizinische Beachtung erfährt, ist ein relativ junges Phänomen. Einer der ersten Ärzte, der 1860 in seiner Arbeit umfassend die Folgen körperlicher und sexueller Kindesmisshandlung aufführte, war der Pariser Rechtsmediziner Tardieu. Er beschrieb die Gesamtheit der Folgen von Kindesmissbrauch und -misshandlung als „Battered-child Syndrome“ (135). Im Jahr 1890 kam es in New York zum ersten Gerichtsprozess, der sich mit der Thematik befasste – parallel zur Entstehung des Tierschutzrechts (128). Der Pädiater Kempe publizierte ebenfalls unter

dem Begriff Battered-child Syndrome und schrieb das erste medizinische Lehrbuch zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (75). Im Jahr 1972 beschrieb der Radiologe Caffey die Merkmale des Shaken Infant Syndromes (26).

Kritisch anzumerken sei an dieser Stelle, dass auch die Medizin bis in die 80er Jahre des letzten Jahrhunderts eine Form der Kindesmisshandlung darstellte. Säuglingen etwa wurde die Fähigkeit zur Schmerzempfindung abgesprochen; Operationen und Eingriffen fanden ohne Analgesie statt. Auch wochenlange Trennung von den Eltern während Krankenhausaufenthalten war lange Zeit die Regel (128).

### **3.3 Epidemiologie**

#### **3.3.1 Anzeigeverhalten in Deutschland**

Um die Häufigkeit von Kindesmisshandlung zu erfassen, gibt es verschiedene Herangehensweisen: zum einen kann man das sogenannte Hellfeld betrachten, welches Fälle von Missbrauch erfasst, die zur Anzeige gebracht wurden. In Deutschland gibt es weder eine gesetzliche Meldepflicht – wie beispielsweise in den USA – noch ein zentrales Register zur Erfassung von Fällen von Kindesmisshandlung. In Ermangelung solcher Quellen kann zunächst die jährliche Kriminalstatistik (3) herangezogen werden. Die erfassten Fälle von Kindesmisshandlung in Deutschland zeigen einen stetigen Anstieg in den letzten zehn Jahren: kamen im Jahr 2000 noch circa 2400 Fälle zur Anzeige, stieg die Zahl 2002 auf über 3000, stagnierte von 2003 bis 2005 leicht um 3400 Fälle und stieg dann konsequent an, bis 2010 mit über 4400 Fällen die höchste Anzahl an Meldungen zu verzeichnen war. Im Jahr 2011 sank die Zahl um 300 Fälle auf circa 4100 Anzeigen. Wichtig ist es, bei diesen Trends die zentralen Einflussfaktoren zu beachten, wie zum Beispiel das Anzeigeverhalten der Bevölkerung, mediale Präsenz der Thematik, polizeiliche Kontrollintensität, Art der statistischen Erfassung, Änderungen des Strafrecht sowie letztendlich echte Änderungen in der Kriminalitätshäufigkeit.

### 3.3.2 Diskrepanz Hell- und Dunkelfeld

Naturgemäß wird die Prävalenz bei dieser Art der Erfassung deutlich unterschätzt.

Gründe hierfür sind nach Wetzels (145):

- Die überwiegende Anzahl der Missbrauchsfälle wird nicht zur Anzeige gebracht. Vor allem bei sexuellen Delikten hindern Scham- und Schuldgefühle die Opfer an der Offenbarung (35), und wenn überhaupt sprechen sie über das Erlebte „so gut wie nie mit Offiziellen wie SozialarbeiterInnen, PsychologInnen oder auch PolizistInnen“ (Bange (19)).
- Die polizeiliche Erfassung von Missbrauchsfällen ist stark abhängig von Kontrollinstanzen – wie beispielsweise dem Jugendamt – die bevorzugt in schwächeren Sozialschichten arbeiten.
- Die Bereitschaft zur Anzeige ist abhängig vom Grad der Nähe zwischen Opfer und Täter: je enger die Beziehung, desto seltener kommt es zur Meldung. Dies bedeutet, dass in der polizeilichen Statistik intrafamiliäre Missbrauchsfälle unterrepräsentiert werden und Fremdtäter einen zu hohen prozentuellen Anteil der Gesamttäterschaft stellen (97).
- Da die Opfer Kinder sind, ist es aus verschiedenen Gründen wie fehlender Autonomie und Abhängigkeit vom Täter unwahrscheinlicher als bei erwachsenen Opfern, dass die Tat zur Anzeige gebracht wird.

Selbst in Ländern mit gesetzlicher Meldepflicht von Missbrauchsfällen wird davon ausgegangen, dass nur weniger als ein Zehntel der Vorfälle an die Öffentlichkeit gelangen (52).

### 3.3.3 Studienlage

Um das sogenannte Dunkelfeld zu umreißen bieten sich großangelegte deutschlandweite Querschnittsbefragungen zur Erfassung der Lebenszeitprävalenz von Gewalterfahrung in der Kindheit an, wie sie erstmalig Wetzels 1995 an 3289 Personen durchführte. Er kam zu folgenden Ergebnissen: demnach erlitten 11,8 Prozent der befragten

Männer und 9,9 Prozent der Frauen zwischen 16 und 59 Jahren körperliche Gewalt. Hingegen wurden 8,6 Prozent der Frauen und „nur“ 2,8 Prozent der Männer sexuell missbraucht (146). Gewaltformen wie emotionale Misshandlung sowie Vernachlässigung wurden in dieser Untersuchung nicht erfasst.

In Zusammenarbeit mit dem Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen wurden 1998 ähnliche Zahlen ermittelt. In einer Befragung von 16.190 Neunt- und Zehntklässlern wurde zunächst nach körperlicher Gewaltanwendung durch die Eltern im Verlauf der Kindheit bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres, sowie anschließend gesondert nach Gewalterfahrung innerhalb der letzten zwölf Monate untersucht. Insgesamt ergab sich, dass im Laufe der Kindheit 29,7 Prozent der Befragten leichte und 17,1 Prozent schwere Züchtigungen durch die Eltern erfahren haben. In 9,8 Prozent der Fälle kam es zu schweren Misshandlungen. Innerhalb der letzten zwölf Monate gaben 26,7 Prozent der Befragten leichte und 8,1 Prozent schwere Züchtigungen an; 7,2 Prozent wurden Opfer elterlicher Misshandlungen (106).

Aktuelle Zahlen konnte Häuser im Jahr 2011 liefern: Bei einer Befragung von 4455 Personen zu schweren Formen des Missbrauchs in Kindheit und Jugend berichteten 1,6 Prozent der Personen der Gesamtstichprobe über schweren emotionalen, 2,8 Prozent über schweren körperlichen und 1,9 Prozent über schweren sexuellen Missbrauch. 6,6 % der Befragten gaben an, schwere emotionale und 10,8 Prozent schwere körperliche Vernachlässigung in Kindheit und Jugend erlebt zu haben (58).

Bei einer Befragung im Krankenhaus tätiger Ärzte ergab sich, dass sich bei etwa 2 Prozent der stationär behandelten Kinder Hinweise auf körperliche Misshandlung und Vernachlässigung zeigten (17). In einer anderen Untersuchung zeigten 0,6 Prozent aller in der kinderärztlichen Praxis vorgestellten unter Zehnjährigen Anzeichen für Misshandlung, in der kinderärztliche Notfallsprechstunde waren es 10 Prozent bei unter Sechsjährigen. Bei besonders schweren Verletzungen wie Knochenfrakturen bei Kin-

dern unter 18 Monaten lag der Verdacht auf Missbrauch sogar bei 15 Prozent und bei Verbrennungen und Verbrühungen bei 10 Prozent vor (49).

Häufigkeitsangaben aus einer anderen Perspektive lieferte eine Untersuchung von 1435 Müttern in den USA auf Grundlage anonymer Selbstangabe zum Thema „körperlicher und sexueller Missbrauch am Kind“ durch sie selbst oder ihren Partner. Körperlicher Missbrauch wurde in 4,3 Prozent angegeben, sexueller Missbrauch innerhalb der letzten zwölf Monate in 1,1 Prozent der Fälle. Interessanterweise berichteten die Mütter häufiger über körperliche Bestrafung durch sie selbst als durch den männlichen Partner. Die Ergebnisse der Studie waren bezüglich körperlicher Misshandlung 40-fach höher als die Zahlen der offiziellen Statistik – in den USA sind Fälle von Kindesmissbrauch meldepflichtig; bezüglich sexueller Misshandlung lagen die Ergebnisse 15-fach höher (138).

Abhängig von Definition und Studiendesign zeigen Untersuchungen zur Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung eine breite Streuung. In einer europaweiten Übersichtsstudie berichtet Lampe 2002 über die Prävalenz von sexuellem Missbrauch von unter 16-Jährigen: die Zahlen für Mädchen schwanken zwischen 6 und 36 Prozent, die für Jungen zwischen 1 und 15 Prozent. Bei körperlicher Misshandlung liegen die Zahlen zwischen 5 und 50 Prozent. Die Zahlen für Nordamerika entsprechen den europäischen (84).

### **3.4 Ätiologie und Risikofaktoren**

Die Frage, wie es zu Kindesmisshandlung kommen kann, lässt sich nach Steinhausen in einem mehrdimensionalen Modell erklären. Beginnend bei kindlichen und elterlichen Eigenheiten wird anschließend die familiäre und auch soziale Konstellation betrachtet. Die Familie wiederum bewegt sich in einem sozialen Milieu und dieses wiederum in der Gesamtgesellschaft. Anhand dieses Modells sollen die Risikofaktoren auf den einzelnen Ebenen besprochen werden. Jede Ebene des Modells birgt in sich bestimmte Voraussetzungen und Risiken für das Auftreten von Kindesmisshandlung (126).

### 3.4.1 Risikofaktoren beim Kind

#### *Alter und Geschlecht*

Kleinkinder im Alter von Null bis Drei Jahren sind bei der Meldung von schweren Verletzungen sowie Todesfällen deutlich überrepräsentiert (101). Der Peak über dem Kleinkindalter könnte durch tatsächlich häufigere Gewaltanwendung erklärt werden, bedingt beispielsweise durch die noch mangelhafte Regulations- und Anpassungsfähigkeit des Kleinkindes. Weiterhin verbringen Kleinkinder aufgrund der hohen physischen und psychischen Abhängigkeit die meiste Zeit mit ihren Eltern und sind so bereits statistisch eher gefährdet als Kinder, die einen Teil des Tages außerhalb des Elternhauses – unter fremder Betreuung – verbringen. Eine dritte Ursache für das schlechtere Outcome der Jüngsten ist die körperliche Vulnerabilität, die Kleinkinder für schwere Verletzungen empfänglicher macht – bis hin zum letalen Ausgang (21). Im Jahr 2011 waren in den USA von 1545 registrierten Todesfällen aufgrund von Misshandlung 81,6 Prozent Opfer im Alter von unter 4 Jahren, 42,4 Prozent waren jünger als 12 Monate (141). Diese auffällige Häufung könnte jedoch – wenn auch zum Teil – verzerrt sein durch die höhere Aufmerksamkeit, die Kleinkindern gegenüber entgegengebracht wird. Möglicherweise reagiert das Umfeld sensibler und greift früher ein, wenn der Verdacht auf Misshandlung besteht. Auch halten im Säuglings- und Kleinkindalter verschiedene Berufsgruppen wie Hebammen, Jugendamt-Mitarbeiter und Sozialarbeiter Kontakt zur Familie, sodass diese Fälle von Kindesmissbrauch früher erkannt und gemeldet werden können.

Die Häufung von Fällen im Kleinkindalter gilt für die körperliche Misshandlung, noch ausgeprägter jedoch für körperliche und emotionale Vernachlässigung; Fälle von sexuellem Missbrauch hingegen häufen sich eher im Grundschulalter (142). Reinhold und Kindler merken an, dass auch die Art der Datenerhebung Einfluss auf mögliche Häufungen hat: so sind in retrospektiven Befragungen von Eltern, Jugendlichen und nicht im Kinderschutz tätigen Fachkräften, wie zum Beispiel Pädiatern, die Häufungen im Kleinkindalter weniger ausgeprägt als sie es in Erhebungen der Jugendhilfe sind (142).

Hinsichtlich der Geschlechtspräferenz von nicht-sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung zeigen sich sowohl im jährlichen Missbrauchs-Report der US-Regierung als auch in der Untersuchung von Häuser et al. keine signifikanten Unterschiede (58,141). Lampe hingegen berichtet in ihrer Übersichtsarbeit von europäischen Studien über vermehrte Gewalterfahrung bei Jungen (84). Hier sei angemerkt, dass das amerikanische System sich auf die Meldung von Fällen stützt, die nicht unbedingt mit den tatsächlichen Vorfällen korrelieren muss. Ein Hinweis hierauf könnte sein, dass Gewalt an Jungen seltener gemeldet wird als bei Mädchen; immerhin sind in der Mehrzahl der Todesfälle männliche Opfer zu finden (59,1 versus 40,6 Prozent (141)).

### ***Gesundheit und Entwicklung***

Frühgeburtlichkeit und Behinderung des Kindes werden als wichtige Risikofaktoren für Misshandlung angesehen.

Wahrscheinlich kommt es – eher als bei gesunden Kindern – schneller zu Überforderung und aggressiver Reaktion der Eltern. Auch Kinder in besonderen familiären Konstellationen wie uneheliche Kinder, Stiefkinder und Kinder während der Wiedereingliederung nach einem Heimaufenthalt sind einem erhöhten Missbrauchsrisiko ausgesetzt (126).

Landgraf et al. beurteilen kindliche Entwicklungsstörungen in ihrer Untersuchung gar als einzigen signifikanten Risikofaktor für Misshandlung (86).

Sullivan und Knutson untersuchten systematisch Schüler von Sonder- und Regelschulen auf das Vorkommen von Missbrauch: das Risiko, Opfer von Misshandlung zu werden, lag bei Kindern mit Behinderung 3,4-mal höher (Prävalenz 31 Prozent) als bei der nichtbehinderten Vergleichsgruppe (Prävalenz 9 Prozent (134)).

Im amerikanischen Bericht von 2011 geht hervor, dass fast jedes zehnte Missbrauchsopfer (11,2 Prozent) an einer Behinderung litt. Der Begriff „Behinderung“ wurde hier

jedoch großzügig gefasst: sowohl Kinder mit geistiger oder körperlicher Behinderung als auch Kinder mit Lern- oder Verhaltensstörungen wurden hier einbezogen (141).

### ***Verhaltensauffälligkeiten***

Geht man davon aus, dass vor allem Überforderung Eltern zu aggressivem Verhalten gegenüber ihrem Kind führt, dann ist es einleuchtend, dass besonders Kinder mit Anpassungsstörungen oder einem andersartig forderndem Charakter die Eltern besonders belasten. Auch kommt es zu Enttäuschungen, wenn das Kind nicht der elterlichen Erwartungshaltung entspricht (126).

In einer amerikanischen Arbeit wurde untersucht, welche Kinder wiederholt Opfer von Misshandlung wurden: dies traf auf 29 Prozent aller innerhalb von zwei Jahren untersuchten Kinder zu. Risikofaktoren waren weibliches Geschlecht, Behinderung sowie elterlicher Alkoholkonsum (47).

### **3.4.2 Risikofaktoren des Täters**

#### ***Alter, Geschlecht und Beziehung zum Opfer***

US-amerikanische Untersuchungen auf Grundlage der staatlichen Missbrauchsdatenbank von 2011 zeichnen folgendes Bild der Täter: die Mehrheit war weiblich (53,6 versus 45,1 Prozent) und im jungen Erwachsenenalter; jeweils ein Drittel war zwischen 20 und 29 Jahre (36,4 Prozent) und zwischen 30 und 39 Jahre (32,3 Prozent) alt. 15,9 Prozent waren zwischen 40 und 49 Jahre alt, unter 20-jährige Täter machten lediglich 5,7 Prozent aus, die Gruppe der über-50-Jährigen stellte nur 7,0 Prozent. In derselben Untersuchung stand weiterhin das Verhältnis von Opfer zu Täter im Fokus: in vier von fünf Fällen (80,8 Prozent) waren die Eltern gleichzeitig Täter. Von diesen Eltern waren 87,6 Prozent die biologischen Eltern, in 4,1 Prozent Stief- und in 0,7 Prozent Adoptiveltern. 5,9 Prozent der Täter waren andere Verwandte, 4,4 Prozent unverheiratete Partner eines Elternteils (141).

***Erfahrungen des Täters***

Landgraf stellte als Prädiktoren für Kindesmissbrauch Drogenkonsum der Eltern, chronische Krankheiten in der Familie und Alleinerziehung als soziale Risikofaktoren des Täters dar (86).

In der Arbeit von Münder et al., in der gerichtliche Fälle von Kindeswohlgefährdung analysiert wurden, lag in 18 Prozent der Fälle eine psychische Erkrankung des Täters vor, in 44 Prozent waren die Täter suchterkrankt. In derselben Arbeit wird berichtet, dass mehr als die Hälfte (55 Prozent) der Täter selbst nicht näher benannte „frühen Mangel Erfahrungen“ erlitten hat (101).

***Persönlichkeit***

Christensen untersuchte mögliche Persönlichkeitsmerkmale bei 29 misshandelnden Müttern. Auffällig waren unterdurchschnittliches Selbstbewusstsein, wenig ausgeprägte Moralvorstellungen sowie persönliche und soziale Fähigkeiten und eine unklare Rolle innerhalb der Familienstruktur. In ihrer Selbstwahrnehmung beschrieben sich die Mütter tendenziell negativer als nicht-misshandelnde Mütter und litten häufiger an Anpassungsstörungen und Neurosen. Die Autorin konnte zeigen, dass niedriges Selbstbewusstsein der Mutter für sich genommen vor allem ein Risikofaktor für Vernachlässigung, nicht jedoch für körperliche Misshandlung darstellt (29).

***Stressoren***

Mithilfe des Child Abuse Potential Inventory (CAPI (99)) wurden 1999 bei 151 misshandelnden Elternteilen Stress-assoziierte Risikofaktoren untersucht. Die ermittelten Risikofaktoren für das Auftreten von Misshandlung waren: angespannte finanzielle Lage, postpartale Depression, Schulbildung von weniger als zehn Jahren, Sorge um die Wohnsituation sowie häusliche Gewalt (25).

### 3.4.3 Familienkonstellation

#### ***Zuwanderung***

Die Geburt außerhalb Deutschlands prädiszierte nach einer Untersuchung von Häuser et al. schweren Missbrauch sowie körperliche Vernachlässigung. Ein höheres Lebensalter des Täters prädiszierte Vernachlässigung. Die Autoren erklären dieses Phänomen durch die Entbehrungen infolge des Zweiten Weltkriegs und der Nachkriegszeit (58).

Die Frage, ob auch Immigration einen Risikofaktor für Misshandlung darstellt, wurde auch 2011 in Holland untersucht: das Risiko eines Einwandererkindes, misshandelt oder vernachlässigt zu werden, ist demnach dreifach höher als das durchschnittliche Risiko aller untersuchten Kinder. Die Gründe wurden in folgenden Faktoren gesehen:

- Zuwandererkinder wuchsen sechsmal häufiger in Familien mit sehr niedrigem Bildungsniveau auf als der Durchschnitt; es wurde weiter eine signifikante Korrelation zwischen niedriger Bildung und Kindesmissbrauch ermittelt. In Zuwandererfamilien, die seit mehreren Generationen in Holland lebten, relativierten sich sowohl der niedrige Bildungsstand als auch die hohe Inzidenz von Misshandlung.
- Zugewanderte Kinder lebten dreieinhalb Mal häufiger mit alleinerziehenden Eltern zusammen. Alleinerziehung ist ein Risikofaktor für Misshandlung.
- In Zuwandererfamilien kommt es häufiger als im holländischen Durchschnitt zu Familiengrößen mit mehr als drei Kindern, was ebenfalls einen Risikofaktor für Kindesmissbrauch darstellt (42).

### 3.4.4 Mütterliche Risikofaktoren

In einer US-amerikanischen Untersuchung an 1602 misshandelten Unter-Einjährigen wurden fünf Faktoren ermittelt, die jeweils für sich ein relatives Risiko von größer als Zwei in sich bergen, Opfer von Misshandlung zu werden. Beim Vorliegen von vier die-

ser fünf Risikofaktoren ergibt sich ein kumulatives relatives Risiko für das Kind von über Sieben, misshandelt zu werden:

- Die Mutter ist unverheiratet.
- Das Kind hat mehr als zwei (lebende) Geschwister.
- Die Mutter hat während der Schwangerschaft geraucht.
- Das Geburtsgewicht lag unter 2.500 g.
- Die Mutter nahm teil an einem sozialen Ernährungsprogramm (6) für geringverdienende Schwangere, Stillende, Wöchnerinnen sowie durch Unterernährung gefährdete Kinder bis fünf Jahren (147).

### 3.4.5 Soziales Umfeld

Häuser et al. zeigt in seiner Studie soziale Prädiktoren für schwere Misshandlungsformen auf: Unter- und Mittelschichtzugehörigkeit ging mit einem erhöhten Risiko für körperlichen und emotionalen Missbrauch sowie körperliche und emotionale Vernachlässigung einher.

Die Autoren bieten verschiedene Erklärungsmodelle für diesen Zusammenhang an:

- a) Möglicherweise pflegen einkommens- und bildungsstärkere Familien tatsächlich einen liebevolleren, Gewalt-verneinenden Erziehungsstil im Gegensatz zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
- b) Wahrscheinlich ist die aktuelle soziale Schichtzugehörigkeit dieselbe wie zur Kindheit der Täter. Wurden auch die Täter in ihrer Kindheit vernachlässigt, ist infolgedessen von einer seelischen Störung auszugehen, die in einem niedrigen Bildungsabschluss resultiert und das Risiko für Arbeitslosigkeit und sozialen Abstieg erhöht. Die Autoren geben deshalb zu Bedenken, dass anstelle der Variable „niedriger Sozialstatus“ ebenso die Moderatorvariable „seelische Störung“ den eigentlichen Risikofaktor darstellen könnte.

Im Gegensatz zu körperlicher und emotionaler Vernachlässigung und Missbrauch zeigt sich sexuelle Misshandlung nicht mit einer bestimmten Sozialschicht vergesellschaftet (58).

Steinhausen gibt zu bedenken, dass Kontrollinstanzen vor allem bei unteren Sozialschichten tätig werden, und es somit zum Übersehen „typischere[r] Formen der emotionalen Vernachlässigung mit emotionaler Beziehungslosigkeit und Indifferenz, mit Entwertung und Überprotektion sowie möglicherweise auch mit der kompensatorischen Delegation von Erziehungsaufgaben an Kindermädchen und Internate“ in einkommensstärkeren Familien kommt (126).

#### **3.4.6 Protektive Faktoren**

Neben Untersuchungen zu Risikofaktoren für Kindesmisshandlung gibt es immer wieder Anstrengungen, mögliche protektive Faktoren zu benennen. In Zusammenarbeit mit dem US-amerikanischen Bundesministerium für Gesundheit entwickelten Counts et al. den Protective Factors Survey (PFS), der vier Bereiche erfasst:

- **Family Functioning:** Hierzu zählen das Wohlbefinden des Einzelnen und Beziehungen untereinander sowie die Leistungsfähigkeit in Bezug auf Gesundheitsförderung und -erhaltung, Konfliktlösung, Zusammenhalt, Leitung sowie Kommunikation.
- **Emotional Support:** Der Einzelne kann sich auf Empathie, Sorge, Versicherung und Verständnis durch die Familie verlassen.
- **Concrete support:** Dieser Punkt umfasst vor allem materielle Ressourcen wie Nahrung, Finanzen, Betreuungsangebote und Kleidung sowohl durch die Eltern als auch durch ein funktionierendes soziales Netz.
- **Nurturing and attachment:** Der vierte Punkt enthält alle Aspekte der menschlichen Bindung und Fürsorge (33).

Schultz et al. benennen in ihrer Untersuchung soziale Kompetenz, Adaptationsvermögen, verschiedene Fähigkeiten des täglichen Lebens wie persönliche, häusliche sowie soziale Fertigkeiten und funktionierende Beziehungen zu Gleichaltrigen als Schutzfaktoren vor Misshandlung (117).

### **3.5 Diagnostik**

#### **3.5.1 Körperliche Misshandlung**

Aufgrund der Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes misshandelter Kinder gibt es verschiedene Scores, die speziell auf einzelne Verletzungsbilder anwendbar sind. Exemplarisch genannt werden sollen hier das in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) zum Thema „Kindesmißhandlung und Vernachlässigung“ (17) aufgeführte Adams-Schema, ein Instrument zur Untersuchung und Einschätzung sexuell missbrauchter Kinder (10), das Scalds triage tool zur Einschätzung der Misshandlungswahrscheinlichkeit bei Verbrühungen (7), ein Hämatom-Scoring-System nach Dunstan (39) sowie ein Verletzungs-Plausibilitäts-Modell für Femurfrakturen nach Treppensturz von Pierce (108). Die Einschätzung sonstiger kindlicher Frakturen im Hinblick auf eine nicht-unfallbedingte Verletzung kann nach Sorantin (120) vorgenommen werden.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Beurteilung der Wahrscheinlichkeit einer nicht akzidentellen Verletzung ein, wie sie von Herrmann (62) bei jedem unklaren Unfallgeschehen propagiert wird. Herrmann unterteilt die Verletzungsmuster in die drei Risikoklassen „hohe, mittlere, niedrige Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Misshandlung“.

Zur Gruppe mit einer hohen Wahrscheinlichkeit gehören:

- Zentralnervensystem: Subdurale Hämatome mit retinaler Blutung, Retinoschisis (Netzhautspaltung) sowie Glaskörpereinblutungen erregen den dringenden Verdacht eines Schütteltraumas (Shaken Baby Syndrome).
- Haut: Bissmarken, geformte Hämatomabdrücke (Fingerabdrücke, Striemen, Schlaufen) sowie geformte Verbrennungen (Zigarettenabdrücke, Herdplatte) und Immersionsverbrühungen mit Handschuh- oder Strumpfmuster nach dem gewaltsamen Eintauchen der Extremität in heißes Wasser sind typische dem Kind von außen zugeführte Verletzungen.
- Abdomen: Intramurale Duodenalhämatome sowie Hohlorganperforation sprechen für heftigste äußere Gewaltanwendung und sollten als Folgen möglicher Misshandlung geprüft werden.

Bei diesen Verletzungen ist die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung mittelgroß:

- Zentralnervensystem: Isolierte subdurale Hämatome sind sowohl mit einem Unfallgeschehen als auch mit einem Schütteltrauma vereinbar.
- Haut: Multiple Hämatome, vor allem an nicht führenden Körperstellen, generell Hämatome im Säuglingsalter sowie retroaurikuläre Hämatome, Einrisse des labialen oder lingualen Frenulums, Verbrennungen an Händen, Füßen und im Anogenitalbereich sind abklärungswürdig.
- HNO: Hypopharynxperforationen können im Rahmen von Zwangsfütterung auftreten.
- Abdomen: Hohlorganperforationen und Verletzungen des linken Leberlappens, der Nieren und des Pankreas – inklusive Pankreaspseudozysten als Komplikation – sollten genauestens mit dem Unfallmechanismus abgeglichen werden.
- Sonstige: Rezidivierendes Auftreten von „Apparently Lifethreatening Event“ (ALTE; im deutschsprachigen Raum: Primäre Schlafapnoe im Säuglingsalter) ist ein Warnsignal und sollte an Misshandlung denken lassen.

Folgende Verletzungsmuster sind mit Unfällen im Kindesalter vereinbar und bergen eine geringere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Misshandlung:

- Zentralnervensystem: Epidurale Hämatome treten bei Traumata auf.
- Abdomen: Milzverletzungen können typischerweise bei Fahrradunfällen auftreten.
- Haut: Multiple Hämatome im Lauflernalter an führenden Körperpartien wie Kinn, Ellbogen, Knien oder der Tibiavorderkante sind zunächst nicht Missbrauchs-verdächtig
- Verschiedenfarbige Hämatome sowie Verbrennungen mit inhomogenem Spritz- und Tropf-Muster sind typische Verletzungen des Kleinkindalters.

### **3.5.3 Psychische Misshandlung**

Ein Kind, das psychischer Gewalt ausgesetzt ist, zeigt dies in der Regel durch Verhaltensauffälligkeiten; diese sind allerdings nicht spezifisch, bedürfen zunächst der somatischen Abklärung und variieren je nach Alter des Kindes. Als Beispiele seien im Säuglingsalter Gedeih- und Anpassungsstörungen genannt, im Kleinkindalter kann es zu sekundärer Enuresis und Enkopresis oder anderen Rückschritten in der Entwicklung kommen, zum Beispiel erneutes Daumenlutschen. Häufig lässt sich eine allgemeine Passivität und Zurückgezogenheit feststellen. Im Schulalter kommt es dann zu sozialen Störungen und Leistungsschwäche in der Schule; anstelle der Zurückgezogenheit kann es auch zu Hyperaktivität kommen (85). Ganz allgemein gilt jedoch:

*„Es gibt kein eindeutiges Merkmal und kein gesichertes diagnostisches Instrument, um seelische Gewalt zu erkennen“*

(Landesärztekammer Baden-Württemberg (85))

Neben der angesprochenen Beobachtung des Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung stehen diagnostische Hilfsmittel wie der Fragebogen „Practice Guidelines for the Psy-

chosocial Evaluation of Suspected Psychological Maltreatment in Children and Adolescent“ der Amerikanischen Gesellschaft gegen Kindesmissbrauch zur Verfügung (137).

#### **3.5.4 Sexuelle Misshandlung**

Die Erhärtung des Verdachts auf sexuelle Misshandlung ist nicht einfach. Bei einer Untersuchung von 182 sexuell misshandelten Kindern fanden sich bei 92 Prozent keine körperlichen Auffälligkeiten. Nur 8 Prozent der Opfer wiesen sexuell übertragbare Krankheiten oder genitale Verletzungen auf (59). Vor diesem Hintergrund raten Autoren wie Herrmann und Navratil dazu, Nutzen und Risiko einer eingehenden körperlichen Untersuchung sorgfältig gegeneinander abzuwägen, um eine Retraumatisierung zu vermeiden (61).

Typische – jedoch unspezifische – Verhaltensauffälligkeiten sexuell misshandelter Kinder können sein: internalisierende Störungen wie Angst, Depression oder ein geringes Selbstbewusstsein sowie externalisierendes Verhalten wie Aggression, Delinquenz, antisoziales Verhalten und Hyperaktivität. Auch ein nicht dem Alter entsprechendes Sexualverhalten kann ein Hinweis auf das Vorliegen sexuellen Missbrauchs sein (76).

#### **3.5.2 Vernachlässigung**

*„Es gibt bei weitem keine präzisen Informationen darüber, wie viel Vernachlässigung nötig ist, um spezifischen, messbaren Schaden anzurichten.“*  
(Goodmann, Robert (54))

Die körperlichen und emotionalen Spuren von Vernachlässigung sind nicht immer leicht zu erkennen. Zur Erfassung körperlicher Vernachlässigung ist es sinnvoll, die Wachstumsperzentilen zu erfassen, um eine Mangelernährung, Exsikkose oder einen Deprivations-bedingten Minderwuchs festzustellen. Auch häufige Infekte, eine verspätete ärztliche Vorstellung, Desinteresse der Eltern oder ein verwahrlostes Äußeres können Hinweise auf mangelhafte Fürsorge sein. In fast allen Fällen ist bei bestehendem Verdacht auf Vernachlässigung eine Beobachtung des Kindes unter stationären

Bedingungen gerechtfertigt. Hier zeigt sich dann häufig eine Regression von Verhaltensauffälligkeiten und körperlichen Störungen (69).

### **3.5.5 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**

Die Symptomatik einer PTBS umfasst nach den Leitlinien der AWMF vier Ebenen (46):

- Intrusionen oder Erinnerungslücken. Bei Erwachsenen zeigt sich typischerweise ein Aufdrängen der Erinnerung in Flashbacks oder Träumen, die häufig eine verzerrte Wiedergabe der Ereignisse darstellen. Kinder hingegen erleben die traumatische Situation im wiederholten Spiel und bei Erinnerung emotional sehr realistisch.
- Physiologische Übererregtheit. Vegetative Störungen wie Schlafstörungen, Gereiztheit, Wutausbrüche und Konzentrationsstörungen kommen häufig vor. Weiterhin zeigen sich eine überängstliche Wachsamkeit und eine gesteigerte Schreckhaftigkeit.
- Vermeidungsverhalten. Gedanken, Gefühle, Erinnerungen oder Unterhaltungen mit Bezug zum Trauma werden vermieden. Das Interesse an Alltagsaktivitäten sowie der emotionaler Ausdruck nehmen ab.
- Emotionale Taubheit. Die Betroffenen sind dysphorisch verstimmt, differentialdiagnostisch muss an eine depressive Störung gedacht werden. Hingegen landläufiger Meinung herrscht meist keine Amnesie bezüglich des traumatischen Ereignisses, die Patienten quälen eher das Nicht-Vergessen-Können und häufig eine Reaktivierung der Erinnerung im Laufe des Lebens.
- Latenz. Als diagnostisches Kriterium ist die Dauer der Latenz bei Kindern und Jugendlichen nicht geeignet, da die Verarbeitung des Traumas sehr variabel verläuft (127).

Die Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 und DSM-IV ähneln sich, allerdings sind diese primär für Erwachsene entwickelt worden. Es existiert

tieren jedoch mittlerweile mannigfaltige Testinstrumente sowohl für Erwachsene als auch für Kinder aller Altersstufen (119). Exemplarisch soll an dieser Stelle der „Posttraumatische Belastungsstörung – Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder“ (PTSDSSI) von Scheeringa (1995 (113)), in der deutschen Version von Landolt (88) genannt werden. Der Bogen ist anwendbar für Kleinkinder im Alter von 0 bis 4 Jahren und orientiert sich an den Diagnosekriterien des DSM-IV. Zur Sicherung der Diagnose müssen ein adäquates Trauma, eine Störungsdauer von einem Monat und jeweils mindestens eine typische Auswirkung auf die Bereiche Wiedererleben, Reagibilität, Wachsamkeit und Verhalten vorliegen.

### **3.5.6 Psychosozialer Minderwuchs**

Besonders interessant, da sowohl bei Deprivation als auch beim FAS zu beobachten (94), ist das Phänomen des psychosozialen Minderwuchses beziehungsweise seiner Unterform, des hyperphagen Kleinwuchses.

Steinhausen stellt folgende Diagnosekriterien für psychosozialen Minderwuchs auf (126):

- Es liegt eine Wachstumsverzögerung mit einer Körpergröße unterhalb der dritten Perzentile mit verzögerter Epiphysenreifung vor.
- Es besteht eine schwere psychische Störung mit abnormem Essverhalten, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, herabgesetzter Schmerzempfindlichkeit und allgemeinen Entwicklungsverzögerungen.
- In der direkten Umgebung des Kindes findet sich häufig eine Beziehungsstörung zwischen Mutter und Kind.
- Körperlich zeigen sich im Serumbefund supprimierte endokrine Funktionen sowie typische radiologische Zeichen vor allem im epiphysären Bereich.
- Der zeitliche Beginn des Minderwachstums liegt typischerweise im Kleinkindalter.

- Wichtigstes Diagnosekriterium des psychosozialen Minderwuchses ist die Reversibilität der körperlichen und psychischen Störungen durch Aufhebung der belastenden Bedingungen. Tritt das Phänomen im Rahmen eines FAS auf, ist es nicht reversibel.

### ***Hyperphager Kleinwuchs***

Für eine Untergruppe des psychosozialen Minderwuchses, den hyperphagen Kleinwuchs, nennt Skuse (118) folgende Merkmale:

Voraussetzung für die Diagnose sind ein nachgewiesener Kleinwuchs (Körperhöhe unterhalb der dritten Perzentile) bei normalem Body Mass Index. Das Kind muss älter als zwei Jahre sein, um die Diagnose stellen zu können. Folgende Kriterien, von denen eines zutreffen muss, sprechen für eine aktuelle Verhaltensstörung: das Kind stiehlt daheim oder in der Schule Nahrung und/ oder schlingt und erbricht regelmäßig beim Essen. Für eine dauerhafte Störung müssen zwei der folgenden Kriterien zutreffen: Das Kind isst exzessiv, es hat ein erhöhtes Durstgefühl, es sammelt und hortet Nahrung, es erwacht in der Nacht und macht sich auf die Suche nach Nahrung und/ oder es durchstöbert den Abfall nach Essensresten.

### **3.5.7 Verpflichtendes Screening?**

Die Frage, ob in Deutschland ein allgemeines Screeningverfahren für Kindesmisshandlung im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen eingeführt werden sollte, wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) untersucht: hierbei konnte zum einen kein geeignetes Instrument ausgemacht werden, dass die Inzidenz von Kindesmisshandlung nachweislich senken konnte. Zum anderen sieht der G-BA die Gefahr, dass die in Deutschland derzeit hohe Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen gefährdet sei, wenn sie von den Eltern „nicht mehr als Vorsorgeangebot, sondern eher als Kontrollinstrument wahrgenommen“ würde (2).

### **3.6 Folgen von Kindesmissbrauch**

#### **3.6.1 Folgen körperlicher Misshandlung**

In einer kanadischen Untersuchung von 3780 Fällen von Kindesmisshandlung wurden bei insgesamt 18 Prozent der Opfer körperliche Verletzungen nachgewiesen, meist Knochenbrüche, Schnitte und Kratzer. Vier Prozent der Fälle waren so schwerwiegend, dass medizinische Versorgung in Anspruch genommen werden musste, und bei einem Prozent kam es zu schwersten Verletzungen wie Frakturen oder Schädel-Hirn-Traumata. Die Autoren der Studie merken an, dass die Zahlen niedriger als erwartet ausfielen (140).

Die kurz- und langfristigen Folgen körperlicher Misshandlung sind mannigfaltig und differentialdiagnostisch teilweise schwer zu erfassen: neben körperlichen Verletzungen wie Wunden, Frakturen, Schädelhirntraumata bis hin zum Tod sind die seelischen Folgen wie Substanzmissbrauch, Depression, Suizidalität und weitere psychische Störungen weit verbreitet und persistieren bis ins Erwachsenenalter hinein (23).

#### **3.6.2 Folgen emotionaler Misshandlung**

Kairys konzentriert sich in ihrer Arbeit auf die Folgen emotionaler Misshandlung (74). Die Folgen umfassen fünf Bereiche:

1. Selbstbild: Die Kinder entwickeln ein geringes Selbstbewusstsein, die emotionale und zukunftsorientierte Sichtweise ist negativ geprägt. Häufig kommt es zu Angstzuständen, Depression und suizidalen Gedanken.
2. Emotion: Das Risiko für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist erhöht, weiterhin bestehen emotionale Unzulänglichkeit, Impulskontrollverlust, generelle Aggressionen sowie körperliche Vernachlässigung mit Essstörungen und Substanzmissbrauch.
3. Sozialkompetenz: Die Kinder leiden unter Bindungsstörungen, empfinden nur wenig Empathie und sind in der Regel isoliert von Gleichaltrigen und Erwachsenen.

Es entwickeln sich sexuelle Störungen, Abhängigkeit, Aggressionen oder Gewalt und kriminelles Verhalten.

4. Leistungsfähigkeit: Häufig bestehen Lern- und schulische Defizite, das moralische Bewusstsein ist häufig nur gering ausgeprägt.

5. Körperliche Gesundheit: Die Kinder neigen zu Gedeihstörungen, häufigen Infekten sowie einer generell erhöhten Morbidität und Mortalität.

### **3.6.3 Folgen sexueller Gewalt**

Kendall-Tackett et al. untersuchten in ihrer Übersichtsarbeit die Folgen sexueller Gewalt (76). Hier zeigte sich kein einheitliches Syndrom nach sexueller Gewalterfahrung, sondern die Folgen waren stark abhängig von Alter, Dauer der Misshandlung, dem Vorhandensein einer Vertrauensperson sowie der Beziehung zum Täter. Insgesamt zeigten etwa 30 Prozent der Opfer internalisierende Störungen wie Angst, Depression sowie ein geringes Selbstbewusstsein. Bei 23 Prozent kam es zu externalisierendem Verhalten wie Aggressionen, Kriminalität, antisozialem Verhalten und Hyperaktivität. Weitere Auffälligkeiten waren: unangebrachtes Sexualverhalten (28 Prozent), selbstverletzendes Verhalten (15 Prozent), neurotische Erkrankungen (30 Prozent) und somatische Beschwerden (14 Prozent). Hinweise auf eine Posttraumatische Belastungsstörung fanden sich bei 53 Prozent der Opfer, bei Opfern im Vorschulalter waren es sogar 77 Prozent. Dieser Anteil ist im Vergleich zu Studien über nicht-sexuelle Arten des Missbrauchs auffallend hoch.

### **3.6.4 Folgen von Vernachlässigung**

Lawrence und Irvine untersuchten Todesfälle infolge von Vernachlässigung für verschiedene Altersklassen. Für Kleinkinder typische mit Vernachlässigung assoziierte Todesursachen sind: Ertrinken, Überhitzung, Unterernährung, Dehydration, Ersticken, Vergiftung sowie die Vorenthaltung medizinischer Hilfe bei behandelbaren Erkrankungen wie einer Pneumonie. Bei älteren Kindern kommt es insgesamt seltener zu Todesfällen, in der Regel geschehen diese dann im Rahmen von Unfällen infolge unzureichender Beaufsichtigung (90).

Neben diesen Extremfällen, in denen es zum Tod des Kindes kommt, ist hinreichend belegt, dass Vernachlässigung – auch in Abwesenheit körperlicher Gewaltausübung – die kindliche Entwicklung stark beeinträchtigt (77).

In einer Literaturarbeit von Hildyard und Wolfe 2002 wurden die Auswirkungen von Vernachlässigung in Abhängigkeit der verschiedenen Altersstufen untersucht (63):

Kleinkind- und Vorschulalter: Emotional vernachlässigte Säuglinge zeigen im Laufe der ersten zwei Lebensjahre im Entwicklungstest „Bayley Scales of Infant Development“ (20) einen deutlichen Abfall sowie Bindungsprobleme. Später fallen die Kinder auf durch kognitive und sprachliche Defizite, weniger soziale Interaktionen und geringe Anpassungsfähigkeit. Sie wirken abhängig und unglücklich.

Schul- und frühes Jugendalter: Die Symptome ähneln denen des Vorschulalters. Vernachlässigte Kinder neigen eher zur Internalisierung, während körperlich misshandelte Kinder eher zu Aggressionen und Externalisierung tendieren. Typische Meilensteine der Entwicklung werden nicht erreicht, es kommt zu schulischem und sozialen Versagen.

Späteres Jugend- und frühes Erwachsenenalter: Sowohl Vernachlässigung als auch erlebte Gewalt haben weitreichende Folgen. Die Langzeitfolgen von Vernachlässigung sind bisher nur wenig untersucht, jedoch gilt für beide Varianten der Misshandlung, dass es im Erwachsenenalter häufiger zu Delinquenz, Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und einer überzufälligen Anhäufung kritischer Lebensereignisse kommt.

Erstaunlicherweise zeigen Kinder mit isolierter Vernachlässigung stärkere Symptome als Kinder, die sowohl vernachlässigt als auch körperlich missbraucht wurden. Vor allem die sprachlichen Defizite sind deutlicher ausgeprägt. Die Autoren begründen dies mit der Vorstellung, ein gewaltvoller Umgang beziehungsweise ein Reagieren auf kind-

liche Signale sei besser als gar kein Umgang beziehungsweise völliges Desinteresse am Kind (63).

Egeland und Sroufe bieten als mögliche Erklärungen für das bessere Outcome körperlich misshandelter Kinder das Vorhandensein eines unterstützenden Familienmitglieds, ein strukturierteres Familienleben und – in Einzelfällen – ein resilienteres Kind an (40).

Vergleichbare Daten für Deutschland wurden von Schone et al. 1997 in einer Stichprobe aus der Jugendhilfe aufgezeigt: vernachlässigte Kinder und Jugendliche zeigten höhere Belastungen im körperlichen, kognitiven, psychischen und sozialen Bereich (116).

Hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten fanden Egeland et al. 2002 in einer Längsschnittstudie bei 77 Prozent der emotional vernachlässigten Kinder im Vergleich zu 38 Prozent der Kinder der Kontrollgruppe Hinweise auf behandlungswürdige Auffälligkeiten (41).

Die Schulleistungen vernachlässigter Kinder wurden von Staudt in einer internationalen Übersichtsarbeit untersucht. Demnach werden vernachlässigte Kinder zweieinhalb Mal häufiger auf Sonderschulen verwiesen oder nicht versetzt als ihre nicht-vernachlässigten Altersgenossen. Weiterhin gibt es eine Assoziation zwischen Missbrauch und häufigen Umzügen beziehungsweise desorganisierten Schulwechseln; diese führt zu schlechteren Noten und Testergebnissen, häufigeren Fehlzeiten und Ausfällen sowie Wiederholung der Klasse (124).

### **3.6.5 Folgeerkrankungen**

Im US-amerikanischen „National Comorbidity Survey“ von 2004 wurden an 5877 Teilnehmern Zusammenhänge zwischen Misshandlung in der Kindheit sowie psychischen und physischen Erkrankungen untersucht. Demnach gehen körperliche oder sexuelle Misshandlung und Vernachlässigung mit einer signifikant höheren Lebenszeitprävalenz für Angst- und depressive Störungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch einher.

---

Körperlicher Missbrauch allein erhöht das Risiko für Lungenerkrankungen, Magenulzera sowie Arthrose (Odd's Ratio (OR) jeweils 1,5). Sexueller Missbrauch in der Kindheit ist mit Herzerkrankungen assoziiert (OR=3,7) und Vernachlässigung geht mit erhöhten Risiken für Diabetes mellitus Typ II (OR=2,2) sowie Autoimmunerkrankungen (OR=4,4) einher (55).

Norman et al. legten in ihrer Literaturübersicht den Fokus auf gesundheitliche Langzeitfolgen vernachlässigter und nicht-sexuell misshandelter Kinder. Für alle Kinder stellte sich ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen, Drogenmissbrauch, Suizidalität, ein riskantes Sexualverhalten und damit einhergehend eine höhere Inzidenz sexuell-übertragbarer Krankheiten dar (103).

Auch Gilbert fand erhöhte Risiken für die „geistige Gesundheit“, Drogen- und Alkoholmissbrauch vor allem bei Mädchen, riskantes Sexualverhalten, Übergewicht sowie bis in das Erwachsenenalter hineinreichendes delinquentes Verhalten (52).

### **3.6.6 Mediatorfaktoren**

Hinsichtlich der Frage, ob die negativen Folgen der Kindesmisshandlung – in dieser Arbeit Angststörungen, Depression sowie Drogenkonsum – beeinflussbar sind, untersuchten Sperry und Widom 2013 den möglichen Einfluss sozialer Unterstützung. Sowohl für vernachlässigte als auch körperlich misshandelte Kinder konnte soziale Zuwendung die Folgen abmildern. Leider erfahren in der Kindheit misshandelte Kinder im Erwachsenenalter deutlich weniger Unterstützung, Wertschätzung, Zugehörigkeit, Verbindlichkeit sowie Stärkung als Erwachsene ohne Missbrauchs-Erfahrung (121).

Auch Kurtz et al. widmeten sich der Frage, welche Mediatorfaktoren bezüglich der negativen Folgen bei Schulkindern eine Rolle spielen könnten. Assoziiert mit schlechteren Schul- und Sozialkompetenzen zeigten sich dabei ein hoher intrafamiliärer Stresspegel, bedingt durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch von Familienmitgliedern sowie elterlicher Depression. Auch häufige, wechselnde Heim- oder Pflegefamilien-Unterbringung

---

korreliert mit kindlichen Anpassungsstörungen. Kriminelles Verhalten kam vor allem bei Kindern, die unter mehreren Formen der Misshandlung litten, vor. Sowohl vernachlässigte als auch körperlich misshandelte Kinder zeigen im Laufe der Zeit Fortschritte in ihrer Entwicklung, bleiben jedoch in ihrer Leistung nicht-misshandelten Kindern gegenüber im Nachteil (83).

### **3.6.7 Hirnorganische und neurologische Folgen**

Hüther fasst in seiner Arbeit bereits belegte psychobiologische Folgen früher Traumatisierung zusammen (67): hirnorganisch fallen ein insgesamt verringertes Hirnvolumen, erweiterte Ventrikel, eine verringerte Dicke des Corpus callosum sowie ein verringertes Volumen des Hippocampus auf. Defizite der Hirnleistungen lagen vor allem auf der Ebene der sensorischen Integrationsfähigkeit wie Körper- und Schmerzempfinden. Weiterhin kommen – wie bereits oben beschrieben – vielfältige Verhaltensstörungen, Lern- und Gedächtnisstörungen, dissoziative Symptome sowie eine gestörte Affektregulation hinzu. Als häufige psychische Störungsbilder finden sich ADHS, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Drogenabhängigkeit und selbstverletzendes Verhalten, Depressionen, als auch Somatisierungs-, Zwangs-, Ess- und Angststörungen

Neurologische Folgen körperlicher und sexueller Gewalt wurden durch Remschmidt untersucht. Er prägte den Satz “Abuse always leaves a trace in the brain” [zu Deutsch: Missbrauch hinterlässt im Gehirn immer eine Spur]. Er bezog diese Aussage sowohl auf die Erinnerung des Opfers als auch auf hirnorganische Strukturen und Funktionen. Häufig auftretende neurologische Folgen physischer und sexueller Gewalt sind: Posttraumatische Belastungsstörung, Somatisierungs- und Essstörungen (vor allem Bulimie), Alkohol, Drogen und Medikamentenmissbrauch, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie Suzidalität. Häufig kommen ein unerfülltes und/ oder riskantes Sexualleben hinzu. Befragungen psychiatrischer Patienten zeigen, dass bis zu 60 Prozent Opfer körperlicher oder sexueller Gewalt waren (111).

---

### 3.6.8 Gedeihstörungen

Als Gedeihstörung wird eine „unter den Erwartungen bleibende Gewichtszunahme“ (Goodman, Robert 2007 (54)) bezeichnet. Gedeihstörungen treten relativ häufig auf, meist lässt sich eine medizinische Ursache (Herz, Lunge, Darm, Hormone) nachweisen. Bei der nicht organisch bedingten Gedeihstörung liegt entweder eine nicht diagnostizierte körperliche Ursache oder „abweichende Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind“ (54) vor. Hiermit sind vor allem schädigende Verhaltensmuster während der Essenszeiten gemeint; es kommt zu einer zu geringen Nahrungsaufnahme. In schützender Umgebung wie der Klinik oder einer Pflegestelle kommt es dementsprechend zur raschen Gewichtszunahme (54).

#### ***Psychosozial bedingter Minderwuchs***

Hierunter versteht man die „Beeinträchtigung des linearen Wachstums in Folge von schwerem Missbrauch oder Vernachlässigung“ (Goodman, Robert 2007 (54)).

Doeker bezeichnet in ihrer Untersuchung sowohl soziales Umfeld als auch das psychische Wohlbefinden des Kindes als wesentliche Wachstumsfaktoren. Differentialdiagnostisch wegweisend sind das Aufholwachstum nach einem Milieuwechsel sowie das Nichtansprechen auf die Substitution von Wachstumshormonen (38).

Insgesamt tritt das Störungsbild sehr selten auf, wobei nicht klar ist, wie häufig Misshandlung als Ursache für den Minderwuchs übersehen wird. Psychosozialer Kleinwuchs lässt sich vom Kleinkindalter bis zum Adoleszenten beobachten. Eine Geschlechtsprävalenz lässt sich nicht feststellen. Es existiert ein enger Zusammenhang zwischen körperlicher und emotionaler Misshandlung und Gedeihstörungen (38).

Eine besonders dramatisch anmutende Unterform des Krankheitsbildes stellt der hyperphage Kleinwuchs dar. Die Kinder beeindrucken vor allem durch ein abnorm gesteigertes und anormales Essverhalten: sie schlingen große Mengen meist gestohlener oder gehorteter Nahrung herunter, häufig bis zum Erbrechen und darüber hinaus.

---

Ebenfalls beobachtet wurde das Essen von Abfällen, Tierfutter oder das Trinken von Toilettenwasser; Verhaltensauffälligkeiten, wie sie auch beim Fetalen Alkoholsyndrom beschrieben wurden (94).

Steinhausen zählt weitere vegetative Auffälligkeiten wie Schlafstörungen und eine verminderte Schmerzempfindlichkeit, teilweise im Zusammenhang mit Automutilation auf. Kognitive Entwicklungsverzögerungen zeigen sich in den Bereichen Sprache, Motorik sowie Intelligenz. Zu den typischen Verhaltensauffälligkeiten werden Enkopresis und Enuris, Beziehungsstörungen und sozialer Rückzug, Aggression, motorische Unruhe oder Apathie gezählt (127).

Spezifische endokrine Funktionsstörungen sind eine verminderte Sekretion der Wachstumshormone Kortisol und Somatomedin sowie eine extreme Hyperlipidämie; im Labor zeigt sich typischerweise eine länger als 48 Stunden anhaltende Trübung des Serums. Diese serologischen Auffälligkeiten zählen zu den Diagnosekriterien. Nicht obligat, jedoch relativ spezifisch sind bestimmte radiologische Befunde: an den langen Röhrenknochen sind transversale Linien zu sehen, die Verdichtungen während eines zeitlich begrenzten Wachstumsstopps gefolgt von erneutem Wachstum entsprechen. Weiterhin kann es zur Dehiszenz der Schädelnähte während des (raschen) Aufholwachstums kommen (127).

Für die Diagnose eines psychosozialen Kleinwuchseses ist die Reversibilität der körperlichen und psychischen Symptomatik in geschützter, fördernder Umgebung zwingend notwendig. Differentialdiagnostisch müssen organische, endokrine, zytogenetische, renale, metabolische und konstitutionelle Ursachen abgeklärt werden (127).

### **3.6.9 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**

Die Posttraumatische Belastungsstörung wird nach der Weltgesundheitsorganisation WHO definiert als eine „verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Be-

---

drohung oder katastrophentartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (37).

Der Begriff „Trauma“ (griechisch: Wunde, Verletzung) wurde in der Psychiatrie erstmals 1889 durch Oppenheim eingeführt (104). Nach Terr werden zwei Arten von Traumata unterschieden: Typ-I-Traumata sind einmalige, meist unvorhersehbare Ereignisse, beispielsweise ein Verkehrsunfall oder eine Vergewaltigung. Typ-II-Traumata hingegen zeichnen sich durch häufige Wiederholung oder eine lange zeitliche Dauer aus, wie zum Beispiel jahrelanger sexueller Missbrauch (136).

Kultalahti und Rosner fassen in ihrer Literaturübersicht von 55 Studien typische Prädiktoren für eine PTBS nach einem Typ-I-Trauma zusammen (82):

Der markanteste prätraumatische Faktor stellt eine bestehende psychische Störung des Opfers dar. Peritraumatisch relevant sind die Stressorschwere, bestehende oder empfundene Lebensgefahr sowie Ressourcenverlust. Posttraumatische Faktoren, die eine PTBS begünstigen sind eine akute Belastungsreaktion, Ängstlichkeit und Depression, weitere kritische Lebensereignisse sowie mangelnde soziale Unterstützung.

Die Auswirkungen der Posttraumatischen Belastungsstörung beziehen sich vor allem auf die Bereiche Verhalten, Persönlichkeitsentwicklung, intrafamiliäre und soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen sowie die Zukunftsperspektive der Kinder (127).

Das klinisch-psychopathologische Bild zeigt altersspezifische Unterschiede:

- Säuglinge und Kleinkinder zeigen vor allem Angstsymptome, Vermeidungsverhalten, Schlafstörungen, regressives Verhalten mit „Klammern“ an Bezugspersonen und ängstlich-besorgte Reaktionen auf Hinweisreize.

- 
- Im frühen Schulalter kommt es zu Wiederinszenierungen des Traumas und Schlafstörungen. Seltener zeigen die Kinder eine Amnesie, emotionale Abstumpfung oder Flashbacks.
  - Jugendliche imponieren am ehesten mit dem Vollbild der PTBS auf allen Ebenen mit Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, sozialem und emotionalem Rückzug und physiologischer Übererregtheit. Es kann zum Auftreten von dissoziativen Symptomen (Depersonalisation und Derealisation), sowie Automutilation, Substanzmissbrauch und aggressiven Affektdurchbrüchen kommen. Bei lang anhaltender, variabler und multipler Traumatisierung wie körperlicher oder sexueller Misshandlung – entsprechend einem Typ-II-Trauma – zeigt sich eher ein inkomplettes Bild mit Verleugnung, Abstumpfung und Dissoziation (127).

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann mit zahlreichen psychischen Störungen einhergehen: dazu zählen depressive und somatoforme Störungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und gelegentlich hyperkinetische Störungen (ADHS). Bei Jugendlichen kann es auch zum Substanzmissbrauch sowie – vor allem nach sexuellem Missbrauch – zu impulsiven (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen kommen (127).

### **3.7 Aussicht**

#### **3.7.1 Therapie**

Kindern, die Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung wurden, sollte eine professionelle Therapie nicht vorenthalten werden. Aufgrund der Komplexität und des Umfangs der Thematik sollen an dieser Stelle nur die grundsätzlichen therapeutischen Prinzipien dargestellt werden.

Nach der S3-Leitlinie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) unterteilt sich die Therapie von Traumafolgestörungen im Wesentlichen in drei Phasen (46):

---

### 1. Phase: Stabilisierung.

Dem Opfer muss Schutz vor weiterer Traumatisierung geboten werden, was in der Regel die Unterbindung jeglichen Kontakts zum Täter mit einschließt. Ein „psycho-soziale(s) Helfersystem“ (AWMF-Leitlinie (46)) muss etabliert werden, womit zum einen eine geeignete Form der Psychotherapie, insbesondere im pädiatrischen Bereich aber auch ein geeignetes Heim, beispielsweise bei einer Pflegefamilie, ausgemacht werden muss. Parallel zur Stabilisierung kann das Opfer altersadaptiert über traumatische Symptome und Verläufe aufgeklärt werden und erste traumatherapeutische Techniken erlernen.

### 2. Phase: Konfrontation

Im Rahmen der Traumatherapie kommt es früher oder später zur Konfrontation mit dem Trauma, dies erfolgt selbstverständlich unter geschützten therapeutischen Bedingungen und weiterhin ohne Täterkontakt. Die Methoden sind hierbei individuell und Trauma-adaptiert zu wählen.

### 3. Phase: Integration und Neuorientierung

Ziel der Traumatherapie ist es, die nicht mehr rückgängig zu machenden Erlebnisse zu akzeptieren und in die eigene Biographie einzubetten. Gleichzeitig sollen neue Perspektiven und Lebensziele erarbeitet werden.

Der Einsatz von Medikamenten ist unterstützend möglich, sollte jedoch niemals als alleinige Therapie angeboten werden (46).

Nach Korittko folgt der „äußeren Sicherheit“, die durch ein sicheres Umfeld und verlässliche Bezugspersonen gewährt wird, eine „innere Sicherheit“. Während dieser Entwicklung seien die kindlichen Verhaltensweisen als „Überlebensstrategien“ zu sehen. Die Neuorientierung geht in der Regel langsam voran; Verlässlichkeit kann nur Schritt für Schritt erfahren, Kompetenzen nur nach und nach erworben werden. Die den Pro-

zess begleitenden Stimmungsschwankungen und Verhaltensauffälligkeiten bezeichnet er als „Narben“ frühkindlicher Traumatisierung (80).

### **3.7.2 Prävention**

Der Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung kommt eine überragende Rolle zu, da die negativen Folgen für das Kind weitreichend, das Sozialsystem belastend und in einigen Fällen unumkehrbar sind (32).

Primärprävention spricht die breite Bevölkerung an: die Akzeptanz körperlicher Züchtigung sowie der Umgang mit Gewalt und Gewalttätern prägen unsere Einstellung zu Kindesmisshandlung. Weitere primärpräventive Maßnahmen, etwa für Risikogruppen, sind Elternkurse, Erziehungsberatung oder enge Betreuung durch Hebammen und das zuständige Jugendamt.

Bei Auftreten oder einem erhöhten Risiko von Kindesmisshandlung können Interventionen notwendig werden, wie beispielsweise Therapieangebote oder auch die Inobhutnahme des Kindes durch das Jugendamt, um weiteren Schaden abzuwenden (Sekundärprävention).

Maßnahmen, um das wiederholte Auftreten von Misshandlung zu verhindern, können von Beratung durch das Jugendamt über Inobhutnahme des Kindes mit Sorgerechtsentzug bis hin zu Verurteilung und Inhaftierung des Täters reichen (Tertiärprävention).

## **4 Fragestellung**

### **4.1 Aktuelle Datenlage**

In dieser Arbeit soll die Auswirkung von Traumatisierung auf Patienten mit Fetalem Alkoholsyndrom untersucht werden. Das Kind einer alkoholkranken Mutter ist auch postnatal von schädigenden Einflüssen bedroht. Alkoholmissbrauch gilt als Risikofaktor für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (101).

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Themen getrennt voneinander besprochen; zu beiden findet sich ausführliche Literatur. Die Kombination beider Einflüsse wurde bisher nur von einigen wenigen Autoren behandelt. So konnte Henry nachweisen, dass traumatisierte Kinder mit intrauteriner Alkohol-Exposition niedrigere Intelligenzquotienten aufwiesen als Kinder, die lediglich traumatisiert wurden (60). Dies überrascht nicht, wurde doch vielfach gezeigt, dass die Alkohol-toxische Wirkung einen starken Einfluss auf die spätere Intelligenz hat (44,94,132).

Coggins fand als bedeutendste Komorbidität beider Einflüsse ausgeprägte Defizite der sprachlichen Entwicklung und sozialen Interaktion (31). Beide Defizite treten sowohl bei misshandelten Kindern (64,74,76) als auch bei FAS-Patienten auf (45,131).

## **4.2 Fragestellungen**

Im Folgenden sollen die der Arbeit zugrundeliegenden Fragestellungen aufgeführt werden.

### **4.2.1 Biographische Aufenthalte**

Zunächst sollen die verschiedenen biographischen Aufenthalte der Patienten untersucht werden im Hinblick auf Häufigkeiten, Dauer und Zeitpunkt der Inobhutnahme. Im nächsten Schritt werden Zusammenhänge zwischen Aufenthaltsort und dem Vorkommen von Traumatisierung, Mehrfachtraumatisierung und den Einfluss auf die sozialen und emotionalen Defizite untersucht. Auch soll der Zusammenhang zwischen häufig wechselnden Aufenthaltsorten und dem Risiko für Misshandlung betrachtet werden.

Die Fragestellungen lauten:

- Wo wuchsen die untersuchten Kinder auf? Unterschieden sich Jungen und Mädchen hinsichtlich ihrer biographischen Aufenthalte?

- Wie lange dauerten die jeweiligen Aufenthalte an? Gab es geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Dauer der verschiedenen Betreuungsformen?
- Nach welcher Zeit kam es zur Inobhutnahme? Unterschied sich die Zeit, die bis zur Inobhutnahme verging, zwischen Jungen und Mädchen?
- Inwieweit hingen Aufenthaltsort und die verschiedenen Formen der Misshandlung zusammen? War die Risiko einer Misshandlung abhängig von der Dauer des Aufenthalts?
- Gab es eine Betreuungsform, in der häufiger Mehrfachtraumatisierung auftrat?
- Inwieweit spielte die Zeit, die bis zur Inobhutnahme verging, eine Rolle hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung?
- Hatten die verschiedenen Aufenthaltsorte einen Einfluss auf die sozialen und emotionalen Defizite? War der Einfluss auf die Defizite, sofern er gegeben war, abhängig von der Dauer der Aufenthalte?
- Waren häufige Wechsel der Betreuungsverhältnisse mit einem erhöhten Risiko für Traumatisierung verbunden?

#### **4.2.2 Traumatisierung**

Essenziell für diese Arbeit war die Untersuchung auf das Vorliegen von Traumatisierung; hierbei wurde zwischen Vernachlässigung, seelischem, körperlichem und sexuellem Missbrauch unterschieden. Ebenso wurde erfasst, welche Kinder mehrere Formen der Misshandlung erlebt haben, beispielsweise Vernachlässigung und körperliche Gewalt, was als „Mehrfachtraumatisierung“ bezeichnet wird. Untersucht wurden zum einen die Häufigkeiten, zum anderen die mögliche Korrelation von Traumatisierung und bestehenden sozialen und emotionalen Defiziten.

Die Fragestellungen sind:

- Wie viele der untersuchten Kinder erlebten Traumatisierung? War ein Geschlecht gefährdeter für das Auftreten von Traumatisierung?

- Wie häufig kam es gleichzeitig zu mehreren Formen der Traumatisierung? Kam Mehrfachtraumatisierung häufiger bei Jungen oder Mädchen vor?
- Unterschieden sich die Defizite bei den Gruppen mit und ohne Vorliegen einer Traumatisierung?
- Beeinflussten mehrfache Arten der Traumatisierung die Defizite?

#### **4.2.3 Defizite**

Wie im Methodenteil beschrieben wurde zur Erfassung der Defizite der Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire (FASQ) verwendet. Der Fragebogen befasst sich schwerpunktmäßig mit den sozialen und emotionalen Verhaltensauffälligkeiten, die typisch für FAS-Betroffene sind, und ist mutmaßlich dazu geeignet, FAS-Patienten mit und ohne Traumaerfahrung in der Vorgeschichte zu vergleichen. In diesem Teil sollen jedoch die Ergebnisse der Gesamtgruppe – unabhängig vom Vorliegen einer Traumatisierung – dargestellt werden, um die Ausprägung der verschiedenen Defizite aufzuführen.

Die Fragestellung lautet demnach:

- Wie stellten sich die Ergebnisse, die im FASQ erreicht wurden, dar?

#### **4.2.4 Aktueller Aufenthalt**

Ein Großteil der Patienten lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr in der leiblichen Familie. An dieser Stelle sollen die Häufigkeiten der aktuellen Aufenthaltsorte dargestellt werden, weiterhin die Frage, ob traumatisierte Kinder und Kinder mit verschieden ausgeprägten Defiziten bevorzugt in einer bestimmten Betreuungsform unterkommen.

Die Fragestellungen lauten:

- Wo lebten die Kinder zum Zeitpunkt der Untersuchung? Hatte das Geschlecht

einen Einfluss auf die aktuelle Betreuungsform? Wie verteilen sich die verschiedenen Altersgruppen?

- Hatten die erlebten Formen der Traumatisierung einen Einfluss auf den aktuellen Aufenthaltsort?
- Inwieweit verteilen sich Kinder, die mehrere Formen der Traumatisierung erlebt haben, auf die verschiedenen Aufenthaltsorte?
- Unterscheiden sich die Kinder, unterteilt nach ihren aktuellen Aufenthaltsorten, in der Ausprägung ihrer Defizite?

## 5 Methodik

### 5.1 Erhebungsinstrument

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen früher Traumatisierung und Ausprägung emotionaler und sozialer Auffälligkeiten bei den Betroffenen soll ein Fragebogen zur Anwendung kommen, der im Anhang zu finden ist.

Im ersten, allgemeinen Teil des Fragebogens werden an persönlichen Daten des Kindes Geburtsdatum und Geschlecht abgefragt. Anschließend werden die biographischen Aufenthaltsorte (Klinik, Elternhaus, Pflegefamilie, Heim u.a.) und Betreuungspersonen (Eltern(teil), Pflegeeltern, Heimerzieher u.a.) des Kindes mit Angabe des jeweiligen Zeitraums aufgeführt. Aus diesen Angaben kann später der Zeitpunkt der Inobhutnahme entnommen werden.

Besonders relevant für die vorliegende Arbeit ist der darauffolgende Teil mit der Fragestellung, ob das Kind während seiner Zeit bei den leiblichen Eltern beziehungsweise einem leiblichen Elternteil Vernachlässigung erlebt hat oder etwa seelischer, körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt war. Der im Folgenden häufig vorn anstehende Begriff „Traumatisierung“ steht für das Vorliegen *irgendeiner* Form der Misshandlung, im Gegensatz zu Fällen ohne Missbrauchserfahrung. Um an dieser Stelle ein möglichst

vollständiges Bild zu erhalten, gibt es ebenfalls die Möglichkeit, seine Unkenntnis bezüglich einer stattgefundenen Misshandlung anzugeben.

Weiterhin werden folgende Daten im Fragebogen erhoben: leibliche und/ oder Pflegegeschwister mit Angabe von Geschlecht und Alter, Fragen nach der Schule, dem Schlafverhalten sowie bereits gestellten Diagnosen und erfolgte sowie laufende Therapien inklusive der Einschätzung des Ausfüllenden, welchen Erfolg diese für das Kind hatten. Diese Aspekte wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt, sondern dienen anderen laufenden Untersuchungen der FAS-Ambulanz; diese arbeiten mit demselben Fragebogen, um den Aufwand für die Ausfüllenden im Rahmen zu halten.

Der zweite Teil des Fragebogens entspricht dem „Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire“ (FASQ (1)) – in Deutschland auch bekannt als „Checkliste zur Diagnose von FAS“ – einem diagnostischen Screeninginstrument zur Identifizierung betroffener Menschen vor allem bei fehlenden körperlichen Anzeichen des Syndroms. Der FASQ wurde entwickelt von Dr. Reinhold Feldmann, dem Leiter der FAS-Ambulanz der Uniklinik Münster. Der Fragebogen ermittelt typische Verhaltensauffälligkeiten vor allem im emotionalen sowie sozialen Bereich, die bei der Untersuchung der Patienten durch Eltern und Betreuer häufig angegeben als auch in wissenschaftlichen Veröffentlichungen thematisiert wurden. Der Fragebogen ist ein Fremdbeurteilungsinstrument und umfasst 38 Items, die inhaltlich den Skalen „Verhalten zu Hause“, „Spielverhalten“, „Verhalten in der Schule“, „Umgang mit anderen Kindern/ Umgang mit Fremden (Erwachsenen)“, „Selbständigkeit“, „Emotionen“, „Körperliche Beschwerden“ sowie „Dissoziales Verhalten“ zugeordnet sind. Tabelle 5.1.1 führt jeweils die Itemnamen, wie sie auch im Ergebnisteil genutzt werden, sowie oben genannte Skalen und die vollständigen Aussagen auf. Im Fragebogen werden die Items randomisiert, um Verzerrungen durch den Ausfüllenden zu minimieren.

Tabelle 5.1.1: Skalen und Items des FASQ – original

Skala	Item	Aussage
Verhalten zu Hause	Wiederholtes	„Das Kind wiederholt mehrfach Dinge, die andere sagen.“
	Gegenstände	„Das Kind zerstört Gegenstände.“
	Regeln	„Regeln kann das Kind nicht einhalten.“
	Begründen	„Es kann sein Handeln nicht begründen.“
	Pädagogische Maßnahmen	„Pädagogische Maßnahmen, wie Lob oder Bestrafung, fördern das Kind nicht.“
	Betreuung	„Das Kind benötigt eine permanente Betreuung und Kontrolle.“
Spielverhalten	Beschäftigung	„Das Kind kann sich nicht für längere Zeit alleine beschäftigen.“
	Interessensverlust	„Das Kind verliert schnell das Interesse an einer Aktivität.“
	Wechseln	„Das Kind wechselt schnell von einer Aktivität zur anderen, ohne die Aktivität zu beenden.“
	Spielzeug	„Das Kind spielt wenig mit Spielzeug.“
	Spielideen	„Das Kind hat nur wenige Spielideen.“
	Phantasie	„Das Spiel des Kindes ist wenig phantasievoll.“
	Risikoeinschätzung	„Das Kind kann Risiken nicht abschätzen.“
Verhalten in der Schule	Konzentration	„Das Kind hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.“
	Reizoffen	„Das Kind ist reizoffen und leicht ablenkbar.“
	Lerngeschwindigkeit	„Das Kind lernt nur langsam.“
	Lerninhalte	„Lerninhalte vergisst das Kind schnell wieder.“

	Verlieren	„Das Kind verliert häufig Dinge, z.B. seine Schulsachen.“
Umgang mit anderen Kindern	Streiten	„Das Kind streitet sich häufig mit anderen Kindern.“
	Mein/ Dein	„Das Kind kann ‚mein‘ und ‚dein‘ nicht unterscheiden.“
Umgang mit Fremden (Erwachsenen)	Mitgehen	„Das Kind geht mit jedem mit.“
	Arglos	„Das Kind ist arglos gegenüber anderen, es kann fremde Absichten nicht verstehen.“
	Neue Bekanntschaft	„Das Kind hält neue Bekanntschaften wahllos für ‚nett‘ oder den ‚besten Freund‘.“
Selbständigkeit	Tagesstruktur	„Die Tagesstruktur muss dem Kind von außen gegeben werden.“
	Straßenverkehr	„Im Straßenverkehr ist das Kind achtlos.“
	Kleiden	„Das Kind kann sich nicht temperaturgemäß kleiden.“
	Zeitkonzept	„Das Kind hat kein Verständnis für das Konzept für Zeit.“
	Geldwert	„Das Kind hat kein Verständnis für den Wert von Geld.“
Emotionen	Schmerzempfinden	„Das Kind ist schmerzunempfindlich.“
	Erklären	„Das Kind kann nicht erklären, warum es etwas gemacht hat.“
Dissoziales Verhalten	Lügen	„Das Kind lügt häufig oder erfindet Ausreden.“
	Ausspielen	„Das Kind spielt Eltern oder andere Menschen gegeneinander aus.“
	Feuer	„Das Kind spielt gerne mit Feuer oder hat schon Feuer gelegt.“

	Beschädigen	„Das Kind beschädigt Dinge.“
	Stehlen	„Das Kind stiehlt Dinge, und zwar aus dem Elternhaus.“
	Falsches	„Wenn das Kind etwas falsches getan hat, fühlt es sich nicht schuldig.“
	Konsequenzen	„Das Kind versteht die Konsequenzen seines Handelns nicht.“
	Fehler	„Das Kind lernt nicht aus seinen Fehlern, es lernt nicht aus Erfahrungen.“

Die Aussagen werden mittels vierstufiger Likert-Skala vom Ausfüllenden beurteilt („0 = trifft gar nicht zu“, „1 = trifft manchmal zu“, „2 = trifft häufig zu“ und „3 = trifft voll zu“). Die Punkte werden anschließend summiert. Überschreitet das Ergebnis einen bestimmten Grenzwert, spricht das für die Diagnose „Fetales Alkoholsyndrom“. Der Grenzwert liegt für Kinder ab zwei Jahren bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres bei 45 Punkten, ab dem 6. Lebensjahr gilt ein Wert ab 55 Punkten als verdächtig für das Vorliegen eines FAS (Feldmann (1)). In einer explorativen Datenanalyse konnte gezeigt werden, dass der FASQ sowohl diagnostisch als auch differentialdiagnostisch zur Abgrenzung eines Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) geeignet ist (114). Ein Pretest war somit für die vorliegende Untersuchung nicht notwendig, da der Fragebogen in der oben beschriebenen Form bereits seit einigen Jahren sowohl in der FAS-Ambulanz in Münster als regelhafter Bestandteil der Patientenakte als auch in der Adoptionsforschung der Universität Utrecht (Prof. R. Hoksbergen) eingesetzt wird.

Für die vorliegende Untersuchung wurden oben aufgeführte Skalen zugunsten neuer Kategorien verändert, die es vereinfachen sollten, insbesondere die *charakterlichen* Auffälligkeiten der Betroffenen zu beschreiben. Diese neuen Kategorien sind „Delinquenz“, „Aggressivität“, „Selbstständigkeit“ im Alltag, „Selbstverständnis“ im Sinne von „sein eigenes Verhalten und sich selbst verstehen und mitteilen können“, weiterhin „Naivität“ als typisch beschriebenes Merkmal FAS-Betroffener, „Schule“ und zuletzt

„Depression“ im weitesten Sinne, wobei in diese Kategorie auch Merkmale wie Antriebslosigkeit und fehlende Spielideen fallen.

Die neuen Kategorien und die zugeordneten Items werden in Tabelle 5.1.2 aufgeführt:

Tabelle 5.1.2: Skalen und Items des FASQ – abgewandelt

Neue Kategorie	Item	Aussage
Delinquenz	Stehlen	„Das Kind stiehlt Dinge, und zwar aus dem Elternhaus.“
	Feuer	„Das Kind spielt gerne mit Feuer oder hat schon Feuer gelegt.“
Aggressivität/ Vorsatz	Gegenstände	„Das Kind zerstört Gegenstände.“
	Streiten	„Das Kind streitet sich häufig mit anderen Kindern.“
	Lügen	„Das Kind lügt häufig oder erfindet Ausreden.“
	Ausspielen	„Das Kind spielt Eltern oder andere Menschen gegeneinander aus.“
	Beschädigen	„Das Kind beschädigt Dinge.“
Selbstständigkeit	Betreuung	„Das Kind benötigt eine permanente Betreuung und Kontrolle.“
	Beschäftigung	„Das Kind kann sich nicht für längere Zeit alleine beschäftigen.“
	Verlieren	„Das Kind verliert häufig Dinge, z.B. seine Schulsachen.“
	Tagesstruktur	„Die Tagesstruktur muss dem Kind von außen gegeben werden.“
	Straßenverkehr	„Im Straßenverkehr ist das Kind achtlos.“
	Kleiden	„Das Kind kann sich nicht temperaturgemäß kleiden.“

	Zeitkonzept	„Das Kind hat kein Verständnis für das Konzept für Zeit.“
	Geldwert	„Das Kind hat kein Verständnis für den Wert von Geld.“
Selbstverständnis	Begründen	„Es kann sein Handeln nicht begründen.“
	Erklären	„Das Kind kann nicht erklären, warum es etwas gemacht hat.“
	Falsches	„Wenn das Kind etwas falsches getan hat, fühlt es sich nicht schuldig.“
	Konsequenzen	„Das Kind versteht die Konsequenzen seines Handelns nicht.“
	Fehler	„Das Kind lernt nicht aus seinen Fehlern, es lernt nicht aus Erfahrungen.“
	Pädagogische Maßnahmen	„Pädagogische Maßnahmen, wie Lob oder Bestrafung, fördern das Kind nicht.“
	Regeln	„Regeln kann das Kind nicht einhalten.“
	Schmerzempfinden	„Das Kind ist schmerzempfindlich.“
	Mein/ Dein	„Das Kind kann ‚mein‘ und ‚dein‘ nicht unterscheiden.“
Naivität	Mitgehen	„Das Kind geht mit jedem mit.“
	Arglos	„Das Kind ist arglos gegenüber anderen, es kann fremde Absichten nicht verstehen.“
	Neue Bekanntschaft	„Das Kind hält neue Bekanntschaften wahllos für ‚nett‘ oder den ‚besten Freund‘.“
	Wiederholtes	„Das Kind wiederholt mehrfach Dinge, die andere sagen.“
	Risikoeinschätzung	„Das Kind kann Risiken nicht abschätzen.“

Schule	Konzentration	„Das Kind hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.“
	Lerngeschwindigkeit	„Das Kind lernt nur langsam.“
	Lerninhalte	„Lerninhalte vergisst das Kind schnell wieder.“
	Reizoffen	„Das Kind ist reizoffen und ablenkbar.“
Depression	Interessensverlust	„Das Kind verliert schnell das Interesse an einer Aktivität.“
	Wechseln	„Das Kind wechselt schnell von einer Aktivität zur anderen, ohne die Aktivität zu beenden.“
	Spielzeug	„Das Kind spielt wenig mit Spielzeug.“
	Spielideen	„Das Kind hat nur wenige Spielideen.“
	Phantasie	„Das Spiel des Kindes ist wenig phantasievoll.“

## 5.2 Untersuchungsdurchführung

Der Fragebogen wurde ohne Ausnahme an alle Patienten verteilt, die im Zeitraum von Juni 2010 bis einschließlich Juli 2011 zur Untersuchung in die FAS-Ambulanz des sozialpädiatrischen Zentrums der Uniklinik Münster kamen. Der Bogen wurde in der Regel durch die Angehörigen, meist Pflegeeltern oder Betreuer, ausgefüllt. Wie oben beschrieben stützt sich der FASQ per se auf die Fremdbeurteilung. Die Angehörigen erhielten den Fragebogen im Wartebereich und wurden aufgefordert, den Bogen selbstständig auszufüllen. Ansprechpartner bei Fragen waren die MitarbeiterInnen der Praxis. Einige der Begleitpersonen kannten die „Checkliste zur Diagnose von FAS“ durch Recherchen im Internet und eine Minderheit hatte den Test zum Teil schon daheim angewandt und die Punkte ausgezählt.

Während des gut einjährigen Untersuchungszeitraums wurden mittels Fragebögen insgesamt 180 FAS-Patienten erfasst. Diese Patienten waren zum Zeitpunkt des Ausfüll-

lens entweder bereits diagnostiziert worden oder erhielten in der nachfolgenden Untersuchung in der Ambulanz die Diagnose FAS.

Konsequent aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden die Fragebögen der 14 Kinder, die noch keine 24 Monate alt waren. Grund hierfür ist die fehlende Zulassung des FASQ auf diese Altersgruppe. Die große Mehrheit der Fragebögen wurde gewissenhaft und vollständig ausgefüllt. Fünf Patienten, deren FASQ zu weniger als 75 Prozent ausgefüllt wurde, was mehr als neun nicht-bearbeiteten Items entspricht, wurden ebenfalls ausgeschlossen. Weiterhin wurden zwei Patienten aus der Untersuchung genommen, bei denen jegliche Angaben zu biographischen Aufenthalt während der Kindheit fehlten. Für die vorliegende Arbeit gilt demnach die Fallzahl N=159.

Wie oben bereits erwähnt wurden die Betreuer der Kinder im Fragebogen gebeten, anzugeben, ob und auf welche Art das Kind von Misshandlung betroffen war. Angaben von Misshandlung, die durch den Ausfüllenden beispielsweise durch ein Fragezeichen als unsicher gekennzeichnet wurden oder die sich im Gespräch als Vermutungen herausstellten, wurden in der Untersuchung als negative Traumaanamnese behandelt.

### **5.3 Datenauswertung**

Die erfassten Daten wurden mithilfe der Statistiksoftware IBM® SPSS® Statistics in der Windows-Version 21 analysiert. Zur Darstellung der Ergebnisse in der deskriptiven Statistik werden Häufigkeiten und Mittelwerte angezeigt, zur Analyse möglicher Korrelationen und Verteilungsunterschiede kommen Korrelation nach Pearson, T-Tests sowie Chi-Quadrat-Tests zur Anwendung. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha=0,05$  festgelegt.

## **6 Ergebnisse**

### **6.1 Beschreibung der Stichprobe**

Zu Beginn des Ergebnis-Kapitels sollen die 159 untersuchten Patienten aus der FAS-Ambulanz im Hinblick auf Geschlechts- und Altersverteilung vorgestellt werden.

### 6.1.1 Geschlecht

Von den insgesamt 159 während des Studienzeitraums in der Ambulanz vorgestellten Patienten waren 91 männlich (57,2 %) und 68 weiblich (42,8 %; vgl. Tabelle 6.1.1).

Tabelle 6.1.1: Geschlechterverteilung

Geschlecht	N	% der Gesamtgruppe
Männlich	91	57,2
Weiblich	68	42,8

### 6.1.2 Alter

Die Altersverteilung über die Geschlechter war ausgeglichen: die Jungen waren im Mittel 10,7 (SD=5,5), die Mädchen 10,8 (SD=6,5) Jahre alt. Im Durchschnitt betrug das Alter 10,5 Jahre (SD=5,9) wie Tabelle 6.1.2-1 zeigt.

Tabelle 6.1.2-1: Altersverteilung nach Geschlecht

	Geschlecht	N	M [Jahre]	SD [Jahre]	T-Test	Df	p
Alter	Männlich	91	10,7	5,5	-0,539	157	0,590
	Weiblich	68	10,2	6,5			
	Gesamt	159	10,5	5,9			

In die Arbeit eingeschlossen wurden Kinder ab dem zweiten Lebensjahr; die älteste Teilnehmerin war zum Zeitpunkt der Untersuchung 32 Jahre alt. Bei der Gruppierung in Altersklassen wurden die Kinder in Vier-Jahres-Schritten eingeteilt, die Verteilung ist in Tabelle 6.1.2-2 aufgezeigt.

Tabelle 6.1.2-2: Altersverteilung in Klassen

	Alter	Lebensjahr	N	Prozent
Altersklasse	Kleinkind	2.-6.	38	23,9
	Grundschulkind	6.-10.	53	33,3
	Schulkind	10.-14.	32	20,1
	Jugendlicher	14.-18.	19	11,9
	Erwachsener	> 18.	17	10,7

Der größte Teil der untersuchten Kinder (57,2 Prozent) befand sich somit im Kleinkind- und Grundschulalter, gefolgt von Schulkindern (20,1 Prozent), Jugendlichen (11,9 Prozent) und Erwachsenen (10,7 Prozent).

## 6.2 Biographische Aufenthalte

In diesem Teil der Ergebnisse soll dargestellt werden, bei wem und unter welchen Umständen unsere Patienten aufwuchsen. Häufig wurden im Fragebogen mehrere Aufenthalte angegeben: in der Regel kam es von der leiblichen Familie aus zur Inobhutnahme in eine Pflege- oder Adoptivfamilie, vereinzelt mit kürzeren Zwischenaufenthalten im Heim oder anderen stationären Einrichtungen wie Psychiatrien, heilpädagogischen Häusern oder Einrichtungen der Behindertenhilfe. Es sollten die Auswirkungen untersucht werden, die die unterschiedlich langen Verbleibe in der leiblichen Familie zur Folge hatten.

### 6.2.1 Häufigkeit

Die Verteilung der biographischen Aufenthalte zeigt Tabelle 6.2.1. Mehrfachnennungen waren möglich. Demnach lebten circa 80 Prozent der untersuchten Patienten zumindest zeitweise bei ihren leiblichen Eltern beziehungsweise einem Elternteil. Wiederrum fast 80 Prozent hatte bereits Kontakt zum Pflegewesen, und gut 18 Prozent der Kinder sind adoptiert worden.

Tabelle 6.2.1: Häufigkeit biographischer Aufenthalte

Lebt/ lebte zeitweise	N	% der Gesamtgruppe
Bei leiblichen Eltern	69	43,4
Bei leiblicher Mutter	57	35,9
Beim leiblichen Vater	5	3,1
In Pflegefamilie	122	76,7
In Adoptivfamilie	29	18,2
Im Heim	43	27,0
In stationärer Einrichtung	16	10,1
Bei sonstiger Erziehungsperson	6	3,8
In eigener Wohnung	5	3,1

### **Häufigkeit verschiedener Aufenthalte nach Geschlecht**

Jungen und Mädchen verteilten sich gleichmäßig sowohl auf die leiblichen Familien als auch auf die verschiedenen Betreuungsformen nach stattgefundenener Inobhutnahme. Jedoch zeigte sich eine Ungleichheit in der Heimunterbringung: 33 der untersuchten Jungen (36,3 %) und nur 10 Mädchen (14,7 %) waren zeitweise in einem Kinderheim untergebracht ( $p=0,004$ ).

### **6.2.2 Dauer**

Die Zeit, die unsere Patienten bei den verschiedenen Bezugspersonen verbrachten, wies eine breite Streuung auf (vgl. Tabelle 6.2.2). Die Zeit bei den leiblichen Eltern oder einem leiblichen Elternteil belief sich im Mittel auf etwa drei Jahre, adoptierte Kinder verbrachten durchschnittlich zehn Jahre in ihrer Familie, Pflegekinder immerhin fünfeinhalb Jahre. Heim- und Aufenthalte in stationären Einrichtungen waren mit circa zwei Jahren Dauer relativ kurz und offenbar als Übergangslösungen gedacht.

Tabelle 6.2.2: Dauer biographischer Aufenthalte

Zeit	N	M [Jahre]	SD [Jahre]
Bei leiblichen Eltern	66	3,3	2,9
Bei leiblicher Mutter	55	3,5	3,5
Beim leiblichen Vater	4	2,8	1,9
In Pflegefamilie	122	5,5	4,5
In Adoptivfamilie	29	10,0	6,2
Im Heim	41	1,9	2,5
In stationärer Einrichtung	16	2,3	3,1

### ***Zeit in verschiedenen Aufenthalten nach Geschlecht***

Die Zeit, die Jungen und Mädchen an den verschiedenen Aufenthaltsorten verbrachten, unterschied sich nicht voneinander, bis auf die Tatsache, dass die 20 adoptierten Mädchen im Mittel fast doppelt so lang in ihren Adoptivfamilien verweilten als die neun adoptierten Jungen (14,1 versus 8,2 Jahre;  $p=0,014$ ).

### **6.2.3 Zeit bis Inobhutnahme**

Die Dauer bis zur Inobhutnahme der FAS-Betroffenen stellt einen wichtigen Aspekt dieser Arbeit dar. In unserer Untersuchung wurden 40 der 159 Kinder direkt nach der Geburt in Obhut genommen, meist in Pflege- oder Adoptivfamilien. Die Kinder, die zunächst bei den leiblichen Eltern oder einem Elternteil aufwuchsen, wurden im Mittel mit 3,6 Jahren in Obhut genommen ( $SD=3,3$  Jahre).

### ***Zeit bis Inobhutnahme nach Geschlecht***

Es stellt sich weiterhin die Frage, ob bei den 119 in Obhut genommenen Kindern ein Geschlechtsunterschied bezüglich des Zeitpunkts des Eingreifens bestand. Zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich große Unterschiede: Mädchen wurden im Mittel mit 3,1 Jahren ( $SD=2,8$ ), Jungen erst mit 3,9 Jahren ( $SD=3,6$ ) aus den leiblichen Familien genommen. Die Signifikanz dieses Ergebnisses ist jedoch tendenzieller Art ( $p=0,175$ ).

Bei den Kindern, die unmittelbar nach der Geburt in Obhut genommen wurden, lässt sich dieser Trend nicht zeigen: von insgesamt 36 Kindern waren 23 männlichen und „nur“ 13 weiblichen Geschlechts.

#### **6.2.4 Vorkommen von Traumatisierung**

Die vorliegende Arbeit untersucht die Annahme, dass es in einem Milieu, in dem ein Kind bereits während der Schwangerschaft durch Intoxikation mit Alkohol geschädigt wird, es auch nach der Geburt nachteiligen Einflüssen ausgesetzt sein kann. An dieser Stelle soll dargestellt werden, inwieweit dieser Zusammenhang zutrifft beziehungsweise bei welchem biographischen Aufenthaltsort es typischerweise zu den verschiedenen Formen der Misshandlung kommt. Diese Arbeit betrachtet nur die Misshandlung, die vom leiblichen Elternhaus ausgeht; selbstverständlich wäre es auch denkbar, dass eine Traumatisierung in einem eigentlich schützenden Umfeld wie einem Heim oder einer Pflegefamilie stattfinden kann.

Für die biographischen Aufenthalte bei der leiblichen Familie wurde anschließend die Dauer eines jeden Aufenthalts in Korrelation mit der Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung gesetzt. Überraschenderweise scheint das Vorkommen von Traumatisierung unabhängig von der Dauer des Betreuungsverhältnisses zu sein; keines der Ergebnisse zeigte einen signifikanten Zusammenhang. Es sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass die Dauer der Aufenthalte jedoch sehr wohl mit der Ausprägung der Defizite korrelierte (vgl. Kapitel 6.2.7 „Einfluss auf Defizite“). Für 13 Kinder konnte von den Betreuenden keine Angaben zu stattgefundener Misshandlung gemacht werden; die Gesamtgruppe besteht somit im Folgenden Kapitel aus 146 Kindern.

##### ***Leibliche Eltern***

Tabelle 6.2.4-1 zeigt eine hochsignifikante Korrelation von Aufenthalt bei den leiblichen Eltern mit Traumatisierung im Allgemeinen, Vernachlässigung, seelischer und körperlicher Gewalt. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass *keines* der 62 untersuchten Kinder, das bei seinen Eltern gelebt hat, ohne eine Art der Traumatisierung aufgewach-

sen ist. Einzig die sexuelle Gewalt bildet eine Ausnahme und trat unabhängig von einem Aufenthalt bei den leiblichen Eltern auf.

Tabelle 6.2.4-1: Traumatisierung bei leiblichen Eltern

Art der Misshandlung		Leibliche Eltern		Chi <sup>2</sup>	df	p
		Ja [N (%*)]	Nein [N (%*)]			
Traumatisierung	Ja	62 (100%)	50 (60%)	32,71	1	<0,001
	Nein	0 (0%)	34 (41%)			
Vernachlässigung	Ja	61 (98%)	50 (60%)	29,56	1	<0,001
	Nein	1 (2%)	34 (40%)			
Seelische Gewalt	Ja	35 (57%)	21 (25%)	14,92	1	<0,001
	Nein	27 (43%)	63 (75%)			
Körperliche Gewalt	Ja	32 (52%)	17 (20%)	15,75	1	<0,001
	Nein	30 (48%)	67 (80%)			

\* % innerhalb von „aufgewachsen bei leiblichen Eltern“

### **Leibliche Mutter**

Die 53 untersuchten Kinder, die nach der Geburt bei ihrer leiblichen Mutter verblieben, erlebten allesamt Vernachlässigung, der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und dem Aufenthalt bei der leiblichen Mutter ist somit ebenfalls hochsignifikant

(vgl. Tab. 6.2.4-2). Ein überdurchschnittlich häufiges Auftreten der anderen Gewaltformen konnte nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 6.2.4-2: Traumatisierung bei leiblicher Mutter

Art der Misshandlung		Leibliche Mutter		Chi <sup>2</sup>	df	P
		Ja [N(%*)]	Nein [N(%*)]			
Traumatisierung	Ja	53 (100%)	93 (63%)	25,26	1	<0,001
	Nein	0 (0%)	34 (37%)			
Vernachlässigung	Ja	53 (100%)	58 (62%)	26,24	1	<0,001
	Nein	0 (0%)	35 (38%)			

\* % innerhalb von „aufgewachsen bei leiblicher Mutter“

### ***Leiblicher Vater***

Ein Zusammenhang zwischen Verbleib beim leiblichen Vater und der Häufigkeit von Traumatisierung ließ sich nicht nachweisen, was bei der geringen Fallzahl (N=2) nicht verwundern kann. Immerhin erlebten beide untersuchten Kinder, die beim Vater lebten, Vernachlässigung und seelische Gewalt, eines von beiden zusätzlich körperliche und sexuelle Gewalt.

### ***Sonstige Erziehungsperson***

Bei den fünf Kindern, die bei anderen Erziehungspersonen als den leiblichen Eltern lebten, konnte kein Zusammenhang zwischen Aufenthalt und Traumatisierung festgestellt werden. Auch hier waren die Fallzahlen sehr gering (N=5), außerdem wies die Variable „sonstige Erziehungsperson“ eine große Heterogenität auf (zum Beispiel: Großeltern, Tante).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Verbleib in der leiblichen Familie (ausgenommen: leiblicher Vater wegen zu geringer Fallzahlen) durchaus signifikant mit dem Vorliegen einer Traumatisierung korreliert.

### **6.2.5 Vorkommen von Mehrfachtraumatisierung**

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass ein Teil der Kinder mehrere Formen der Traumatisierung erlebte, beispielsweise Vernachlässigung und körperliche Gewalt. Diese Kombination von Missbrauchsarten wird im Folgenden als „Mehrfachtraumatisierung“ bezeichnet. Es ließen sich keine Prädiktoren für eine Mehrfachtraumatisierung feststellen: die Wahrscheinlichkeit, bei den leiblichen Eltern oder einem Elternteil mehr als eine Form der Traumatisierung zu erleben, war nicht signifikant erhöht.

### **6.2.6 Dauer bis Inobhutnahme**

Zeigen sich bei der Dauer der verschiedenen Aufenthalte keine Zusammenhänge mit dem Auftreten von Traumatisierung, ist das bei der Untersuchung der Zeit, die bis zur Inobhutnahme verging, anders: die späte Inobhutnahme ist mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit für *alle* untersuchten Formen der Misshandlung verbunden, wie Tabelle 6.2.6 zeigt.

Tabelle 6.2.6: Zeit bis zur Inobhutnahme und Traumatisierung

Zeit bis Inobhutnahme		N	M [Jahre]	SD [Jahre]	T-Test	Df	p
Traumatisierung	Ja	109	3,31	3,10	5,41	141	<0,001
	Nein	34	0,29	1,72			
Vernachlässigung	Ja	108	3,34	3,10	5,56	141	<0,001
	Nein	35	0,29	1,69			
Seelische Gewalt	Ja	54	3,70	2,65	3,45	141	0,001
	Nein	89	1,92	3,19			
Körperliche Gewalt	Ja	48	3,92	2,71	3,80	141	<0,001
	Nein	95	1,92	3,09			
Sexuelle Gewalt	Ja	16	4,09	3,06	2,06	141	0,041
	Nein	127	2,41	3,07			

### 6.2.7 Einfluss auf Defizite

Auf den folgenden Seiten soll gezeigt werden, ob die verschiedenen biographischen Aufenthalte einen Einfluss auf die mithilfe des FASQ ermittelten Defizite hatten. Anschließend soll wieder die Bedeutung der Dauer des jeweiligen Aufenthalts dargestellt werden.

#### **Leibliche Eltern**

Die 69 Kinder, die bei ihren leiblichen Eltern gelebt hatten, unterschieden sich in keinem der 38 Items signifikant von den 90 Kindern, die nie bei den leiblichen Eltern lebten. Untersuchte man nur die Untergruppe der Kinder mit Elternerfahrung (N=69) auf die Auswirkung der Dauer des Aufenthalts, ließ sich ein Anstieg der Delinquenz (Stehlen) feststellen ( $p=0,044$ ).

#### **Leibliche Mutter**

Die 57 Kinder, die bei der leiblichen Mutter gelebt hatten, wiesen bis auf drei Items nicht mehr Beeinträchtigungen auf als Kinder, die nie bei der Mutter gelebt hatten. Es

fällt auf, dass die betroffenen Items (vgl. Tabelle 6.2.7-1), die höher ausfielen als bei der Gesamtgruppe, allesamt für Aggressionen stehen.

Tabelle 6.2.7-1: Defizite und leibliche Mutter

FASQ-Item	Mutter	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	Df	p
Gegenstände	Ja	56	1,68	1,18	2,87	155	0,005
	Nein	101	1,14	1,11			
Beschädigen	Ja	57	1,74	1,16	2,51	157	0,013
	Nein	102	1,27	1,09			
Streiten	Ja	57	1,88	1,02	2,11	155	0,037
	Nein	100	1,53	0,98			

Interessanterweise korrelierte die Dauer bei der leiblichen Mutter bei immerhin elf Items signifikant *negativ*. Je länger der Aufenthalt, desto niedriger die Defizite in den Bereichen Alltagskompetenz (Straßenverkehr, Zeitkonzept, Kleiden, Betreuung), Selbstbeobachtung (Begründen, Mein/ Dein) und aggressiver Verhaltensweisen (Beschädigen, Gegenstände; vgl. Tabelle 6.2.7-2).

Tabelle 6.2.7-2: Defizite und leibliche Mutter nach Dauer

FASQ-Item	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	Korrelation nach Pearson	p
Beschädigen	57	1,74	1,16	-0,392	0,003
Gegenstände	56	1,68	1,18	-0,368	0,005
Begründen	55	2,24	0,98	-0,359	0,007
Straßenverkehr	56	1,68	0,99	-0,347	0,009
Mein/ Dein	56	1,23	1,08	-0,337	0,011
Zeitkonzept	54	2,20	0,98	-0,335	0,013
Kleiden	51	1,82	1,07	-0,338	0,015
Betreuung	55	2,31	1,03	-0,326	0,015
Reizoffen	57	2,56	0,76	-0,319	0,016
<b>Gesamtwert</b>	57	67,79	24,24	-0,278	0,036
Wechseln	57	2,18	1,00	-0,273	0,040
Schmerzempfinden	55	1,20	1,19	-0,276	0,041

**Leiblicher Vater**

Die fünf Kinder, die eine bestimmte Zeit beim leiblichen Vater verbracht hatten, wiesen in sieben Items signifikant *niedrigere* Defizitwerte als die Vergleichsgruppe auf: dies betraf vor allem die Bereiche Delinquenz (Stehlen, Feuer) und Aggression (Beschädigen, Gegenstände). Wieder muss an dieser Stelle auf die geringe Fallzahl (N=5) hingewiesen werden (vgl. Tabelle 6.2.7-3).

Tabelle 6.2.7-3: Defizite und leiblicher Vater

FASQ-Item	Vater	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	p
Schmerzempfinden	Ja	5	0,00	0,00	-13,65	150	<0,001
	Nein	151	1,25	1,13			
Stehlen	Ja	5	0,00	0,00	-8,16	140	<0,001
	Nein	141	0,71	1,03			
Feuer	Ja	5	0,00	0,00	-7,31	145	<0,001
	Nein	146	0,55	0,92			
Verlieren	Ja	5	0,20	0,45	-2,82	150	0,005
	Nein	147	1,60	1,10			
Beschädigen	Ja	5	0,20	0,45	-2,53	157	0,012
	Nein	154	1,48	1,13			
Gegenstände	Ja	5	0,20	0,45	-2,25	155	0,026
	Nein	152	1,37	1,16			
Mitgehen	Ja	5	0,20	0,45	-2,06	155	0,042
	Nein	152	1,33	1,22			

Die Dauer des Aufenthalts beim leiblichen Vater korrelierte nicht mit den gemessenen Defiziten, eine Ausnahme bildete das Item Konzentration, welches parallel zur Dauer des Aufenthalts niedriger wurde ( $p=0,013$ ).

### 6.2.8 Wechselnde Betreuungsverhältnisse

Es stellte sich die Frage, ob die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung ebenfalls durch einen häufigen Wechsel von Aufenthalt und Bezugsperson erhöht ist. Im Durchschnitt kam jedes unserer untersuchten Kinder auf etwas mehr als zwei verschiedene Aufenthalte ( $M=2,2$ ,  $SD=0,8$ ), das Minimum lag bei einem, das Maximum bei fünf Betreuungsverhältnissen. Eine Gruppe von 40 Kindern wurde unmittelbar nach der Geburt in Obhut genommen, jedoch schloss dieser Fakt weitere Wechsel der Betreuung

im Laufe des Lebens nicht aus. Tabelle 6.2.8-1 zeigt die Häufigkeit von Betreuungsformen sowie die prozentuale Wahrscheinlichkeit des Auftretens der verschiedenen Traumatisierungsformen. Die Aussagekraft dieses Zusammenhangs zeigt Tab. 6.2.8-2. So korrelierte eine hohe Zahl von Betreuungs-Wechseln signifikant mit dem Vorkommen von Traumatisierung. Einzig für sexuelle Misshandlung konnte dieser Zusammenhang – auch aufgrund der geringen Fallzahl – nicht gezeigt werden.

### **Häufigkeit**

Tab. 6.2.8-1: Häufigkeit Betreuungsformen und Vorkommen von Traumatisierung

Erlebte		Anzahl Betreuungsformen				
		1	2	3	4	5
Traumatisierung	N	3	69	34	3	3
	%	11,5	88,5	94,4	100,0	100,0
Vernachlässigung	N	3	69	33	3	3
	%	11,5	88,5	91,7	100,0	100,0
Seelische Gewalt	N	2	34	17	0	3
	%	7,7	43,6	47,2	0,0	100,0
Körperliche Gewalt	N	0	27	18	1	3
	%	0,0	34,6	50,0	33,3	100,0
Sexuelle Gewalt	N	1	10	5	0	0
	%	3,8	12,8	13,9	0,0	0,0
Mehrere Traumata- erfahrungen	N	3	38	21	1	3
	%	11,5	48,8	58,3	33,3	100,0

**Wahrscheinlichkeit von Traumatisierung**

Tabelle 6.2.8-2: Vorkommen und Korrelation von Traumatisierung und Anzahl Betreuungsverhältnisse

Erlebte		N	M [Betreuungsformen]	SD [Betreuungsformen]	T-Test	df	p
Traumatisierung	Ja	112	2,41	0,72	7,58	144	<0,001
	Nein	34	1,38	0,60			
Vernachlässigung	Ja	111	2,41	0,72	7,16	144	<0,001
	Nein	35	1,43	0,66			
Seelische Gewalt	Ja	56	2,43	0,81	3,09	144	0,002
	Nein	90	2,01	0,79			
Körperliche Gewalt	Ja	49	2,59	0,81	4,74	144	<0,001
	Nein	97	1,96	0,74			

**Einfluss auf Defizite**

Bei der Untersuchung des Einflusses wechselnder Aufenthalte auf einzelne Items des FASQ zeigte sich, dass sowohl für die Gesamtgruppe als auch für die einzelnen Geschlechter wenige signifikante Korrelationen existieren (vgl. Tabelle 6.2.8-3): insgesamt traten höhere Defizite im Bereich Selbstbeobachtung auf, bei den Jungen nahm weiterhin die Naivität (Mitgehen) ab, bei den Mädchen die Zurückgezogenheit (Spielideen) zu. Die Korrelation von Wohnortwechseln und FASQ-Gesamtwert – als Ausdruck erhöhter Auffälligkeiten – lag mit  $p=0,063$  knapp außerhalb des Signifikanzniveaus.

Tabelle 6.2.8-3: Einfluss auf Defizite

Teilnehmer	FASQ-Item	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	Korrelation nach Pearson	p
Insgesamt	Päd. Maßnahmen	155	1,46	1,07	0,17	0,037
Jungen	Mitgehen	89	1,21	1,21	-0,22	0,040
	Falsches	90	2,01	1,00	0,21	0,047
Mädchen	Spielideen	66	1,65	1,18	0,25	0,044

### 6.3 Traumatisierung

Im zweiten Teil der Ergebnisse sollen Häufigkeit und Folgen der verschiedenen Formen von Traumatisierung dargestellt werden. Als Messinstrument gelten auch hier die Defizite, gemessen durch den FASQ. Bei 13 Kindern lagen keine Angaben zu Misshandlungen vor.

#### 6.3.1 Häufigkeit

Es wird deutlich, dass ein Großteil der untersuchten Kinder (N=146) mindestens eine Form der Traumatisierung erlebt hat, dabei steht Vernachlässigung an erster Stelle (vgl. Tabelle 6.3.1).

Tabelle 6.3.1: Häufigkeit von Traumatisierung

Erlebte	N	% der Gesamtgruppe
Traumatisierung	112	76,7
Vernachlässigung	111	76,0
Seelische Gewalt	56	38,4
Körperliche Gewalt	49	33,6
Sexuelle Gewalt	16	11,0

### **Auftreten von Traumatisierung nach Geschlecht**

Interessanterweise war das Auftreten von Traumatisierung nicht an das Geschlecht gebunden: sowohl Vernachlässigung, seelische und körperliche Gewalt sowie Misshandlung im Allgemeinen (Traumatisierung) waren gleichmäßig über Jungen und Mädchen verteilt. Eine Ausnahme bildete – wie erwartet – die Form der sexuellen Gewalt mit einer Häufigkeit von 21,0 Prozent bei Mädchen (N=13) und 3,6 Prozent bei Jungen (N=3;  $p=0,001$ ).

### **6.3.2 Mehrfachtraumatisierung**

An dieser Stelle soll das Vorkommen von Mehrfachtraumatisierung, also einer Kombination der verschiedenen abgefragten Traumatisierungsformen, aufgezeigt werden. Gemessen wird sie als „Traumascore“, der Zahlen von 0 = „kein Trauma“ bis 4 = „Vier Traumaarten“ annehmen kann. Die Häufigkeiten zeigt Tabelle 6.3.2-1:

Tabelle 6.3.2-1: Häufigkeiten des Traumascores

Traumascore		N	% der Gesamtgruppe
0	Kein Trauma	34	23,3
1	Eine Traumaart	46	31,5
2	Zwei Traumaarten	24	16,4
3	Drei Traumaarten	30	20,5
4	Vier Traumaarten	12	8,2

Im Durchschnitt erreichte ein Kind der Gesamtgruppe einen Score von 1,6 (SD=1,3). Untersucht man die Untergruppe der 112 misshandelten Kinder, liegt der Durchschnitt bei 2,1 Traumatisierungsformen pro Kind (SD=1,1).

### **Auftreten von Mehrfachtraumatisierung nach Geschlecht**

Wie oben aufgeführt erlebte gut die Hälfte der untersuchten Kinder keine oder eine Form der Traumatisierung. Den traurigen Höchstwert von „Vier Traumaarten“ erreichten vor allem die Mädchen aufgrund der bei Jungen seltener angegebenen sexuellen

Gewalt (vgl. Tabelle 6.3.2-2). Alles in allem jedoch unterscheidet sich der Traumascore nicht: Jungen erreichen einen Mittelwert von 1,5 (SD=1,2), Mädchen liegen bei 1,7 (SD=1,4) erlebten Traumatisierungsarten.

Tabelle 6.3.2-2: Häufigkeit von Mehrfachtraumatisierung

Traumascore	Geschlecht	N	% von Geschlecht
Kein Trauma	Männlich	20	23,8
	Weiblich	14	22,6
Eine Traumaart	Männlich	27	32,1
	Weiblich	19	30,6
Zwei Traumaarten	Männlich	16	19,0
	Weiblich	8	12,9
Drei Traumaarten	Männlich	18	21,4
	Weiblich	12	19,4
Vier Traumaarten	Männlich	3	3,6
	Weiblich	9	14,5

### 6.3.3 Einfluss von Traumatisierung auf Defizite

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, ob die für das FAS typischen sozialen und emotionalen Defizite bei Vorliegen einer Traumatisierung stärker ausgeprägt sind als ohne traumatische Erfahrung. Dies soll für die einzelnen Formen der Misshandlung ermittelt werden. Dabei werden zunächst relevante Ergebnisse für die Gesamtgruppe und anschließend nach Geschlechtern getrennt dargestellt.

#### ***Traumatisierung***

Bei der Gegenüberstellung der FASQ-Werte von 112 auf irgendeine Weise traumatisierten und 34 nicht-traumatisierten Kindern wurden bei 14 Items signifikant höhere Werte festgestellt. Dies betrifft vor allem die Bereiche Naivität (zwei Items), Aggression

(drei Items), Alltagskompetenz (vier Items) und Introversion (vier Items; vgl. Tabelle 6.3.3-1).

Tabelle 6.3.3-1: Defizite bei Traumatisierung

FASQ-Item	Traumatisierung	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	p
Betreuung	Ja	109	2,36	0,94	3,47	140	0,001
	Nein	33	1,67	1,19			
Neue Bekanntschaft	Ja	111	2,23	1,04	3,29	143	0,001
	Nein	34	1,53	1,24			
Beschädigen	Ja	112	1,64	1,12	3,10	144	0,002
	Nein	34	0,97	1,06			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	112	67,94	22,80	0,68	144	0,002
	Nein	34	53,71	22,68			
Lerninhalte	Ja	108	2,02	0,92	2,91	139	0,004
	Nein	33	1,45	1,15			
Gegenstände	Ja	110	1,51	1,16	2,83	142	0,005
	Nein	34	0,88	1,04			
Spielideen	Ja	111	1,68	1,14	2,69	142	0,008
	Nein	33	1,09	1,04			
Interessensverlust	Ja	110	2,16	0,89	2,60	142	0,010
	Nein	34	1,71	0,91			
Wiederholtes	Ja	110	1,71	1,18	2,45	139	0,015
	Nein	31	1,13	1,09			
Verlieren	Ja	108	1,65	1,08	2,19	139	0,030
	Nein	33	1,18	1,04			
Stehlen	Ja	101	0,82	1,10	2,16	131	0,033
	Nein	32	0,38	0,71			

Zeitkonzept	Ja	109	2,12	1,03	2,15	138	0,034
	Nein	31	1,65	1,25			
Lügen	Ja	107	1,83	1,02	2,03	139	0,044
	Nein	34	1,41	1,13			
Geldwert	Ja	103	2,38	0,92	2,03	131	0,044
	Nein	30	1,97	1,16			
Wechseln	Ja	112	2,08	0,97	2,02	143	0,045
	Nein	33	1,70	0,92			

### Traumatisierung von Jungen

Bei der Betrachtung der männlichen Teilnehmer zeigten sich in sieben Items relevante Defizite, vor allem in den Bereichen Aggression (Gegenstände, Beschädigen) und Alltagskompetenz (Betreuung, Verlieren, Kleiden; vgl. Tabelle 6.3.3-2).

Tabelle 6.3.3-2: Defizite bei Traumatisierung von Jungen

FASQ-Item	Traumatisierung	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	p
Lerninhalte	Ja	61	2,05	0,90	3,72	78	< 0,001
	Nein	19	1,11	1,15			
Gegenstände	Ja	63	1,71	1,07	3,46	81	0,001
	Nein	20	0,80	0,89			
Beschädigen	Ja	64	1,83	1,02	3,39	82	0,001
	Nein	20	0,95	1,00			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	64	68,25	21,95	3,01	82	0,003
	Nein	20	51,05	23,39			
Neue Bekanntschaft	Ja	63	2,13	1,04	2,85	81	0,006
	Nein	20	1,35	1,14			
Betreuung	Ja	63	2,32	0,96	2,75	80	0,007
	Nein	19	1,58	1,22			

Verlieren	Ja	62	1,77	1,06	2,55	79	0,013
	Nein	19	1,05	1,13			
Kleiden	Ja	62	1,85	0,97	2,47	78	0,016
	Nein	18	1,17	1,25			

#### Traumatisierung von Mädchen

Traumatisierte Mädchen zeigten sich häufiger zurückgezogen (Interessensverlust, Wechseln) und weniger eigenständig (Betreuung) als die nicht-traumatisierte Vergleichsgruppe (vgl. Tabelle 6.3.3-3).

Tabelle 6.3.3-3: Defizite bei Traumatisierung von Mädchen

FASQ-Item	Traumatisierung	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	p
Interessensverlust	Ja	46	2,17	0,97	2,29	58	0,026
	Nein	14	1,50	0,94			
Betreuung	Ja	46	2,41	0,91	2,10	58	0,040
	Nein	14	1,79	1,19			
Wechseln	Ja	48	2,04	1,01	2,03	59	0,046
	Nein	13	1,38	1,12			

#### **Vernachlässigung**

Bei der Auswertung von 111 vernachlässigten und 35 nicht vernachlässigten Kinder ergaben sich bei neun Items signifikante Unterschiede; immer war dabei das Defizit stärker ausgeprägt als bei Kindern ohne Vernachlässigung. Die Auffälligkeiten fanden sich in Bereichen der Aggression, Naivität, Alltagskompetenz und Zurückgezogenheit (jeweils zwei Items, vgl. Tabelle 6.3.3-4).

Tabelle 6.3.3-4: Defizite bei Vernachlässigung

FASQ-Item	Vernachlässigung	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
Betreuung	Ja	108	2,36	0,94	3,48	140	0,001
	Nein	34	1,68	1,17			
Beschädigen	Ja	111	1,65	1,13	3,16	144	0,002
	Nein	35	0,97	1,04			
Neue Bekanntschaft	Ja	110	2,23	1,05	3,08	143	0,002
	Nein	35	1,57	1,24			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	111	67,74	22,80	2,93	144	0,004
	Nein	35	54,74	23,17			
Lerninhalte	Ja	107	2,02	0,92	2,85	139	0,005
	Nein	34	1,47	1,13			
Gegenstände	Ja	109	1,50	1,16	2,68	142	0,008
	Nein	35	0,91	1,04			
Spielideen	Ja	110	1,67	1,13	2,39	142	0,018
	Nein	34	1,15	1,08			
Interessensverlust	Ja	109	2,16	0,89	2,36	142	0,020
	Nein	35	1,74	0,92			
Wiederholtes	Ja	109	1,71	1,19	2,35	139	0,020
	Nein	32	1,16	1,08			
Verlieren	Ja	107	1,64	1,08	2,08	139	0,040
	Nein	34	1,21	1,04			

#### Vernachlässigung von Jungen

Traumatisierte Jungen zeigten in sieben Items signifikant höhere Defizite als nicht-traumatisierte männliche Teilnehmer. Dabei fielen unter anderem zwei Items in die Gruppe Aggression und drei Items in den Bereich Alltagsbewältigung (vgl. Tabelle 6.3.3-5).

Tabelle 6.3.3-5: Defizite bei Vernachlässigung von Jungen

FASQ-Item	Vernachlässigung	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	P
Lerninhalte	Ja	60	2,05	0,91	3,59	78	0,001
	Nein	20	1,15	1,14			
Beschädigen	Ja	63	1,84	1,02	3,50	82	0,001
	Nein	21	0,95	0,97			
Gegenstände	Ja	62	1,71	1,08	3,25	81	0,002
	Nein	21	0,86	0,91			
Betreuung	Ja	62	2,32	0,97	2,74	80	0,008
	Nein	20	1,60	1,19			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	63	67,90	21,95	2,64	82	0,010
	Nein	21	52,90	24,33			
Neue Bekanntschaft	Ja	62	2,11	1,04	2,53	81	0,014
	Nein	21	1,43	1,17			
Verlieren	Ja	61	1,77	1,07	2,40	79	0,019
	Nein	20	1,10	1,12			
Kleiden	Ja	61	1,85	0,98	2,34	78	0,022
	Nein	19	1,21	1,23			

## Vernachlässigung von Mädchen

Das Ergebnis der Mädchen ist identisch mit dem der Traumatisierung (jedes traumatisierte Mädchen wurde vernachlässigt); im Vergleich zu nicht-traumatisierten Mädchen zeigte sich vor allem eine ausgeprägtere Zurückgezogenheit (Interessensverlust, Wechseln; vgl. Tabelle 6.3.3-6).

Tabelle 6.3.3-6: Defizite bei Vernachlässigung von Mädchen

FASQ-Item	Vernachlässigung	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	Df	P
Interessensverlust	Ja	46	2,17	0,97	2,29	58	0,026
	Nein	14	1,50	0,94			
Betreuung	Ja	46	2,41	0,91	2,10	58	0,040
	Nein	14	1,79	1,19			
Wechseln	Ja	48	2,04	1,01	2,03	59	0,046
	Nein	13	1,38	1,12			

**Seelische Gewalt**

Kinder, die seelische Gewalt erlitten haben (N=56), wiesen ebenfalls in neun Items höhere Werte auf als Kinder ohne seelische Gewalterfahrung (N=90). Es fällt auf, dass vier der neun Items (Phantasie, Wechseln, Interessensverlust, Spielideen) auf eine erhöhte Introversion der Misshandelten schließen lassen (vgl. Tabelle 6.3.3-7).

Tabelle 6.3.3-7: Defizite bei seelischer Gewalt

FASQ-Item	Seelische Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
<b>Gesamtwert</b>	Ja	56	71,47	23,78	2,84	144	0,005
	Nein	90	60,38	22,39			
Wiederholtes	Ja	55	1,93	1,09	2,84	139	0,005
	Nein	86	1,36	1,20			
Kleiden	Ja	54	2,07	1,01	2,56	135	0,012
	Nein	83	1,59	1,13			
Phantasie	Ja	55	1,76	1,17	2,52	138	0,013
	Nein	85	1,27	1,11			

Falsches	Ja	55	2,22	0,94	2,46	141	0,015
	Nein	88	1,77	1,12			
Stehlen	Ja	52	0,98	1,13	2,43	131	0,017
	Nein	81	0,54	0,94			
Wechseln	Ja	56	2,23	0,89	2,40	143	0,018
	Nein	89	1,84	0,99			
Interessensver- lust	Ja	54	2,28	0,86	2,29	142	0,023
	Nein	90	1,92	0,93			
Ausspielen	Ja	54	1,54	1,06	2,21	139	0,029
	Nein	87	1,15	0,98			
Spielideen	Ja	56	1,79	1,16	2,01	142	0,046
	Nein	88	1,40	1,11			

#### Seelische Gewalt bei Jungen

Die Untergruppe der Jungen zeigte als einzige Auffälligkeit erhöhte Werte beim Item Wiederholen: der Mittelwert lag bei 1,97 (SD=1,03) gegenüber 1,31 Punkten (SD=1,25;  $p=0,017$ ).

#### Seelische Gewalt bei Mädchen

Im Gegensatz zu den Jungen scheinen die Mädchen ausgeprägter auf seelische Miss-handlung zu reagieren: in elf Items mit den Schwerpunkten Zurückgezogenheit (drei Items), aber auch Aggression (drei Items) und Delinquenz (Stehlen) zeigten sich höhere Werte als bei Mädchen ohne seelische Gewalterfahrung (vgl. Tabelle 6.3.3-8).

Tabelle 6.3.3-8: Defizite bei seelischer Gewalt bei Mädchen

FASQ-Item	Seelische Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	P
Phantasie	Ja	24	2,13	1,08	3,04	57	0,004
	Nein	35	1,23	1,14			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	25	74,24	23,81	2,55	60	0,013
	Nein	37	59,19	22,15			
Wechseln	Ja	25	2,28	0,94	2,42	59	0,019
	Nein	36	1,64	1,07			
Gegenstände	Ja	25	1,60	1,32	2,32	59	0,024
	Nein	36	0,89	1,06			
Kleiden	Ja	23	2,30	1,02	2,31	55	0,025
	Nein	34	1,62	1,16			
Spielideen	Ja	25	2,08	1,04	2,23	58	0,030
	Nein	35	1,43	1,17			
Tagesstruktur	Ja	24	2,83	0,48	2,21	59	0,031
	Nein	37	2,32	1,06			
Mitgehen	Ja	25	1,88	1,13	2,13	60	0,037
	Nein	37	1,22	1,25			
Begründen	Ja	24	2,58	0,78	2,12	58	0,038
	Nein	36	2,11	0,89			
Lügen	Ja	25	2,12	1,01	2,12	58	0,039
	Nein	35	1,51	1,15			
Stehlen	Ja	22	0,91	1,19	2,09	53	0,041
	Nein	33	0,36	0,74			
Ausspielen	Ja	23	1,74	1,14	2,08	57	0,042
	Nein	36	1,14	1,05			

**Körperliche Gewalt**

Bei der Untersuchung der 49 Kinder mit körperlicher Gewalterfahrung gegenüber 97 Kindern ohne körperlichen Missbrauch wiesen 13 Items signifikant höhere Werte auf. Diese verteilen sich vor allem auf die Bereiche Alltagskompetenz (vier Items), Selbstverständnis (drei Items) und Aggression (drei Items; vgl. Tabelle 6.3.3-9).

Tabelle 6.3.3-9: Defizite bei körperlicher Gewalt

FASQ-Item	Körperliche Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
Falsches	Ja	47	2,38	0,82	3,56	141	0,001
	Nein	96	1,73	1,12			
Kleiden	Ja	47	2,19	0,95	3,26	135	0,001
	Nein	90	1,57	1,12			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	49	72,76	21,66	3,06	144	0,003
	Nein	97	60,52	23,39			
Zeitkonzept	Ja	48	2,35	0,89	2,70	138	0,008
	Nein	92	1,84	1,16			
Begründen	Ja	46	2,41	0,83	2,57	140	0,011
	Nein	96	1,99	0,96			
Geldwert	Ja	47	2,57	0,72	2,54	131	0,012
	Nein	86	2,13	1,08			
Lügen	Ja	48	2,02	1,02	2,37	139	0,019
	Nein	93	1,58	1,06			
Päd. Maßnahmen	Ja	49	1,76	1,09	2,37	141	0,019
	Nein	94	1,32	1,02			
Verlieren	Ja	48	1,83	1,06	2,35	139	0,020
	Nein	93	1,39	1,07			
Stehlen	Ja	45	1,00	1,11	2,32	131	0,022
	Nein	88	0,57	0,97			

Ausspielen	Ja	47	1,57	1,02	2,30	139	0,023
	Nein	94	1,16	1,01			
Gegenstände	Ja	49	1,65	1,17	2,21	142	0,029
	Nein	95	1,21	1,13			
Risikoeinschätzung	Ja	49	2,35	0,83	2,15	143	0,033
	Nein	96	2,00	0,96			
Interessensverlust	Ja	48	2,27	0,87	2,02	142	0,045
	Nein	96	1,95	0,92			

### Körperliche Gewalt bei Jungen

Körperlich misshandelte Jungen zeigten bei sieben Items signifikant erhöhte Defizite unter anderem in den Bereichen Alltagsbewältigung (Kleiden, Zeitkonzept, Geldwert) und Selbstbeobachtung (Falsches, Erklären; vgl. Tabelle 6.3.3-10).

Tabelle 6.3.3-10: Defizite bei körperlicher Gewalt bei Jungen

FASQ-Item	Körperliche Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
Kleiden	Ja	28	2,21	0,83	3,35	78	0,001
	Nein	52	1,42	1,09			
Zeitkonzept	Ja	27	2,48	0,75	2,89	78	0,005
	Nein	53	1,75	1,19			
Falsches	Ja	27	2,41	0,80	2,60	81	0,011
	Nein	56	1,80	1,07			
Geldwert	Ja	27	2,59	0,64	2,41	77	0,018
	Nein	52	2,06	1,06			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	28	72,36	20,09	2,34	82	0,022
	Nein	56	60,05	23,94			
Risikoeinschätzung	Ja	28	2,43	0,69	2,24	81	0,028
	Nein	55	1,96	0,98			

Erklären	Ja	26	2,42	0,64	2,16	80	0,034
	Nein	56	1,95	1,03			
Lerninhalte	Ja	27	2,15	0,86	2,02	78	0,047
	Nein	53	1,66	1,09			

### Körperliche Gewalt bei Mädchen

Die Mädchen unterschieden sich in sechs Items von der Vergleichsgruppe ohne körperliche Gewalterfahrung: sie fielen unter anderem durch höhere Defizite im Selbstbeobachtung (Falsches, Pädagogische Maßnahmen) und hinterlistiges Verhalten (Lügen, Auspielen) auf (vgl. Tabelle 6.3.3-11).

Tabelle 6.3.3-11: Defizite bei körperlicher Gewalt bei Mädchen

FASQ-Item	Körperliche Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
Lügen	Ja	21	2,29	1,06	2,77	58	0,008
	Nein	39	1,49	1,07			
Falsches	Ja	20	2,35	0,88	2,41	58	0,019
	Nein	40	1,63	1,19			
Spielideen	Ja	21	2,14	0,96	2,26	58	0,028
	Nein	39	1,46	1,19			
Päd. Maßnahmen	Ja	21	1,76	1,04	2,12	58	0,038
	Nein	39	1,18	1,00			
Auspielen	Ja	19	1,79	1,03	2,04	57	0,046
	Nein	40	1,18	1,11			
Tagesstruktur	Ja	20	2,85	0,49	2,01	59	0,049
	Nein	41	2,37	1,02			

**Sexuelle Gewalt**

Obwohl die Zahl der Kinder mit sexueller Gewalterfahrung relativ gering ist (N=16) zeigen sich – gegenüber der Anzahl Kinder ohne diese Art von Missbrauch (N=130) – auch in dieser Untersuchung signifikante Unterschiede: in sieben Items wurden höhere Werte erreicht, vor allem in den Bereichen hinterlistiges Verhalten (Auspielen, Lügen) und mangelnde Alltagsbewältigung (Kleiden, Geldwert; vgl. Tabelle 6.3.3-12).

Tabelle 6.3.3-12: Defizite bei sexueller Gewalt

FASQ-Item	Sexuelle Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	P
Stehlen	Ja	15	1,47	1,19	3,09	131	0,002
	Nein	118	0,62	0,98			
Auspielen	Ja	15	1,93	0,80	2,59	139	0,011
	Nein	126	1,22	1,03			
Begründen	Ja	16	2,69	0,60	2,59	140	0,011
	Nein	126	2,06	0,95			
Arglos	Ja	16	2,75	0,45	2,57	139	0,011
	Nein	125	2,10	0,99			
Lügen	Ja	15	2,33	0,82	2,37	139	0,019
	Nein	126	1,66	1,07			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	16	76,13	13,97	2,10	144	0,037
	Nein	130	63,21	24,05			
Kleiden	Ja	15	2,33	0,82	2,08	135	0,039
	Nein	122	1,71	1,12			
Geldwert	Ja	16	2,75	0,78	2,03	131	0,045
	Nein	117	2,22	1,00			

## Sexuelle Gewalt bei Jungen

Bei den drei Jungen, bei denen Angaben zu sexueller Gewalt und ein auswertbarer FASQ vorlagen, fielen Defizite in den Bereichen Selbstbeobachtung (Begründen, Erklären), aber auch erhöhtes dissoziales Verhalten (Ausspielen, Streiten, Lügen) auf (vgl. Tabelle 6.3.3-13).

Tabelle 6.3.3-13: Defizite bei sexueller Gewalt bei Jungen

FASQ-Item	Sexuelle Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	P
Begründen	Ja	3	3,00	0,00	9,54	78	<0,001
	Nein	79	1,96	0,97			
Erklären	Ja	3	3,00	0,00	8,75	78	<0,001
	Nein	79	2,06	0,95			
Ausspielen	Ja	3	2,00	0,00	7,19	78	<0,001
	Nein	79	1,22	0,97			
Tagesstruktur	Ja	3	3,00	0,00	5,73	75	<0,001
	Nein	76	2,55	0,68			
Streiten	Ja	3	2,00	0,00	3,34	78	0,001
	Nein	79	1,61	1,04			
Lügen	Ja	2	2,00	0,00	2,62	78	0,011
	Nein	79	1,70	1,03			

## Sexuelle Gewalt bei Mädchen

Sexuell missbrauchte Mädchen unterschieden sich in drei Items von der Vergleichsgruppe, die für erhöhte Naivität, Lügen und Delinquenz stehen (vgl. Tabelle 6.3.3-14).

Tabelle 6.3.3-14: Defizite bei sexueller Gewalt bei Mädchen

FASQ-Item	Sexuelle Gewalt	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	P
Stehlen	Ja	12	1,42	1,31	3,73	53	<0,001
	Nein	43	0,35	0,72			
Arglos	Ja	13	2,77	0,44	2,42	58	0,019
	Nein	47	2,13	0,92			
Lügen	Ja	13	2,38	0,87	2,32	58	0,024
	Nein	47	1,60	1,14			

**Ranking: Mittelwerte nach Traumatisierung**

Bei einer Gegenüberstellung der FASQ-Gesamtwerte im Mittel wird der Einfluss der verschiedenen Traumatisierungsformen deutlich. Am stärksten wirkten sich sexuelle, körperliche und seelische Gewalt auf die Defizite aus, gefolgt von Vernachlässigung (vgl. Tabelle 6.3.3-15).

Tabelle 6.3.3-15: Ranking: Mittelwerte nach Traumatisierung

Platz	Erlebte	N	Mittelwert [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]
1	Sexuelle Gewalt	16	76,13	14,97
2	Körperliche Gewalt	49	72,76	21,66
3	Seelische Gewalt	56	71,45	23,78
4	Vernachlässigung	111	67,74	22,80
	Ohne Traumatisierung	34	53,71	22,68
	Gesamtgruppe	159	64,28	23,67

**6.3.4 Einfluss von Mehrfachtraumatisierung auf Defizite**

An dieser Stelle soll die Frage geklärt werden, ob die Defizite der Kinder, die mehreren Formen der Traumatisierung ausgesetzt waren (N=66), stärker ausgeprägt waren als

bei Kindern mit „nur“ einer Form der Traumatisierung (N=46). Ein Zusammenhang ließ sich nur in drei Items des Bereichs Selbstbeobachtung erkennen (vgl. Tabelle 6.3.4-1).

Tabelle 6.3.4-1: Defizite bei Mehrfachtraumatisierung

FASQ-Item	Trauma- erfah- rung	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	p
Falsches	mehrere	64	2,22	0,95	2,6	108	0,010
	eine	46	1,72	1,03			
Erklären	mehrere	64	2,34	0,84	2,55	108	0,012
	eine	46	1,89	1,02			
Begründen	mehrere	63	2,35	0,88	2,15	106	0,034
	eine	45	1,98	0,89			

#### Mehrfachtraumatisierung bei Jungen

Untersucht man nur die Gruppe der mehrfach-traumatisierten Jungen gegenüber ein-  
fach-traumatisierten, fallen höhere Defizite für das Item Erklären auf, dafür ist das I-  
tem Mitgehen weniger stark ausgeprägt (vgl. Tabelle 6.3.4-2).

Tabelle 6.3.4-2: Defizite bei Mehrfachtraumatisierung von Jungen

FASQ-Item	Trauma- erfah- rung	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	P
Erklären	mehrere	35	2,34	0,77	2,16	60	0,035
	eine	27	1,85	1,03			
Mitgehen	mehrere	37	1,00	1,03	-2,05	61	0,045
	eine	26	1,62	1,36			

#### Mehrfachtraumatisierung bei Mädchen

Mädchen scheinen empfindlicher auf Mehrfachtraumatisierung zu reagieren als Jun-

gen: in zehn Items waren die Defizite signifikant erhöht, dies betraf vor allem die Bereiche Selbstbeobachtung (Pädagogische Maßnahmen, Falsches, Begründen), Zurückgezogenheit (Phantasie, Spielideen, Spielzeug) und hinterlistiges Verhalten (Lügen, Auspielen; vgl. Tabelle 6.3.4-3).

Tabelle 6.3.4-3: Defizite bei Mehrfachtraumatisierung von Mädchen

FASQ-Item	Trauma- erfah- rung	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	Df	p
Phantasie	mehrere	28	2,07	1,05	3,21	44	0,003
	eine	18	1,00	1,19			
Lügen	mehrere	29	2,24	0,99	3,07	44	0,004
	eine	17	1,29	1,05			
Päd. Maßnah- men	mehrere	28	1,69	1,04	2,93	45	0,005
	eine	18	0,83	0,86			
Falsches	mehrere	28	2,25	0,97	2,82	45	0,007
	eine	19	1,37	1,17			
Tagesstruktur	mehrere	28	2,86	0,45	2,68	45	0,010
	eine	19	2,26	1,05			
Begründen	mehrere	28	2,64	0,73	2,65	44	0,011
	eine	18	2,00	0,91			
<b>Gesamtwert</b>	mehrere	29	74,38	22,61	2,58	46	0,013
	eine	19	57,05	23,05			
Stehlen	mehrere	26	0,96	1,22	2,46	40	0,019
	eine	16	0,19	0,40			
Auspielen	mehrere	27	1,74	1,06	2,38	43	0,022
	eine	18	1,00	0,97			
Spielideen	mehrere	29	2,14	0,99	2,29	45	0,027
	eine	18	1,39	1,24			

Spielzeug	mehrere	28	1,79	1,13	2,08	44	0,044
	eine	18	1,06	1,21			

#### 6.4 Defizite nach FASQ

An dieser Stelle soll ein Überblick darüber gegeben werden, wie die Gesamtgruppe beim FASQ abschnitt und welche Defizite von den Betreuern als besonders ausgeprägt bewertet wurden.

Bei den 159 untersuchten Kindern wurde vornan über schulische Probleme (Reizoffen, Konzentration) und fehlende Selbstständigkeit im Alltag (Tagesstruktur, Geldwert, Betreuung) geklagt. Ebenfalls hohe Werte erzielten die Bereiche Selbstbeobachtung (Konsequenzen, Erklären, Begründen) und Naivität (Arglos, Risikoeinschätzung, Neue Bekanntschaft). Weiter hinten wurde über Zurückgezogenheit (Interessensverlust, Wechseln) und Aggression (Lügen, Streiten, Beschädigen) berichtet. Das Schlusslicht bildete neben weiteren Formen von Aggression und Introvertiertheit delinquente Verhaltensweisen (Stehlen, Feuer; vgl. Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4: Ergebnisse FASQ

FASQ-Item	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]
<b>Gesamtwert</b>	159	64,28	23,67
Tagesstruktur	153	2,54	0,79
Reizoffen	159	2,48	0,79
Konzentration	158	2,34	0,79
Geldwert	146	2,30	0,99
Betreuung	155	2,19	1,05
Arglos	154	2,17	0,98
Konsequenzen	157	2,15	0,95
Risikoeinschätzung	158	2,11	0,92
Erklären	156	2,10	0,99
Neue Bekanntschaft	158	2,09	1,12

---

Begründen	155	2,08	0,95
Lerngeschwindigkeit	153	2,08	1,03
Interessensverlust	157	2,05	0,93
Zeitkonzept	152	2,04	1,09
Wechseln	158	2,01	0,97
Falsches	156	1,97	1,06
Fehler	156	1,97	0,97
Regeln	157	1,85	0,92
Lerninhalte	154	1,84	1,01
Beschäftigung	158	1,73	1,03
Kleiden	149	1,72	1,12
Lügen	154	1,69	1,09
Straßenverkehr	157	1,66	1,03
Streiten	157	1,66	1,01
Wiederholtes	154	1,55	1,19
Verlieren	152	1,55	1,12
Spielideen	157	1,52	1,16
Päd. Maßnahmen	155	1,46	1,07
Beschädigen	159	1,44	1,13
Phantasie	153	1,44	1,16
Gegenstände	157	1,33	1,16
Mitgehen	157	1,29	1,22
Ausspielen	154	1,29	1,01
Spielzeug	151	1,27	1,14
Schmerzempfinden	156	1,21	1,13
Mein/ Dein	156	1,12	1,09
Stehlen	146	0,68	1,02
Feuer	151	0,54	0,91

### **Defizite nach Geschlecht**

Der FASQ wurde anschließend getrennt nach Jungen und Mädchen ausgewertet. Hier zeigten sich praktisch keine Unterschiede; von insgesamt 38 Items unterschieden sich nur zwei Items signifikant nach Geschlecht: bei „Feuer“ hatten Jungen ( $M=0,75$ ,  $SD=0,24$ ) höhere Werte als Mädchen ( $M=0,24$ ,  $SD=0,67$ ;  $p=0,001$ ), ebenso bei „Konzentration“: Jungen kamen im Mittel auf 2,47 ( $SD=0,69$ ), Mädchen auf 2,16 ( $SD=0,88$ ) Punkte ( $p=0,015$ ).

## **6.5 Aktueller Aufenthalt**

Im Folgenden sollen die aktuellen Aufenthaltsorte mit erlebter Traumatisierung und der Ausprägung der Defizite in Beziehung gesetzt werden.

### **6.5.1 Häufigkeit**

Tabelle 6.5.1-1 zeigt die Verteilung der Betreuungsverhältnisse zum Zeitpunkt der Untersuchung. Der Großteil der Patienten wurde von Pflege- (67,3 Prozent) oder Adoptiveltern (12,6 Prozent) vorgestellt, insgesamt 13,8 Prozent der Kinder kamen in Begleitung eines Mitarbeiters der Jugendhilfe.

Tabelle 6.5.1-1: Häufigkeit aktueller Aufenthalte

Lebt aktuell	N	% der Gesamtgruppe
Bei leiblichen Eltern	0	0,0
Bei leiblicher Mutter	1	0,6
Beim leiblichen Vater	3	1,9
In Pflegefamilie	107	67,3
In Adoptivfamilie	20	12,6
Im Heim	10	6,3
In stationärer Einrichtung	12	7,5
Bei sonstiger Erziehungsperson	1	0,6
In eigener Wohnung	5	3,1

**Aktueller Aufenthalt nach Altersgruppen**

Der Tabelle 6.5.1-2 ist die Verteilung der Altersgruppen auf die verschiedenen Betreuungsformen sowie das durchschnittliche Alter zu entnehmen. Die von Pflege- und Adoptiveltern vorgestellten Kinder waren im Grund- und Schulalter, Kinder, die in Heimen oder anderen stationären Einrichtungen leben, sind eher im Schul- bis Jugendalter. Naturgemäß waren die Patienten, die bereits in einer eigenen Wohnung leben, durchschnittlich älter. Kinder, die bei einem leiblichen Elternteil leben, waren im Kleinkind- und Grundschulalter.

Tabelle 6.5.1-2: Aktueller Aufenthalt nach Altersgruppen

	Altersgruppe	N	% von Altersgruppe	M [Jahre]	SD [Jahre]
Leibliche Mutter	Kleinkind	1	2,6	4,2	-
	Grundschulkind	0	0,0		
	Schulkind	0	0,0		
	Jugendlicher	0	0,0		
	Erwachsener	0	0,0		
Leiblicher Vater	Kleinkind	1	2,6	7,9	3,8
	Grundschulkind	1	1,9		
	Schulkind	1	3,1		
	Jugendlicher	0	0,0		
	Erwachsener	0	0,0		
Pflegefamilie	Kleinkind	32	84,2	9,3	4,8
	Grundschulkind	35	66,0		
	Schulkind	23	71,9		
	Jugendlicher	12	63,2		
	Erwachsener	5	29,4		
Adoptivfamilie	Kleinkind	2	5,3	10,4	4,6
	Grundschulkind	9	17,0		

	Schulkind	5	15,6		
	Jugendlicher	2	10,5		
	Erwachsener	2	11,8		
Heim	Kleinkind	2	5,3	12,3	6,0
	Grundschulkind	3	5,7		
	Schulkind	0	0,0		
	Jugendlicher	3	15,8		
	Erwachsener	2	11,8		
Stationäre Einrichtung	Kleinkind	0	0,0	15,4	7,1
	Grundschulkind	3	5,7		
	Schulkind	3	9,4		
	Jugendlicher	2	10,5		
	Erwachsener	4	23,5		
Sonstige Erziehungsperson	Kleinkind	0	0,0	8,6	-
	Grundschulkind	1	1,9		
	Schulkind	0	0,0		
	Jugendlicher	0	0,0		
	Erwachsener	0	0,0		
Eigene Wohnung	Kleinkind	0	0,0	24,3	9,0
	Grundschulkind	1	1,9		
	Schulkind	0	0,0		
	Jugendlicher	0	0,0		
	Erwachsener	4	23,5		

### ***Aktueller Aufenthalt nach Geschlecht***

Wie auch bei den biographischen Aufenthalten zeigen sich bei der Untersuchung aktueller Aufenthalts- und Betreuungsformen keine Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Der in Kapitel 6.2.1 „Häufigkeit biographischer Aufenthalte“ beschriebene Korrelation von männlichem Geschlecht und Heimaufenthalt in der Biographie trat bei den Betreuungsformen zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr auf.

### **6.5.2 Einfluss von Traumatisierung**

Im Folgenden soll untersucht werden, ob sich traumatisierte Kinder typischerweise in bestimmten Betreuungsformen finden lassen – beispielsweise hinsichtlich der Frage, ob Kinder mit besonders ausgeprägten Defiziten eher in einem Heim untergebracht wurden als in einer Adoptivfamilie. Wieder wird zunächst hinsichtlich einer Traumatisierung im Allgemeinen untersucht und daraufhin die Formen im Einzelnen.

#### ***Traumatisierung***

Alles in allem führt eine Art der Traumatisierung nicht zu einer bestimmten Betreuungsform, jedoch besteht eine negative Korrelation zwischen erlebter Misshandlung und einer Adoption ( $p=0,003$ ). Immerhin 53 Prozent (10 von 19) der adoptierten Kinder erlebten demnach *keine* Traumatisierung in ihrer Vergangenheit. Dieser Anteil lag bei nicht-adoptierten Kindern lediglich bei 19 Prozent (24 von 127 Kindern).

#### ***Vernachlässigung***

Es zeichnet sich ein ähnliches Bild ab wie bei der Traumatisierung im Allgemeinen: vernachlässigte Kinder wurden nicht bevorzugt einer bestimmten Betreuungsform zugewiesen, der Anteil vernachlässigter Kinder lag bei den Adoptierten mit 53 Prozent (9 von 19) im Vergleich zu 80 Prozent (102 von 127) bei den Nicht-Adoptierten wieder auffallend niedrig ( $p=0,004$ ).

#### ***Seelische Gewalt***

Kinder mit seelischer Gewalterfahrung schienen wieder unterdurchschnittlich häufig in Adoptivfamilien zu leben, wohingegen der Anteil in Pflegefamilien eher über dem Durchschnitt lag (vgl. Tabelle 6.5.2-1).

Tabelle 6.5.2-1: Aktueller Aufenthalt nach seelischer Gewalt

Lebt aktuell		Seelische Gewalt		Chi <sup>2</sup>	df	p
		Ja [N(%*)]	Nein [N(%*)]			
In Pflegefamilie	Ja	45 (44%)	57 (56%)	4,75	1	0,041
	Nein	11 (25%)	33 (75%)			
In Adoptivfamilie	Ja	1 (5%)	18 (95%)	10,12	1	0,001
	Nein	55 (43%)	72 (57%)			

\* Innerhalb von „lebt aktuell in Pflege- bzw. Adoptivfamilie“

### ***Körperliche Gewalt***

Von den 19 adoptierten Kindern wies nur ein Kind körperliche Gewalterfahrung auf; bei Pflegekindern wiederum lag der Anteil körperlich missbrauchter Kinder wesentlich höher als bei der Vergleichsgruppe (40 % gegenüber 18 %; vgl. Tabelle 6.5.2-2).

Tabelle 6.5.2-2: Aktueller Aufenthalt nach körperlicher Gewalt

Lebt aktuell		Körperliche Gewalt		Chi <sup>2</sup>	df	p
		Ja [N(%*)]	Nein [N(%*)]			
In Pflegefamilie	Ja	41 (40%)	61 (60%)	6,68	1	0,013
	Nein	8 (18%)	36 (82%)			
In Adoptivfamilie	Ja	1 (5%)	18 (95%)	7,85	1	0,004
	Nein	48 (38%)	79 (62%)			

\* Innerhalb von „lebt aktuell in Pflege- bzw. Adoptivfamilie“

### **Sexuelle Gewalt**

Hier zeigte sich im Großen und Ganzen keine Auffälligkeit bei der Verteilung auf die einzelnen Betreuungsformen. Einzig bei den Pflegekindern wurde ein Anteil von 15 Prozent (15 von 102 Kindern) mit sexuellem Missbrauch angegeben, gegenüber 2 Prozent (1 von 44) bei den Nicht-Pflegekindern ( $p=0,040$ ).

### **6.5.3 Einfluss von Mehrfachtraumatisierung**

Auch soll hier auf die Frage hin untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Mehrfachtraumatisierung und einer bestimmten Betreuungsform gibt. Wieder waren die Verhältnisse in Adoptivfamilien auffällig: die Höhe des Traumascores lag für ein Adoptivkind ( $N=11$ ) deutlich *unter* demjenigen der Vergleichsgruppe ( $N=101$ ;  $M=1,27$  [ $SD=0,47$ ] versus  $M=2,16$  [ $SD=1,07$ ];  $p=0,008$ ).

### **6.5.4 Einfluss der Defizite auf aktuellen Aufenthalt**

Der Vollständigkeit halber soll auch untersucht werden, ob die Höhe der FASQ-Defizite einen möglichen Einfluss auf den aktuellen Aufenthaltsort hat.

**Leibliche Mutter**

Aufgrund der geringen Fallzahl (N=1) wurde auf diese Untersuchung verzichtet.

**Leiblicher Vater**

Die drei Kinder, die aktuell beim leiblichen Vater lebten, wiesen in acht Items signifikant *niedrigere* Defizitwerte auf als die Vergleichsgruppe. Diese umfassten unter anderem delinquentes Verhalten (Stehlen, Feuer; vgl. Tabelle 6.5.4-1).

Tabelle 6.5.4-1: Aktuell beim leiblichen Vater und Defizite

FASQ-Item	Leiblicher Vater	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p																																																																																
Schmerzempfinden	Ja	3	0,00	0,00	-13,54	152	<0,001																																																																																
	Nein	153	1,24	1,13				Mitgehen	Ja	3	0,00	0,00	-13,42	153	<0,001	Nein	154	1,32	1,22	Falsches	Ja	3	1,00	0,00	-11,54	152	<0,001	Nein	153	1,99	1,06	Stehlen	Ja	3	0,00	0,00	-8,13	142	<0,001	Nein	143	0,70	1,03	Feuer	Ja	3	0,00	0,00	-7,29	147	<0,001	Nein	148	0,55	0,91	Spielzeug	Ja	3	1,00	0,00	-2,94	147	0,004	Nein	148	1,28	1,15	Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021	Nein	154	1,68	1,00	Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047
Mitgehen	Ja	3	0,00	0,00	-13,42	153	<0,001																																																																																
	Nein	154	1,32	1,22				Falsches	Ja	3	1,00	0,00	-11,54	152	<0,001	Nein	153	1,99	1,06	Stehlen	Ja	3	0,00	0,00	-8,13	142	<0,001	Nein	143	0,70	1,03	Feuer	Ja	3	0,00	0,00	-7,29	147	<0,001	Nein	148	0,55	0,91	Spielzeug	Ja	3	1,00	0,00	-2,94	147	0,004	Nein	148	1,28	1,15	Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021	Nein	154	1,68	1,00	Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047	Nein	152	2,22	1,04								
Falsches	Ja	3	1,00	0,00	-11,54	152	<0,001																																																																																
	Nein	153	1,99	1,06				Stehlen	Ja	3	0,00	0,00	-8,13	142	<0,001	Nein	143	0,70	1,03	Feuer	Ja	3	0,00	0,00	-7,29	147	<0,001	Nein	148	0,55	0,91	Spielzeug	Ja	3	1,00	0,00	-2,94	147	0,004	Nein	148	1,28	1,15	Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021	Nein	154	1,68	1,00	Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047	Nein	152	2,22	1,04																				
Stehlen	Ja	3	0,00	0,00	-8,13	142	<0,001																																																																																
	Nein	143	0,70	1,03				Feuer	Ja	3	0,00	0,00	-7,29	147	<0,001	Nein	148	0,55	0,91	Spielzeug	Ja	3	1,00	0,00	-2,94	147	0,004	Nein	148	1,28	1,15	Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021	Nein	154	1,68	1,00	Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047	Nein	152	2,22	1,04																																
Feuer	Ja	3	0,00	0,00	-7,29	147	<0,001																																																																																
	Nein	148	0,55	0,91				Spielzeug	Ja	3	1,00	0,00	-2,94	147	0,004	Nein	148	1,28	1,15	Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021	Nein	154	1,68	1,00	Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047	Nein	152	2,22	1,04																																												
Spielzeug	Ja	3	1,00	0,00	-2,94	147	0,004																																																																																
	Nein	148	1,28	1,15				Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021	Nein	154	1,68	1,00	Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047	Nein	152	2,22	1,04																																																								
Streiten	Ja	3	0,33	0,58	-2,34	155	0,021																																																																																
	Nein	154	1,68	1,00				Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047	Nein	152	2,22	1,04																																																																				
Betreuung	Ja	3	1,00	1,00	-2,01	153	0,047																																																																																
	Nein	152	2,22	1,04																																																																																			

**Pflegefamilie**

Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Pflegefamilie lebten, wiesen in 19 Items signifikant höhere Werte auf als Nicht-Pflegekinder. Die berichteten Defizite umfassten die Bereiche Alltagskompetenz (vier Items), Naivität (fünf Items) und Selbstbeobachtung (sechs Items), aber auch Aggressivität (zwei Items; vgl. Tabelle 6.5.4-2).

Tabelle 6.5.4-2: Aktuell in Pflegefamilie und Defizite

FASQ-Item	Pflegefamilie	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
Straßenverkehr	Ja	106	1,89	1,01	4,27	155	<0,001
	Nein	51	1,18	0,91			
Arglos	Ja	107	2,36	0,86	3,90	152	<0,001
	Nein	47	1,72	1,10			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	107	68,67	22,40	3,47	157	0,001
	Nein	52	55,25	23,86			
Mein/ Dein	Ja	104	1,32	1,05	3,26	154	0,001
	Nein	52	0,73	1,07			
Falsches	Ja	105	2,15	0,98	3,22	154	0,002
	Nein	51	1,59	1,12			
Mitgehen	Ja	107	1,50	1,22	3,12	155	0,002
	Nein	50	0,86	1,13			
Erklären	Ja	106	2,25	0,97	2,99	154	0,003
	Nein	50	1,76	0,96			
Risikoeinschätzung	Ja	107	2,26	0,88	2,99	156	0,003
	Nein	51	1,80	0,94			
Betreuung	Ja	105	2,36	0,91	2,96	153	0,004
	Nein	50	1,84	1,24			

Begründen	Ja	105	2,23	0,94	2,80	153	0,006
	Nein	50	1,78	0,91			
Lerninhalte	Ja	102	2,00	1,00	2,74	152	0,007
	Nein	52	1,54	0,98			
Beschädigen	Ja	107	1,60	1,16	2,56	157	0,011
	Nein	52	1,12	1,00			
Konsequenzen	Ja	105	2,28	0,89	2,48	155	0,014
	Nein	52	1,88	1,00			
Phantasie	Ja	105	1,59	1,15	2,45	151	0,015
	Nein	48	1,10	1,12			
Neue Bekann- schaft	Ja	107	2,23	1,07	2,39	156	0,018
	Nein	51	1,78	1,17			
Zeitkonzept	Ja	103	2,17	1,01	2,25	150	0,026
	Nein	49	1,76	1,20			
Wiederholtes	Ja	106	1,69	1,19	2,24	152	0,026
	Nein	48	1,23	1,15			
Geldwert	Ja	99	2,42	0,94	2,22	144	0,028
	Nein	47	2,04	1,04			
Ausspielen	Ja	102	1,40	0,99	2,01	152	0,046
	Nein	52	1,06	1,04			
Regeln	Ja	106	1,95	0,89	1,97	155	0,050
	Nein	51	1,65	0,96			

### ***Adoptivfamilie***

Bei den 20 Adoptivkindern zeigten sich in 15 Items durchgehend *niedrigere* Defizitwerte als bei nicht-adoptierten Kindern. Dies umfasste die Bereiche Naivität, Selbstbeobachtung und Alltagskompetenz (jeweils vier Items) sowie schulische Leistungen (zwei Items; vgl. Tabelle 6.5.4-3).

Tabelle 6.5.4-3: Aktuell in Adoptivfamilie und Defizite

FASQ-Item	Adop- tiv- familie	N	M [FASQ- Pkt.]	SD [FASQ- Pkt.]	T-Test	df	p
Risikoeinschätzung	Ja	19	1,37	0,83	-3,92	156	<0,001
	Nein	139	2,22	0,89			
Falsches	Ja	20	1,25	1,16	-3,36	154	0,001
	Nein	136	2,07	1,00			
Tagesstruktur	Ja	19	2,00	1,11	-3,32	151	0,001
	Nein	134	2,62	0,70			
Straßenverkehr	Ja	19	0,95	0,78	-3,30	155	0,001
	Nein	138	1,75	1,02			
Neue Bekanntschaft	Ja	20	1,35	1,09	-3,25	156	0,001
	Nein	138	2,20	1,09			
<b>Gesamtwert</b>	Ja	20	50,30	22,28	-2,89	157	0,004
	Nein	139	66,30	23,25			
Mitgehen	Ja	19	0,58	1,02	-2,78	155	0,006
	Nein	138	1,39	1,22			
Arglos	Ja	17	1,59	1,18	-2,63	152	0,009
	Nein	137	2,24	0,94			
Ausspielen	Ja	20	0,75	0,79	-2,58	152	0,011
	Nein	134	1,37	1,02			
Geldwert	Ja	17	1,76	1,03	-2,43	144	0,016
	Nein	129	2,37	0,96			
Regeln	Ja	20	1,40	0,75	-2,40	155	0,018
	Nein	137	1,92	0,92			
Lerninhalte	Ja	20	1,35	1,04	-2,38	152	0,019
	Nein	134	1,92	0,99			

Lerngeschwindigkeit	Ja	20	1,60	1,14	-2,30	151	0,023
	Nein	133	2,16	0,99			
Mein/ Dein	Ja	20	0,65	1,04	-2,09	154	0,038
	Nein	136	1,19	1,09			
Betreuung	Ja	18	1,72	1,36	-2,04	153	0,043
	Nein	137	2,26	0,99			
Konsequenzen	Ja	20	1,75	0,91	-2,03	155	0,044
	Nein	137	2,20	0,94			

### **Heim**

Die zehn Kinder, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in einem Heim lebten, unterschieden sich nur im Item Geldwert von Nicht-Heim-Kindern und wiesen dort signifikant niedrigere Werte auf ( $M=1,67$  [ $SD=1,23$ ] versus  $M=2,34$  [ $0,96$ ];  $p=0,046$ ). Darüber hinaus ließen sich keine Unterschiede feststellen.

### **Stationäre Einrichtung**

Zwölf Kinder, die sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer stationären Einrichtung befanden, wiesen bis auf das Item Straßenverkehr, in dem sie signifikant niedrigere Werte erreichten ( $M=0,83$  [ $SD=0,72$ ] versus  $M=1,72$  [ $SD=1,02$ ];  $p=0,004$ ), keine Unterschiede zur Vergleichsgruppe auf.

### **Sonstige Erziehungsperson**

Nur ein Kind lebte aktuell bei einer „sonstigen Erziehungsperson“ (Großmutter), aufgrund dessen wurde auf die Auswertung verzichtet.

### **Eigene Wohnung**

Fünf Kinder und junge Erwachsene, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer eigenen Wohnung beziehungsweise einem betreuten Wohnangebot lebten, wiesen signifikant höhere Werte bei vier Items auf (vgl. Tabelle 6.5.4-4).

Tabelle 6.5.4-4: Aktuell in eigener Wohnung und Defizite

FASQ-Item	Eigene Wohnung	N	M [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]	T-Test	df	p
Falsches	Ja	5	3,00	0,00	12,41	150	<0,001
	Nein	151	1,93	1,06			
Lügen	Ja	5	2,80	0,45	2,36	152	0,020
	Nein	149	1,65	1,08			
Verlieren	Ja	5	2,60	0,89	2,16	150	0,032
	Nein	147	1,52	1,11			
Regeln	Ja	4	2,75	0,50	2,00	155	0,048
	Nein	153	1,83	0,92			

**Ranking: Defizit-Mittelwerte nach aktuellem Aufenthalt**

Abschließend sollen hier die Mittelwerte der Gesamtsumme verglichen werden, abhängig vom jeweiligen Aufenthalt des Kindes. Auffällig sind die hohen Wert, der bei Pflegekindern angegeben wurde, sowie die niedrigen Werte bei Adoptivkindern und Kindern, die bei den leiblichen Eltern lebten (vgl. Tabelle 6.5.4-5).

Tabelle 6.5.4-5: Ranking: Defizit-Mittelwerte nach aktuellem Aufenthalt

Platz	Lebt aktuell	N	Mittelwert [FASQ-Pkt.]	SD [FASQ-Pkt.]
1	In Pflegefamilie	122	67,75	23,10
2	In eigener Wohnung	5	62,40	23,59
3	Im Heim	10	60,00	26,77
4	In stationärer Einrichtung	12	59,83	28,31
5	Bei sonstiger Erziehungsperson	1	59,00	-
6	In Adoptivfamilie	20	50,30	22,28
7	Beim leiblichen Vater	3	45,33	14,05
8	Bei leiblicher Mutter	1	42,00	-
	Gesamt	159	64,28	23,67

## 7 Diskussion

**Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass FAS-Betroffene, die bei ihren leiblichen Eltern aufwuchsen, überdurchschnittlich häufig Opfer von Misshandlung wurden. Weiterhin wiesen misshandelte FAS-Betroffene signifikant ausgeprägtere Verhaltensstörungen auf als Betroffene ohne Gewalterfahrung.**

In der nun folgenden Diskussion sollen die gewonnenen Ergebnisse analysiert und mit dem aktuellen Stand der Forschung verglichen werden. Allem voran soll dabei eine kurze Betrachtung der Stichprobe stehen. Anschließend werden die Bedeutung biographischer Aufenthalte für FAS-Kinder, die Folgen von Traumatisierung, die in der Untersuchung erhobenen Defizite sowie die Bedeutung der obigen Faktoren für die aktuelle Betreuungssituation der Kinder besprochen.

### 7.1 Stichprobencharakteristika

Die Teilnehmer unserer Untersuchung waren allesamt Kinder und Jugendliche, die innerhalb von 13 Monaten in der FAS-Ambulanz des sozialpädiatrischen Zentrums der Uniklinik Münster vorgestellt wurden. Die Diagnose „Fetales Alkohol Syndrom“ lag zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits vor oder wurde am selben Termin gestellt. Nur ein kleiner Bruchteil (2,5 Prozent) der Patienten wurde von einem leiblichen Elternteil vorgestellt, acht von zehn Kindern kamen in Begleitung von Pflege- oder Adoptiveltern und ein weiterer Teil wurde von einem Betreuer der Kinder- und Jugendhilfe begleitet. Der Anteil der Kinder, die nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie leben, übertrifft in dieser Untersuchung mit 97,5 Prozent die Beobachtungen Astleys, wonach circa 80 Prozent der FAS-Betroffenen nicht bei den leiblichen Eltern leben (14).

Die vorliegende Arbeit kann nur einen Überblick über diagnostizierte FAS-Betroffene geben, deren aktuelle Betreuungspersonen sich in dieser Richtung engagiert haben; dies sind wichtige Einschränkungen. Die überwiegende Mehrheit der FAS-Kinder können in einer solchen Untersuchung wie der stattgefundenen nicht erfasst werden,

denn nur die wenigsten Betroffenen werden im Laufe ihres Lebens diagnostiziert. Große Querschnittsuntersuchungen Abels (8) gehen von einer Inzidenz von 1 auf 1000 Lebendgeburten aus, Autoren wie Feldmann (45), Löser (94) und Nordhues (102) rechnen mit 3 FAS-Betroffenen auf 1000 Lebendgeburten. Die Inzidenz der Fetalen Alkoholeffekte (FAE), der abgeschwächten Form des FAS, soll in etwa das Zweifache betragen (44). Möglicherweise lebt vor allem dieser große Teil der Kinder, der „nur“ von FAE betroffen ist, in den leiblichen Familien. Eventuell sind die Familienverhältnisse der Jugendhilfe gegenüber noch nicht auffällig geworden, oder aber den Eltern ist es möglich, mit der Situation zurechtzukommen. Andererseits betonen Autoren wie Hommer (66) und Feldmann (44,45), dass auch beim Vorliegen von FAE die sozialen Auffälligkeiten, die Intelligenzminderung sowie Schwierigkeiten beim Schulbesuch ebenso dramatisch ausfallen können wie beim Vollbild FAS.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung war die Untersuchung leicht jungenlastig. Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass Auffälligkeiten bei Jungen eher nach Außen gerichtet sind und sich in Aggressionen und Zerstörungswut äußern. Somit werden sie womöglich stärker wahrgenommen als bei Mädchen, die ihre Wut und Trauer eher gegen sich, also nach Innen richten. Jedoch können auch Mädchen extrovertiert agieren, dies jedoch eher auf subtile oder intrigante Art und Weise, was die Auffälligkeiten für Erwachsene weniger offensichtlich macht. Diese Annahmen bestätigen sich in den nachfolgenden Ergebnissen.

Die Altersverteilung über die Geschlechter hinweg war hingegen ausgeglichen; die meisten Kinder wurden im Vorschul- und Schulalter vorgestellt. Dies überrascht nicht, wenn man davon ausgeht, dass die für FAS typischen Defizite spätestens in der Schule nicht mehr übersehen werden können: Der Wunsch nach Normalität lebt in allen Eltern. Gerade für Pflege- und Adoptiveltern ist es wichtig, das neu aufgenommene Kind in die bestehende Familie zu integrieren. Wird das Kind dann in der Schule durch Lehrer und Mitschüler beurteilt, zeigt sich die Divergenz zwischen elterlicher und Außenwahrnehmung. In der Münsteraner FAS-Ambulanz ist das Thema „Schule“ einer der

häufigsten Beratungsanlässe, dies zeigt sich auch in den Ergebnissen von Kapitel 6.4 „Defizite nach FASQ“, wonach schulische Probleme von den Eltern mit den höchsten Defizitwerten angegeben werden.

## **7.2 Biographische Betreuungsverhältnisse**

### **7.2.1 Häufigkeit biographischer Aufenthalte**

Etwa 75 Prozent der untersuchten Kinder lebten zumindest zeitweise bei ihren leiblichen Eltern, dabei gab es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Immerhin jedes vierte Kind wurde unmittelbar nach der Geburt in Obhut genommen. Womöglich waren in diesen Fällen die Alkoholabhängigkeit der Mutter den Behörden oder dem medizinischen Personal bekannt, oder aber es waren bereits Fälle von FAS im Rahmen vorhergehender Schwangerschaften aufgetreten.

Ebenfalls etwa 75 Prozent der Kinder hat Erfahrungen in Pflegefamilien gemacht, hier gab es keine Geschlechts-Unterschiede. Bei den 18 Prozent der Patienten, die adoptiert wurden, waren Mädchen doppelt so häufig vertreten wie Jungen. Häufig wurden die Kinder aus einem Pflegeverhältnis heraus adoptiert und konnten somit in „ihrer“ Familie bleiben. Es kann also vermutet werden, dass FAS-betroffene Mädchen in ihrem Störungsprofil leichter in eine Familie zu integrieren sind als Jungen.

Viele Betroffene hatten weiterhin Kontakt mit sonstigen Einrichtungen der Jugendhilfe: mehr als jedes vierte Kind hat bereits im Heim gelebt, wobei das Verhältnis von Jungen zu Mädchen 2,5 zu 1 betrug. Auch hier kann wieder vermutet werden, dass die Verhaltensauffälligkeiten männlicher Patienten für Familien schwieriger zu handhaben sind und Jungen aufgrund dessen eher Gefahr laufen, in eine staatliche Einrichtung „abgeschoben“ zu werden.

Jedes zehnte Kind war – wieder geschlechterunabhängig – zumindest zeitweise in einer anderen stationären Einrichtung wie Psychiatrien oder Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht.

### **7.2.2 Dauer biographischer Aufenthalte**

Die Dauer der verschiedenen Aufenthalte weist eine große Varianz auf. Interessanterweise verweilen Mädchen fast doppelt so lang wie Jungen in ihrer Adoptivfamilie; auch hier mag die Erklärung sein, dass die Defizit-Ausprägung der Mädchen anders zutage tritt und die Eltern sich früher als bei Jungen zu einer Adoption entschließen können.

### **7.2.3 Zeit bis Inobhutnahme**

Die Zeit, die FAS-Betroffene bei ihren leiblichen Eltern beziehungsweise bei einem Elternteil verbrachten, betrug im Mittel etwa dreieinhalb Jahre. Diese Dauer war insgesamt höher als in vorherigen Studien von Juretko, die eine durchschnittliche Verweildauer von knapp zwei Jahren ermittelte. Juretko konnte zeigen, dass Mädchen früher als Jungen aus schwierigen Verhältnissen genommen wurden (19 versus 26 Monate Verweildauer (73)). Auch bei der vorliegenden Untersuchung zeigten sich relevante geschlechtsspezifische Unterschiede: demnach wurden Mädchen im Mittel nach 37 Monaten, Jungen erst nach 47 Monaten aus den leiblichen Familien genommen; somit verblieben Jungen im Mittel fast ein Jahr länger in mutmaßlich schädigenden Verhältnissen als Mädchen. Die Signifikanz dieses Ergebnisses ist jedoch aufgrund der großen Varianz tendenzieller Art ( $p=0,175$ ). Es macht dennoch den Eindruck, dass Fürsorgende und Mitarbeiter der Jugendhilfe sensibler auf die Kindeswohlgefährdung von Mädchen reagieren. Womöglich ist auch die Sorge vor sexueller Misshandlung präsenter, die ja nachweislich häufiger das weibliche Geschlecht betrifft (84,146).

Die Inobhutnahme unmittelbar nach der Geburt scheint hingegen nicht durch das Geschlecht beeinflusst zu sein: diese Entscheidung wurde für 25 Prozent der Jungen und 19 Prozent der Mädchen getroffen. Es ist wahrscheinlich, dass die Anordnung, das Kind nicht in die Obhut der leiblichen Eltern zu geben, Extremfällen vorbehalten ist. Mögli-

che Gründe könnten Fälle von FAS in den vorherigen Schwangerschaften sowie eine bekannte Alkoholerkrankung der Mutter sein.

#### **7.2.4 Vorkommen von Traumatisierung in biographischen Betreuungsverhältnissen**

Die Untersuchung der Frage, ob ein Aufenthalt in der leiblichen Familie typischerweise mit Traumatisierung einhergeht, lieferte unmissverständliche Ergebnisse: der Aufenthalt bei den leiblichen Eltern war hochsignifikant mit dem Vorkommen von Traumatisierung, insbesondere Vernachlässigung, seelischer und körperlicher Gewalt verbunden. Wie in anderen Untersuchungen zum Verhältnis verschiedener Missbrauchsarten kamen psychische beziehungsweise „passive“ Formen der Misshandlung (Vernachlässigung und seelischer Missbrauch) deutlich häufiger vor als „aktive“ Formen (körperliche und sexuelle Misshandlung; (58,106). Jungen wurden in dieser Untersuchung – im Gegensatz zu anderen Ergebnissen in der Literatur (84,141) – nicht häufiger misshandelt als Mädchen.

Alle untersuchten Kinder, die bei ihren leiblichen Eltern gelebt hatten, wiesen mindestens eine Form der Misshandlung auf. Obwohl der Zusammenhang zwischen Aufenthalt bei den leiblichen Eltern und Gewalterfahrung in dieser Studie deutlich zutage tritt, muss an dieser Stelle auf Folgendes hingewiesen werden: es besteht die Möglichkeit für ein falsch hohes Ergebnis, da es sich bei der Untersuchungspopulation fast ausschließlich um aus der Sorge ihrer Eltern genommene Kinder handelt.

Kinder die nach der Geburt bei der leiblichen Mutter verblieben, wiesen überraschenderweise fast nur Zeichen der Vernachlässigung auf; keine der sonstigen abgefragten Gewaltarten kam häufiger vor als bei der Vergleichsgruppe, die nicht bei der leiblichen Mutter gelebt hatte. Dies Ergebnis ist insofern bemerkenswert, als das die Mutter nach der Geburt nicht aktiv gegen das Kind vorzugehen scheint. Ein anderer Erklärungsansatz könnte der Mutter auch stringente Passivität respektive Ignoranz vorwerfen: pränatal durch das Fortführen der Lebensgewohnheiten ohne Rücksicht auf

das Ungeborene, postnatal durch Unterlassung von seelischer und körperlicher Zuwendung.

Beim leiblichen Vater wuchsen nur zwei der untersuchten Kinder auf. Diese wiesen beide Vernachlässigung und seelische Gewalt, eines sogar alle vier abgefragten Formen der Misshandlung auf; aufgrund der geringen Fallzahl konnte jedoch kein Zusammenhang berechnet werden. Nicht bekannt ist auch, ob die Kinder primär beim Vater aufwuchsen oder durch ihn in Obhut genommen wurden.

### **7.2.5 Vorkommen von Mehrfachtraumatisierung**

Das Auftreten gleichzeitig mehrerer Missbrauchsformen, beispielsweise Vernachlässigung und körperlicher Gewalt, war weder abhängig von der Betreuungsform noch von der Dauer der Betreuung. Fluke ermittelte Alkoholismus als einen Risikofaktor für mehrfachen und wiederholten Missbrauch (47). Natürlich kann an dieser Stelle die Frage gestellt werden, ob es überhaupt sinnvoll ist, einen Traumascore als Summe verschiedener Traumatisierungsformen zu ermitteln; schließlich lässt dieser Score keine Schlussfolgerung zu wie „zwei Traumaformen sind doppelt so schlimm für die Entwicklung des Kindes als eine Traumaform“. Jedoch zeigen sich hinsichtlich der Auswirkung Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die in Punkt „6.3.4 Einfluss von Mehrfachtraumatisierung auf Defizite“ aufgezeigt werden.

### **7.2.6 Zeit bis Inobhutnahme und Traumatisierung**

Die Zeit, die bis zur Inobhutnahme verging, korreliert hochsignifikant mit dem Auftreten von Misshandlung im Allgemeinen, Vernachlässigung und körperlicher Gewalt. Es scheint so zu sein, dass Aspekte der Überforderung überhand nehmen: elterliche und kindliche Probleme wiegen sich gegenseitig auf. Alkoholismus und andere Suchterkrankung auf der einen Seite sowie Behinderung, kindliche Entwicklungs- und Anpassungsstörungen sind bekannte Risikofaktoren für das Auftreten von Misshandlung und Vernachlässigung (47,86,101,134).

Ein längerer Verbleib in der leiblichen Familie geht ebenfalls signifikant einher mit sexueller Gewalt; auch das Risiko für sexuellen Missbrauch, das an und für sich nicht an eine bestimmte Betreuungsform oder -dauer gekoppelt scheint, ist signifikant erhöht.

### **7.2.7 Einfluss von biographischen Aufenthalten auf Defizite**

Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen einem bestimmten biographischen Aufenthalt und möglichen Auswirkungen auf die kindlichen Defizite besprochen werden.

Es lässt sich zusammenfassen: Die Tatsache, dass ein Kind eine gewisse Zeit bei den leiblichen Eltern verbracht hatte, führt nicht zu unterschiedlichen Ergebnissen im FASQ. Mit zunehmender Dauer des Aufenthalts nahm jedoch der Wert für Stehlen als Ausdruck für delinquentes Verhalten zu.

Das Leben bei der leiblichen Mutter führte zu einzelnen signifikant erhöhten Werten, die interessanterweise alle auf ausgeprägte Aggression hindeuten: die Kinder beschädigten und zerstörten häufiger Gegenstände und stritten sich häufiger mit anderen Kindern.

Paradoxerweise milderte die Dauer des Aufenthalts bei der leiblichen Mutter immerhin elf Items ab. Je länger die Betroffenen bei ihrer Mutter verblieben, desto weniger ausgeprägte Defizite zeigten sich insbesondere im Bereich Alltagskompetenz: die Kinder zeigten ein verständigeres Verhalten im Straßenverkehr, ein besseres Verständnis für Zeit, verfügten über die Fähigkeit, sich allein und temperaturgemäß anzukleiden und benötigten sogar weniger Betreuung als Kinder, die nur wenig Zeit bei ihrer Mutter verbracht hatten. Auch die oben angesprochenen erhöhten Aggressions-Werte (Beschädigen und Zerstören von Gegenständen) nahmen mit zunehmender Dauer des Aufenthalts ab, ebenso die Schwäche der Kinder, sich selbst zu verstehen. Ferner zeigten sie weniger Probleme, ihr Handeln zu begründen, zwischen „Mein“ und „Dein“ zu unterscheiden und konnten Schmerzempfinden besser anzeigen.

Diese auffälligen Ergebnisse könnten Hinweise dafür sein, dass entweder die Mutter-Kind-Beziehung protektiver wirkt als angenommen oder aber dass die Kinder vor allem in der Zeit zum Lebensbeginn von möglichst wenig Wechseln in der Betreuung profitieren – auch wenn diese Betreuung suboptimal und von Vernachlässigung geprägt ist. Hinweise darauf finden sich auch im folgenden Kapitel „6.2.8 Wechselnde Betreuungsverhältnisse“, nach dem möglichst stabile Betreuer-Kind-Beziehungen sich positiv auf die kindliche Entwicklung auswirken und das Vorkommen von Misshandlung und daraus folgende Verhaltensauffälligkeiten gesenkt werden.

Die protektiven Faktoren wie Familienzusammenhalt, emotionale Unterstützung und menschliche Fürsorge (33,117) scheinen – wenn auch in geringerem Maße – selbst bei der vernachlässigenden Mutter aufzutreten.

Im Gegensatz dazu berichten Hildyards et al., dass die Kinder mit alleiniger Vernachlässigung das schlechteste Outcome hinsichtlich emotionaler und sozialer Auffälligkeiten haben. Demnach sei jegliche Zuwendung und Reaktion auf das kindliche Verhalten, selbst in Form von gewaltvollem Umgang, besser für das Kind als das völlige Ignorieren (64).

Ein anderer Erklärungsansatz für die besser entwickelte Selbstständigkeit könnte auch eine gewisse Resilienz der Kinder sein. Offenbar sind die Kinder vor dem Hintergrund der mangelnden Fürsorge durch die Mutter in der Lage, sich gerade in Alltagskompetenzen stärker zu entwickeln als andere FAS-Betroffene.

### **7.2.8 Wechselnde Betreuungsverhältnisse**

Die FAS-Betroffenen aus unserer Untersuchung erlebten zwischen ein und fünf verschiedene Betreuungsverhältnisse. Es konnte gezeigt werden, dass eine hohe Anzahl von Wechseln der Betreuung mit einem signifikant erhöhten Risiko für Vernachlässigung, seelische und körperliche Gewalt einhergeht. Für sexuellen Missbrauch zeigte

sich kein Zusammenhang. Die Auswirkung häufiger Wechsel auf die Defizite aus dem FASQ zeigten nur wenige Korrelationen: je mehr Wechsel stattfanden, desto geringer war das Verständnis für pädagogische Maßnahmen. Die männliche Untergruppe mit mehr biographischen Brüchen fühlte sich weniger schuldig bei Fehlritten und neigte weniger häufig dazu, mit Fremden mitzugehen. Man könnte hier annehmen, dass das Misstrauen gegenüber Erwachsenen mit jedem neuen Wechsel der Bezugsperson zunimmt. Mädchen wiesen sich aus durch weniger Spielideen, was man – mit Vorbehalt, da nur *ein* Item einen signifikanten Unterschied aufwies – auf ein zurückgezogenes Verhalten zurückführen könnte. Die gewonnenen Ergebnisse decken sich mit den Arbeiten von Kurtz, wonach häufige, wechselnde Heim- oder Pflegefamilien-Unterbringung mit kindlichen Anpassungsstörungen korrelieren (83).

Diese Erkenntnis könnte eine Erklärung bieten für die Ergebnisse in Kapitel „6.2.7 Einfluss auf Defizite“: ein längerer, stabilerer Aufenthalt bei der leiblichen Mutter ging zwar mit erhöhtem Auftreten von Vernachlässigung, jedoch gleichzeitig mit einer Abmilderung von Verhaltensauffälligkeiten einher.

### **7.3 Traumatisierung**

#### **7.3.1 Häufigkeit von Traumatisierung**

Etwa 70 Prozent aller untersuchten Kinder erlebten mindestens eine Form der Traumatisierung. Die „leichtere“ Form Vernachlässigung kam dabei doppelt so häufig vor wie seelische oder körperliche Gewaltanwendung. Diese Beobachtung deckte sich mit den Untersuchungen von Häuser und Pfeiffer (58,106). Sexuelle Gewalt kam bei 11 Prozent der Kinder vor. Diese Zahlen liegen leicht höher als die Ergebnisse von Wetzels (146), und deutlich höher als die Häusers (58) in seiner ähnlich umfangreichen Untersuchung (1,9 Prozent Prävalenz). Die Mädchenlastigkeit sexueller Gewalt ist allgemein bekannt: Wetzels gibt in seiner Untersuchung ein Verhältnis von 8,6 zu 2,8 Prozent an (146). In der vorliegenden Untersuchung wurden 21 Prozent der Mädchen – im Vergleich zu „nur“ 4 Prozent der Jungen – Opfer sexueller Übergriffe.

Für die anderen Formen der Gewalt und Vernachlässigung zeigte sich bei unserer Population keine Geschlechtsprävalenz, im Gegensatz zu Arbeiten wie beispielsweise Wetzels (11,8 % der Männer versus 9,9 % der Frauen erlebten körperliche Gewalt; (146).

### **7.3.2 Mehrfachtraumatisierung**

In dieser Arbeit wird zwischen vier Arten der Misshandlung unterschieden. Dem geschuldet wurde unter anderem untersucht, wie häufig die Betroffenen unter mehreren Traumatisierungsformen im Laufe ihres Lebens leiden mussten. Dabei stellte sich heraus, dass ein Drittel der Untersuchten eine Art der Traumatisierung erlebte, ein weiteres Drittel erlebte zwei oder drei Arten, 8 Prozent gar alle vier abgefragten Misshandlungsformen und 23 Prozent kamen ohne eine (bekannt gewordene) Form der Misshandlung davon.

Es zeigte sich keine Geschlechtsprävalenz hinsichtlich der durchschnittlichen „Traumasumme“, also dem Vorkommen mehrerer Misshandlungsformen, obwohl Mädchen häufiger als Jungen alle vier abgefragten Gewalt-Arten erlebt hatten. Dies ist durch die starke Mädchenlastigkeit bei sexuellem Missbrauch zu erklären.

### **7.3.3 Einfluss von Traumatisierung auf Defizite**

**Die vorliegende Untersuchung gibt eindeutige Hinweise darauf, dass die typischen Auffälligkeiten FAS-Betroffener durch das zusätzliche Vorliegen einer Misshandlung stärker ausgeprägt sind als bei FAS-Patienten, die in einem schützenden Umfeld aufwuchsen.**

#### ***Traumatisierung***

Eine Traumatisierung im Allgemeinen führt zu signifikant höheren Defiziten in den Bereichen Alltagskompetenz und Naivität: die Kinder brauchen im Alltag eine permanente Betreuung und Kontrolle; sie verlieren oder vergessen häufig Gegenstände und ver-

fügen weder über ein Verständnis für Zeit noch Geld. Obendrein führt das mangelnde Durchschauen sozialer Beziehungen zu einem Verhalten, das für Außenstehende als „blauäugig“ gedeutet wird: die Kinder sind unkritisch neuen Bekanntschaften gegenüber und wiederholen Gesagtes von Anderen. Charakterlich zeigen traumatisierte FAS-Betroffene höhere Ausprägungen in den Bereichen Aggressivität und Introversion: sowohl die Zerstörungswut, als auch dissoziales Verhalten wie Lügen kommen häufiger vor. Auf der anderen Seite zeigen die Kinder introvertierte, an Depression grenzende Verhaltensweisen wie fehlende Spielinitiative, schneller Interessensverlust und häufiges Wechseln der Tätigkeit. Gerade diese charakterlichen Auffälligkeiten sind typisch für misshandelte Kinder: mangelndes Selbstbewusstsein bis hin zur Depression, Bindungsstörungen, Impulskontrollverlust sowie mangelnde Alltagskompetenz treten gehäuft auf (64,74,76).

Auch die geschlechtsspezifische Untersuchung liefert interessante Ergebnisse: Jungen zeigten vor allem eine erhöhte Zerstörungswut und mangelnde Alltagskompetenz. Sie brauchten permanente Betreuung, verloren oder vergaßen ihre Sachen und schafften es nicht, sich (temperaturgerecht) zu kleiden. Bei den Mädchen hingegen zeigte sich vor allem in sich gekehrtes, desinteressiertes Verhalten wie der schnelle Interessensverlust und das häufige Wechseln der Tätigkeit. Auch sie brauchten eine dauerhafte Betreuung und ständige Kontrolle. Die weitverbreitete Annahme, dass Jungen eher externalisierend (aggressiv) und Mädchen eher internalisierend (depressiv) auf Missbrauch reagieren, scheint sich somit in dieser Arbeit zu bestätigen. In großen Übersichtsarbeiten wie der von Kendall-Tackett et al. zeigten sich diese Unterschiede jedoch weniger deutlich, was die Autoren sich damit erklären, dass in vielen Studien Mädchen überrepräsentiert werden (76).

### ***Vernachlässigung***

Die Gruppen der vernachlässigten und misshandelten Kinder sind praktisch identisch (111 der 112 traumatisierten Kinder wurden vernachlässigt). Somit konnten wie beim

obigen Abschnitt „Traumatisierung“ Auffälligkeiten in den Bereichen Alltagskompetenz, Naivität, Aggressivität und Introversion festgestellt werden.

### ***Seelische Gewalt***

Die Ergebnisse der Untersuchung hinsichtlich der Folgen seelischer Gewalt bei FAS-Betroffenen zeigen ebenfalls einige Auffälligkeiten: vor allem sind hier die Defizite im Bereich Introversion erhöht. Die Kinder zeigen wenig Phantasie und entwickelten kaum Spielideen, sie verlieren schnell das Interesse und wechseln häufig die Tätigkeit. Weiterhin liegen erhöhte Defizite in den anderen Kategorien vor: sie neigen dazu, Anderen „nachzuplappern“, können sich nicht temperaturgemäß kleiden, verstehen nicht, wenn sie etwas Falsches getan haben, spielen Mitmenschen gegeneinander aus und weisen höhere Vorkommen von delinquentem Verhalten (Stehlen) auf.

Trennt man die Gruppe in Jungen und Mädchen auf, werden die Ergebnisse besonders aussagekräftig: seelisch misshandelte Jungen unterscheiden sich nur durch häufigeres Wiederholen von Gesagtem von nicht-seelisch misshandelten männlichen Probanden. Die Mädchen mit seelischer Gewalterfahrung hingegen weisen ein breites Spektrum an ausgeprägten Auffälligkeiten auf: dabei zeigen sie vor allem introvertiertes Verhalten (wenig Phantasie, Wechseln der Tätigkeit und kaum Spielideen). Interessanterweise nehmen nur bei den Mädchen aggressives und dissoziales Verhalten wie Zerstörungswut, Lügen, Ausspielen und gar Stehlen zu. Dass Mädchen demnach *sowohl* introvertierte als auch extrovertierte Störungen entwickeln, deckt sich mit den Ergebnissen von Kendall-Tackett et al. (76). Weiterhin zeigen die Mädchen Probleme im Alltag (Ankleiden und fehlende Tagesstruktur), sind arglos gegenüber Fremden (Mitgehen) und können ihr Handeln nicht begründen.

Mädchen scheinen also in hohem Maße sensibler auf seelischen Missbrauch zu reagieren als Jungen. Es scheint sinnvoll, in zukünftigen Untersuchungen zu den Auswirkungen psychischer Gewalt zwischen den Geschlechtern zu unterscheiden; in vielen Arbeiten wird der Fokus eher auf die verschiedenen Altersstufen gelegt.

***Körperliche Gewalt***

Körperlicher Missbrauch von FAS-Betroffenen verschlimmert deutlich ihre Verhaltensauffälligkeiten. Die Patienten zeigen vielfältige Probleme in der Alltagsbewältigung: sie können sich nicht temperaturgemäß kleiden, haben kein Verständnis für Geldwert und Zeit und verlegen häufig ihre persönlichen Gegenstände. Dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen, Ausspielen, aber auch Zerstören und Stehlen kommen häufiger vor als bei nicht-misshandelten Betroffenen. Dabei sind sie besonders risikofreudig. Ihr eigenes Verhalten können sie kaum reflektieren oder verstehen: sie haben kein Gefühl für Richtig oder Falsch, können ihr Verhalten nicht begründen und pädagogische Maßnahmen zeigen keinen Effekt.

Männliche Probanden zeigen vor allem Alltagsdefizite (Ankleiden, Zeit- und Geldkonzept) und Probleme bei der Selbstbeobachtung (Falsches erkennen, Handeln erklären), während Mädchen eher dissoziale Verhaltensweisen wie Lügen oder Ausspielen anwenden. Auch sie können ihr Handeln nicht beurteilen und profitieren nicht von pädagogischen Maßnahmen. Diese Tendenz hin zu aggressiven Verhaltensweisen wurde auch von Hildyard beschrieben, wonach vernachlässigte Kinder eher zur Internalisierung und körperlich misshandelte Kinder eher zu Externalisierung neigen (64).

***Sexuelle Gewalt***

Sexueller Missbrauch führt in unserer Untersuchungspopulation zu signifikant erhöhtem Vorkommen von dissozialem (Ausspielen, Lügen) und delinquentem (Stehlen) Verhalten; diese Beobachtung machten auch Kendall-Tacket et al. (76). Sexuell missbrauchte Kinder sind weiterhin argloser und können ihr Verhalten nicht begründen. Auch bei der Bewältigung des Alltags (Ankleiden, Geldwert) sind die Defizite höher als bei der Vergleichsgruppe.

Für unsere Untersuchung standen drei Jungen mit FAS und sexueller Missbrauchserfahrung zur Verfügung: die Jungen zeigen deutlich höhere Werte bei dissozialen Verhaltensweisen wie Ausspielen, Streiten und Lügen. Bei der Selbstbeobachtung wie dem

Begründen und Erklären des eigenen Verhaltens waren die Probleme ebenso ausgeprägter. Im Gegensatz dazu zeigen Mädchen diffusere Störungen, die sich nur in drei Items von der Vergleichsgruppe unterscheiden: so tritt Stehlen und Lügen, begleitend dazu eine ausgesprochene Arglosigkeit gehäuft auf.

Vergleicht man die Mittelwerte der FASQ-Ergebnisse miteinander, zeigt sich, dass die „schweren“ Formen der Misshandlung wie sexuelle und körperliche Gewalt, aber auch seelische Gewalt mit deutlich höheren Werten einhergehen als Vernachlässigung. Dies legt den Schluss nahe, dass tatsächlich „leichte“ (Vernachlässigung) von „schweren“ (seelische, körperliche und sexuelle Gewalt) Formen der Misshandlung zu unterscheiden sind (58,106).

In dieser Untersuchung wird davon ausgegangen, dass eine frühe Traumatisierung zu höheren kognitiven, sozialen und emotionalen Auffälligkeiten führt. Diese typischen Auffälligkeiten können bei einem Großteil der Kinder mit FAS – ob mit oder ohne traumatischer Biographie – beobachtet werden. Somit muss auch gesagt werden, dass die Kinder, die mit ausgeprägten Defiziten zur Welt kommen, von sich heraus ein höheres Risiko tragen, misshandelt zu werden (86,126,134). Diese Defizite können durch die intrauterine Alkoholschädigung bedingte Auffälligkeiten oder Anpassungsstörungen sein, jedoch auch körperliche und geistige Behinderungen im Allgemeinen sowie Lern- und Verhaltensstörungen. Somit stellt unsere FAS-Population per se eine Hochrisikogruppe für Misshandlung und Vernachlässigung dar.

#### **7.3.4 Einfluss von Mehrfachtraumatisierung auf Defizite**

Die sogenannte „Mehrfachtraumatisierung“ korreliert für die Gesamtgruppe weniger mit den Defiziten als erwartet: auffällig ist, dass Kinder, die auf mehrere Arten traumatisiert wurden, stärkere Probleme im Bereich der Selbstbeobachtung aufweisen. Sie können Falsch und Richtig nicht unterscheiden und ihr Handeln nicht erklären oder begründen.

Untersucht man jedoch nach Geschlechtern getrennt, zeigt sich, dass die Auswirkungen von Mehrfachtraumatisierung bei Mädchen deutlich ausgeprägter sind als bei Jungen. Die männlichen Teilnehmer zeigen Probleme, ihr Handeln zu erklären und neigen zum „Mitgehen“ mit Fremden. Demgegenüber zeigen Mädchen zwar ebenso Defizite bei der Selbstbeobachtung (sie erkennen Falsches nicht, können ihr Handeln nicht begründen und profitieren nicht von pädagogischen Maßnahmen), darüber hinaus finden sich jedoch auch dissoziale und delinquente (Lügen, Auspielen, Stehlen) sowie introvertierte Verhaltensweisen (Phantasielosigkeit, mangelnde Spielideen und wenig Spielen mit Spielzeug).

#### **7.4 Defizite nach FASQ**

Die Eltern beziehungsweise Betreuer der Untersuchungsgruppe zeichneten in der Beurteilung der FAS-Kinder mittels des FASQ ein interessantes Muster. Anhand dieser Gesamtauswertung – also aller Kinder mit und ohne Gewalterfahrung – kann abgelesen werden, welche Problemfelder von den Betreuenden als besonders belastend angesehen werden.

Den wahrscheinlich häufigsten Beratungsanlass in unserer FAS-Ambulanz stellt der schulische Bereich dar. Die Fürsorgenden kommen mit Fragestellungen zu Schulwahl, Klassenwechsel, Möglichkeiten und Potential einer Förderschule und der Wahl des Förderschwerpunkts, der Integration in die Klasse und natürlich letztendlich die schulische Leistung, die vom Kind erbracht wird. Aufgrund dessen überrascht es nicht, dass auch die Punkte, die dem schulischen Bereich zugeordnet werden können, relativ hohe Defizitwerte erreichen: die Items zu Reizoffenheit, Konzentrationsstörungen, einer geringen Lerngeschwindigkeit sowie Problemen, sich Lerninhalte zu merken stehen weit vornan. Auch Hommer zeigte in ihrer Arbeit eindrucksvoll die Zusammenhänge von Fetalem Alkoholsyndrom und schulischen Defiziten (66). Mangelnde Konzentrations- und Merkfähigkeit, Gedächtnisleistung sowie ein niedriger Intelligenzquotient sind bekannte Merkmale des Fetalen Alkoholsyndroms (43,66,94,132), werden jedoch auch bei traumatisierten Kindern beobachtet (64,74,77,124).

Ebenso hohe Defizitwerten werden bei Alltagskompetenzen erreicht: den Kindern ist es fast unmöglich, ihren Tag zu strukturieren; sie benötigen ständige Anleitung von außen und zugleich permanente Betreuung. Viele Patienten der Untersuchung verfügen über kein Gefühl für Geldwerte. Weitere Probleme bei der Alltagsbewältigung liegen im mittleren Defizitbereich: die Kinder verstehen das Konzept von Zeit nicht, können sich nicht selbst beschäftigen und haben – auch aufgrund einer scheinbaren körperlichen Desensibilität, wie sie Löser beschreibt (94) – Schwierigkeiten, sich temperaturngemäß zu kleiden. Weiterhin können sie sich nur wenig souverän im Straßenverkehr bewegen und verlieren oder vergessen häufig Dinge (43,45,94,107).

Relativ hohe Defizite wurden auch in den Bereichen Naivität und Selbstverständnis angegeben. FAS-Betroffene zeigen sich arglos und können Risiken schlecht einschätzen. Weiterhin sind sie neuen Bekanntschaften gegenüber unkritisch. Diese Merkmale werden auch von Löser und Feldmann beschrieben (43,94). Jedoch waren die ebenfalls für Naivität stehenden Items Wiederholen von Aussagen anderer und Mitgehen mit Fremden weniger ausgeprägt.

Zurückgezogenes beziehungsweise depressives Verhalten wurde unterschiedlich häufig angegeben. Bei Verhaltensweisen, die eher auf innere Unruhe und mangelnde Aufmerksamkeit schließen lassen, wie Interessensverlust und häufiges Wechseln der Tätigkeit, wurden Defizite im oberen Drittel erreicht. Kindliches Verhalten, das an melancholische Stimmung und Abgewandtheit denken lässt, wie der Mangel an Spielideen, wenig Phantasie und insgesamt wenig Beschäftigung mit Spielzeug kamen seltener vor. Das Vorkommen typisch depressiver Verhaltensmuster wird von den Autoren unterschiedlich bewertet: während einige die Grundstimmung FAS-Betroffener als eher fröhlich und zugewandt beschreiben (43,94), schildern andere eine ausgeprägte Traurigkeit (132). Analog zu diesen – an sich konträren – Ergebnissen wird über plötzliche Stimmungswechsel und mangelnde Affektkontrolle berichtet (43).

Die unteren Ränge der vom FASQ erfassten Auffälligkeiten nahmen dissoziales Betragen wie häufiges Lügen und Streiten, gefolgt von aggressivem Benehmen wie Beschädigen und Zerstören von Gegenständen ein. Manipulatives Ausspielen von Erwachsenen und anderen Kindern wurde insgesamt nur selten angegeben. In der Literatur sind dies jedoch äußerst typische Verhaltensweisen FAS-Betroffener (43,94,107,132); es ist an dieser Stelle gut vorstellbar, dass eine Verzerrung durch die Beurteilung der direkten Erziehungsberechtigten auftritt. Das Eingestehen dissozialer und aggressiver Handlungen beim Kind mag den Betreuenden schwer fallen.

Auch von delinquentem Verhalten wie Stehlen und Zündeln oder gar Legen von Feuer wurde nur in Einzelfällen berichtet; dennoch sind auch dies häufig beschriebene Merkmale bei Kindern und Jugendlichen mit FAS (43,94,107,132). Autoren wie Feldmann betonen jedoch, dass die Betroffenen meist nicht die Initiatoren dieser Handlungen sind, sondern durch ihre Naivität und ihren Wunsch nach Zugehörigkeit leicht zum Mittäter werden (43).

Die Auswertung des FASQ getrennt nach Geschlechtern brachte nur wenige Unterschiede hervor: die wenigen Fälle von Spielen mit dem Feuer traten vor allem bei den männlichen Probanden auf, weiterhin wurde bei Jungen über eine durchschnittlich schlechtere Konzentrationsleistung berichtet als bei Mädchen. Insgesamt überraschen die wenigen Unterschiede und weisen darauf hin, dass sich die Psychopathologie des Fetalen Alkohol Syndroms geschlechterübergreifend einheitlich darstellt.

## **7.5 Aktuelles Betreuungsverhältnis**

### **7.5.1 Häufigkeit aktueller Betreuungsverhältnisse**

Der Großteil der untersuchten Kinder (etwa 80 Prozent) lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Pflege- oder Adoptivfamilie, ein weiterer Teil (etwa 15 Prozent) befand sich in einer stationären Einrichtung der Jugendhilfe. Nur die wenigsten Kinder wurden von einem leiblichen Elternteil vorgestellt. An dieser Verteilung kann man se-

hen, dass die Beratung hinsichtlich beziehungsweise die Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms eher von Menschen in Anspruch genommen wird, die mit dem Kind nicht blutsverwandt sind. Dies steht in Übereinstimmung mit dem gesellschaftlichen Tabu der Alkoholkrankheit und dem fehlendem Problembewusstsein bezüglich der Volksdroge Alkohol. Auch die Stigmatisierung und Meidung von Alkoholikern sowie die Scham, das Thema Alkoholismus in der eigenen Familie anzusprechen und einzugestehen, scheinen Betroffene und Angehörige von der Auseinandersetzung mit dem Thema FAS abzuhalten. Es scheint für Außenstehende beziehungsweise Nicht-Familienmitglieder deutlich einfacher zu sein, das Thema „anzugehen“, als für die Täterin oder ihre Familienangehörigen, die sich eventuell mit-schuldig fühlen, im entscheidenden Moment nicht eingegriffen zu haben und nun dem Ausmaß der Schuld wortwörtlich ins Auge sehen zu müssen. In Pflegefamilien hingegen scheint das Bewusstsein für FAS überdurchschnittlich hoch zu sein. Nordhues berichtet über eine Prävalenz von 23 Prozent hinsichtlich FAS in Pflegefamilien und spricht von einer „Hochrisikopopulation“ (102).

Die Altersverteilung der Kinder auf die verschiedenen Betreuungsformen zeigt eine Tendenz, die nicht überrascht: der Altersdurchschnitt in Pflege- und Adoptivfamilien liegt eher im Grundschulalter, während ältere und pubertierende Kinder eher in stationären Einrichtungen unterkommen. Dies erhärtet den Eindruck, dass Probleme mit dem Schulbeginn schlagartig zunehmen und die Andersartigkeit des Kindes nicht mehr übersehen werden kann. Auch der Eintritt in die Pubertät dürfte sich bei FAS-Kindern nicht unproblematischer gestalten als bei Jugendlichen ohne FAS. Im Gegenteil: durch die mangelnde Alltagskompetenz und Naivität gegenüber Situationen und Menschen kann es zur Eskalation kommen. Mädchen begeben sich in gefährliche, sexuelle Beziehungen mit der Gefahr der ungewollten Schwangerschaft, bei Jungen beobachtet man delinquentes Verhalten, sie lassen sich zum „Schmierestehen“ überreden und können die Manipulation durch andere nicht durchschauen (43,44,94,132). Pflege- und auch Adoptivfamilien können hier an Grenzen gelangen, was dazu führt, dass die Kinder in institutionelle Obhut gegeben werden. In der vorliegenden Untersuchung wurde häu-

figer beobachtet, dass diese Option von den Familien für begrenzte Zeiträume genutzt wurde. Diese Art „Kurzzeitpflege“ führte kurzfristig zur Entlastung der Familiensituation. Nicht selten jedoch verblieben die Betroffenen auch dauerhaft in Einrichtungen der Jugendhilfe. In vielen Fällen blieb der Kontakt zur ehemaligen Pflege- oder Adoptivfamilie trotzdem bestehen.

### **7.5.2 Zusammenhang von Traumatisierung und aktuellem Aufenthalt**

An dieser Stelle sollte untersucht werden, ob traumatisierte Kinder typischerweise in bestimmten Betreuungsformen unterkommen. Es lag die Annahme vor, dass Kinder mit Gewalterfahrung und mutmaßlich mehr Auffälligkeiten eher in stationären Einrichtungen unterkommen und Kinder ohne erlittene Traumatisierung eher in eine Pflegefamilie aufgenommen oder gar adoptiert werden.

Tatsächlich bestätigen sich die Vorurteile nur teilweise: adoptierte FAS-Kinder wurden signifikant *seltener* vernachlässigt und erlebten deutlich weniger seelische und körperliche Gewalt als andere Betroffene mit FAS. Demgegenüber wird jedoch über Pflegekinder berichtet, dass sie signifikant *häufiger* unter seelischer, körperlicher und sexueller Gewalt zu leiden hatten, und somit insgesamt häufiger traumatisiert waren als Kinder, die nicht in Pflegefamilien leben. Für Kinder in Heimen und verschiedenen stationären Betreuungsformen zeigen sich in dieser Hinsicht keine Auffälligkeiten. Somit scheint beim FASQ die Funktion der ausfüllenden Person – hier insbesondere Adoptiv-, Pflegeeltern und hauptamtliche Mitarbeiter der Jugendhilfe – einen bedeutsamen Einfluss auf das Ergebnis zu haben.

Zunächst sollen nun die Adoptivkinder betrachtet werden. Die Ergebnisse lassen sich auf zwei Arten interpretieren: es hat den Anschein, dass vor allem Kinder mit weniger traumatischer Biographie (und mutmaßlich geringeren Auffälligkeiten) adoptiert werden. Das mag vor allem in den Familien zutreffen, in denen die Biographie bekannt war oder das Kind zunächst zur Pflege lebte und es aus diesem Verhältnis heraus zur Adoption kam. Es wäre nachvollziehbar, wenn Adoptiveltern in spe ein Kind bevorzugen,

dass weder Gewalt noch Vernachlässigung erleiden musste. Adoptierte Kinder bildeten somit eine eigene Population und es wäre vorstellbar, dass in dieser Gruppe *tatsächlich* seltener Traumatisierung vorliegt. Da jedoch das Adoptionsverfahren in einigen Fällen bereits vor oder direkt nach der Geburt angebahnt wurde und in anderen Fällen über die Biographie des Kindes keine Angaben vorlagen, kann dieses Argument nicht auf alle Adoptionsverhältnisse angewandt werden.

Auf der anderen Seite weichen die Ergebnisse von Adoptivkindern mit FAS dermaßen von der Gesamtgruppe ab, dass im Nachhinein eine neue Fragestellung entsteht:

*„Wie gehen Adoptiveltern mit der Vergangenheit ihrer FAS-Kinder um?“*

Es sei daran erinnert, dass der FASQ ein Fremdbeurteilungsinstrument und somit anfällig für eine Verzerrung durch den Ausfüllenden ist. Es wäre vorstellbar, dass Adoptiveltern die oftmals traurige Biographie ihrer Schützlinge verdrängen. So könnte es sein, dass Adoptivkinder derart in die Familie integriert werden, dass alles Vorgegangene – die kranke Mutter, die Misshandlung, der Verlust des Elternhauses – in der neuen Familie keinen Raum mehr finden und womöglich sogar negiert werden. Vor allem mag dies der Fall sein, wenn das Adoptivkind „an Kindes statt“ aufgenommen wurde. Dieses Vorgehen kann den Eltern sowohl zum Eigenschutz als auch zum Schutz des Kindes dienen.

Genau entgegengesetzt zeigen sich die Ergebnisse der FAS-Betroffenen in Pflegefamilien. Pflegekinder mit FAS scheinen wesentlich häufiger von Traumatisierung betroffen zu sein als Kinder in anderen Betreuungsverhältnissen. Es ist schwierig, hierin einen Zusammenhang zu sehen. Möglicherweise bietet sich das Pflegegewesen besonders dazu an, schwer-traumatisierte, misshandelte Kinder in Obhut zu nehmen. Gerade die Möglichkeit der Aufhebung des Pflegeverhältnisses – im Gegensatz zur Adoption – mag für die Eltern ein Anreiz sein, es mit einem Kind mit einer so zerrütteten Biographie zu versuchen.

Möller und Feldmann untersuchten anhand von 64 Familien die Motive, die zur Aufnahme eines FAS-Kindes führten. In nur jedem vierten Fall wurde das Motiv „Helfen-Wollen“ angegeben (100); da altruistische Beweggründe demnach nur in einem Bruchteil der Fälle im Vordergrund stehen, ist auch dies keine hinreichende Erklärung für das besonders häufige Auftreten von Traumatisierung in der Vergangenheit der Pflegekinder.

Ein weiterer interessanter Aspekt trat in der Untersuchung Möllers und Feldmanns auf: Pflegeeltern, die ihre Kinder als besonders starke Belastung empfanden, teilten dies ihrem Umfeld verstärkt mit (100). Dieses Phänomen mag auch in dieser Untersuchung aufgetreten sein: möglicherweise fühlen sich die Pflegeeltern mit ihrem Schützling überlastet und alleingelassen und teilen deshalb ihre Probleme und die Besonderheiten ihres Kindes verstärkt mit. Häufig wurde uns berichtet, dass das Pflegekind ohne Diagnose und vor allem ohne Informationen zur Biographie in die Familie gekommen sei. Dies kann zu Enttäuschungen und Selbstvorwürfen führen, wenn das Kind die elterlichen Erwartungen und Hoffnungen aufgrund seiner Erkrankung oder vor dem Hintergrund seines bisherigen Lebens nicht erfüllen kann (45,107). Ist die Diagnose jedoch einmal gestellt, kann sie von den Pflegeeltern zur Verteidigung und Entlastung genutzt werden. Womöglich wird neben der Diagnose FAS auch die traumatische Biographie als Erklärung für die kindlichen Auffälligkeiten herangezogen und verstärkt nach Außen kommuniziert.

Ein weiterer zu beachtender Aspekt ist die in der Regel hohe Erwartungshaltung der Betreuenden in der FAS-Ambulanz. Diese kann zum einen darin begründet sein, dass externe Hilfen angefragt werden müssen; häufig aber bestehen auch ein großes Mitteilungsbedürfnis, der dringende Wunsch des Verstanden-Werdens und auch die Suche nach Bestätigung („Ja, was Sie berichten sehen wir häufig bei unseren Patienten.“) durch die Mitarbeiter der Ambulanz.

### **7.5.3 Zusammenhang von Mehrfachtraumatisierung und aktuellem Aufenthalt**

Da adoptierte Kinder unseren Angaben nach insgesamt seltener Traumaerfahrung mitbringen, liegt auch der Traumascore, also das Vorkommen mehrerer Formen der Traumatisierung, deutlich unter dem nicht-adoptierter Kinder. Darüber hinaus zeigten sich keine Auffälligkeiten.

### **7.5.4 Zusammenhang von Defiziten und aktuellem Aufenthalt**

Analog zu den Auffälligkeiten im Bereich „Traumatisierung“ stehen die Ergebnisse der Defizite in enger Abhängigkeit zum aktuellen Betreuungsverhältnis. Kinder in Pflegefamilien wiesen signifikant höhere, Adoptivkinder signifikant niedrigere Defizite auf als die Vergleichsgruppe. Wieder bestünde eine mögliche Erklärung darin, dass Kinder mit weniger ausgeprägten Auffälligkeiten leichter in Adoptivfamilien und Kinder mit höheren Defiziten zunächst in Pflegefamilien vermittelt werden. Da sich jedoch bei Kindern in Heimen oder anderen institutionellen Einrichtungen – wo nach dieser Theorie die größten Schwierigkeiten zu erwarten wären – nur punktuelle Unterschiede im Vergleich zur Gesamtgruppe zeigen, hat es eher den Anschein, dass das Eltern-Kind-Verhältnis einen Einfluss auf die empfundene Belastung hat.

Es ist bei genauerer Betrachtung nicht überraschend, dass Adoptiveltern ihr Kind mit „wohlwollenderem“ Auge sehen als Eltern, die kein Adoptionsverfahren durchlaufen haben. Auch die Unumkehrbarkeit der Adoption mag hier eine Rolle spielen; die Eltern haben im Prinzip keine andere Wahl, als sich mit ihrem Kind und seinen Eigenschaften zu arrangieren. Die Eltern berichteten in 15 von insgesamt 38 Items über signifikant weniger ausgeprägte Defizite bei ihren Kindern. In keinem Merkmal schnitten die Adoptivkinder schlechter ab als die Vergleichsgruppe. Somit seien Adoptivkinder deutlich weniger naiv als andere FAS-Kinder, verfügen über eine bessere Alltagskompetenz, zeigen die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und bringen bessere schulische Leistungen als die Vergleichsgruppe. Interessanterweise sind all dies Bereiche, auf die die Adoptiveltern direkten Einfluss ausüben; ein Scheitern in diesen Bereichen könnte als ein Scheitern der Erziehung interpretiert werden. Folglich wäre es denkbar, dass Adoptiv-

eltern bei der Beurteilung ihrer Kinder – insbesondere in oben angesprochenen Bereichen – besonders milde vorgehen, um die eigene Erziehungskompetenz nicht infrage stellen zu müssen.

Demgegenüber berichten Pflegeeltern über besonders ausgeprägte Defizite bei ihren Ziehkindern. In 19 von 39 Items seien die Auffälligkeiten signifikant stärker ausgeprägt, in keinem Bereich erreichten Pflegekinder bessere Werte als die Vergleichsgruppe. Die berichteten Defizite umfassen vor allem die Bereiche Alltagskompetenz, Naivität und Selbstbeobachtung, aber auch Aggressivität.

In einer Befragung Möllers und Feldmanns gaben die aufnehmenden Familien an, durch die emotionalen, sozialen und kognitiven Defizite der Kinder besonders belastet zu sein. Mehr als jeder zweite Befragte gab an, das Fetale Alkohol Syndrom als „Herausforderung“ anzusehen (100). Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Untersuchung: Pflegeeltern scheinen ihre Kinder als besondere Belastung zu empfinden; in keinem Kollektiv wurden die Defizite als so schwer angegeben wie bei FAS-Patienten, die in Pflegefamilien unterkamen. Man kann mutmaßen, dass es für Pflegeeltern im Vergleich zu leiblichen oder auch Adoptiveltern besonders schwer ist, das Kind mit seinen Besonderheiten anzunehmen. Das hohe Maß an Aufmerksamkeit und die ständige Rücksicht auf Unzulänglichkeiten im Alltag und sozialem Miteinander scheinen Pflegeeltern besonders zu belasten. Die somit eventuell vor allem subjektiv wahrgenommenen Defizite wären eine mögliche Erklärung für die schlechten Ergebnisse dieser Untergruppe.

Möller und Feldmann fanden in ihren Untersuchungen Faktoren, die zu einer besonders hohen subjektiven Belastung führten: so empfanden vor allem jüngere (unter 45 Jahre) und religiöse Pflege- und Adoptiveltern die Belastungen stärker als die Vergleichsgruppe. Auch Eltern, in deren Umfeld das Krankheitsbild FAS bekannt war, verspürten eine stärkere Belastung (100). Vermutlich verhält es sich bei diesen Ergebnissen so, dass besonders belastete Eltern sich dem Umfeld mit ihren Problemen intensi-

ver anvertrauen – wie es auch in dieser Untersuchung den Anschein macht – oder Hilfe in der Religion suchen.

Diese bisher wenigen Anhaltspunkte lassen zumindest den Schluss zu, dass die persönlichen Umstände der Pflege- und Adoptiveltern sehr wohl mit den empfundenen Belastungen durch die Schützlinge korrelieren. Es wäre eine interessante Aufgabe, diese Zusammenhänge weiter zu untersuchen; eventuell ließen sich geeignete Persönlichkeitsfaktoren ausmachen, von denen ein Kind mit FAS besonders profitieren könnte und es von den Eltern als weniger belastend empfunden würde. Somit könnten letztlich auch biographische Brüche vermieden werden, die sich nachteilig auf die kindliche Entwicklung auswirken.

FAS-Kinder in Heimen und anderen stationären Einrichtungen wurden von ihren Betreuern nicht als über- oder unterdurchschnittlich auffällig beschrieben. Es kann angenommen werden, dass professionelle Mitarbeiter der Jugendhilfe weniger von persönlichen und emotionalen Faktoren beeinflusst werden, die ihre Sicht auf das kindliche Verhalten verzerren könnten. Möglicherweise fällt es ihnen leichter, ihre Erziehungsbemühungen und den oftmals geringen Effekt auf das Kind gelassen zu sehen und nicht an der eigenen Kompetenz zu zweifeln.

## **7.6 Limitationen und Störgrößen**

Das Signifikanzniveau dieser statistischen Arbeit liegt bei  $\alpha=0,05$  – somit wäre jedes 20. als „signifikant“ bezeichnete Ergebnis zufallsbedingt. Die hohe Anzahl der signifikanten Ergebnisse stützen jedoch insgesamt die ermittelten Zusammenhänge und Muster.

Die Grundlage der vorliegenden Arbeit stellt eine Befragung der Betreuer von 159 Betroffenen mit Fetalem Alkoholsyndrom dar. Obwohl diese Patientenzahl im Vergleich zu anderen Untersuchungen relativ hoch ist, gelten für die einzelnen Untergruppen bisweilen sehr kleine Fallzahlen. Dies ist in den entsprechenden Ergebnissen kenntlich gemacht worden.

Die 159 Betroffenen, die in unserer Ambulanz vorgestellt und diagnostiziert wurden, stellen eine hochselektive Auswahl von Patienten dar, da der größere Teil FAS-Betroffener zum einen nicht diagnostiziert ist und zum anderen mutmaßlich noch immer in der leiblichen Familie lebt. Dieser Selektionsbias kann dazu führen, dass in der Untersuchung vor allem besonders auffällige Betroffene vorgestellt wurden.

Eine weitere Limitation stellt die Untersuchungsmethode dar: generell entsprechen die mit dem Fragebogen erfassten Angaben einer Momentaufnahme. Viele Familien warten wochen- bis monatelang auf einen Termin in der FAS-Ambulanz der Münsteraner Uniklinik. Die unmittelbare Wartezeit vor der Sprechstunde stellt so für viele Betreuende eine relativ angespannte Situation dar; viele kommen mit hoher Erwartungshaltung, zum Beispiel im Hinblick auf die Einforderung externer Hilfen (Diagnose, Medikamente, Gutachten), aber auch mit drängenden oder zeitkritischen Fragen. Dieser situationsbedingte Fokus auf das Krankheitsbild kann beim Ausfüllen des Fragebogens zu Verzerrungen führen, die während einer Alltagssituation möglicherweise nicht aufgetreten wären.

Der FASQ ist als Fremdbeurteilungsinstrument – trotz nachweisbarer Validität zur Diagnostik FAS-Betroffener (114) – anfällig für Manipulation und Verzerrungen. Der Test ist im Internet einsehbar und wurde sogar von einzelnen Familien unaufgefordert ausgefüllt zum Termin mitgebracht. Wie in den Kapiteln 6.5.2 und 6.5.4 „Zusammenhang von Traumatisierung bzw. Defiziten und aktuellem Aufenthalt“ besprochen scheint auch das juristische Verhältnis (Pflege-/ Adoptiveltern, Betreuer der Jugendhilfe) zwischen Betreuungsperson und Betroffenen einen großen Einfluss auf biographische Angaben und die Beurteilung des Kindes zu haben. Für weiterführende Untersuchungen wäre es somit wünschenswert, zusätzlich zum etablierten FASQ Testinstrumente anzuwenden, die vom Kind selbst oder durch die Mitarbeiter der Ambulanz angewendet werden können, um eine subjektive Verzerrung durch die Betreuungsperson zu minimieren.

### 7.7 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt eindrucksvoll, dass das postnatale Umfeld – hier insbesondere eine dem Kind zugewandte und gewaltfreie Erziehung – einen beträchtlichen Einfluss auf die Entwicklung von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom hat.

Die Mehrheit der Kinder mit FAS (75 Prozent) beginnt ihr Leben in der leiblichen Familie. Mit im Mittel dreieinhalb Jahren kommt es zur Inobhutnahme, wobei Mädchen tendenziell fast ein Jahr früher aus der Familie genommen werden als Jungen. Da diese Ungleichbehandlung auch bei Juretko beobachtet werden konnte (73), wäre es indiziert, Verantwortliche – zum Beispiel Mitarbeiter der Jugendhilfe – diesbezüglich zu schulen und zu sensibilisieren.

FAS-Betroffene stellen eine Hochrisikogruppe für das Erleben von Traumatisierung dar: 76 Prozent erlebten Vernachlässigung, 38 Prozent seelische, 34 Prozent körperliche und 11 Prozent sexuelle Misshandlung. Die hohe Inzidenz ähnelt den Ergebnissen anderer Untersuchungen an Kindern mit körperlichen und geistigen Behinderungen (134).

Kinder, die nach der Geburt in ihrer leiblichen Familie verbleiben, sind signifikant häufiger Opfer von Vernachlässigung, körperlicher und seelischer Misshandlung. Bei der leiblichen Mutter kommt es vor allem zu Vernachlässigung. Je später es zur Inobhutnahme kommt, desto höher ist das Risiko, in der leiblichen Familie körperlicher Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt zu sein. Auch häufige Wechsel der Betreuungsverhältnisse korrelieren mit dem Erleben von Vernachlässigung, körperlicher und seelischer Gewalt.

Nach diesen Ergebnissen sind die Verantwortlichen somit aufgerufen, bereits bei Verdacht auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft die familiäre Situation gewissenhaft und regelmäßig zu prüfen, um im Zweifel die Inobhutnahme zeitnah anzubahnen. Im

besten Fall findet sich bereits früh ein Betreuungsverhältnis, das längerfristig aufrechterhalten werden kann, um häufige Wechsel der Bezugspersonen zu vermeiden.

Traumatisierte FAS-Betroffene zeigen signifikant höhere Auffälligkeiten in den Bereichen Naivität, Alltagskompetenz, Introversion und Aggression als FAS-Betroffene, die in behüteten Verhältnissen aufwachsen konnten. Dabei führte seelische Gewalt vor allem bei Mädchen zu diversen Problemen: sowohl in-sich-gekehrtes als auch aggressives Verhalten wurde signifikant häufiger beobachtet. Körperlicher Missbrauch führte bei beiden Geschlechtern zu mangelnder Alltagskompetenz, dissozialen und aggressiven Verhaltensweisen sowie Problemen, das eigene Verhalten zu reflektieren. Sexuelle Misshandlung korrelierte signifikant mit dem Auftreten aggressiver und auch delinquenten Verhaltensweisen. Es lassen sich weiterhin eine verstärkte Naivität und Probleme im Alltag beobachten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Folgen der intrauterinen Alkoholexposition in hohem Maße durch die späteren Familienverhältnisse beeinflusst werden. In dieser Arbeit konnten der Einfluss von leiblichem Elternhaus, Traumatisierung, Vernachlässigung und häufigen Wechseln der Bezugspersonen untersucht werden. Es wäre wünschenswert, weitere Untersuchungen zu möglichen modulierenden Faktoren folgen zu lassen.

Von FAS-Betroffenen, die in Pflegefamilien unterkommen, wird besonders häufig von traumatischer Biographie berichtet. Dem entgegengesetzt scheinen Adoptivkinder signifikant seltener misshandelt worden zu sein. Analog dazu wird bei Pflegekindern über besonders ausgeprägte Defizite berichtet, bei Adoptivkindern fallen die Defizite signifikant milder aus. Bei Kindern in institutionellen Einrichtungen zeigen sich in dieser Hinsicht keine Abweichungen vom Durchschnitt. Es wäre interessant, Einflussfaktoren auf die subjektiv empfundene Belastung der Betreuenden näher zu untersuchen, um in Zukunft alkohol-exponierten Kindern möglichst schützende, langfristig bestehende Betreuungsverhältnisse bieten zu können.

Aus der vorliegenden Arbeit lassen sich folgende Kernaussagen zusammenfassen: Der Verbleib in der leiblichen Familie geht für FAS-Kinder mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Traumatisierung einher. Je später es zur Inobhutnahme kommt, desto größer ist das Risiko, Opfer von Vernachlässigung und Misshandlung zu werden. Mitarbeiter des Gesundheitssystems und Träger der Jugendhilfe sind somit aufgefordert, Kinder bereits bei Verdacht auf intrauterine Alkoholexposition besonders aufmerksam zu beobachten und im Zweifel frühzeitig die Inobhutnahme anzubahnen, da Traumaerfahrung in der Biographie die für FAS typischen Defizite nachweisbar verstärkt.

Generell bedarf das Krankheitsbild Fetales Alkoholsyndrom einer verstärkten Präsenz sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei Mitarbeitern der Jugendhilfe, des Gesundheits- und Schulwesens, die in direkten Kontakt mit Betroffenen treten können. Bei Verdacht auf Vorliegen eines FAS sollte eine frühzeitige Diagnostik angestrebt werden. Da das Krankheitsbild durch den konsequenten Verzicht auf Alkohol in der Schwangerschaft vermeidbar wäre, fällt der Prävention, beispielsweise im Schulunterricht, eine überragende Rolle zu. Berufsgruppen, die alkoholranke Frauen betreuen, sollten bei Eintreten einer Schwangerschaft frühzeitig Hilfe anbieten, einen engen Kontakt aufrechterhalten und natürlich nach der Geburt insbesondere die Interessen und Rechte des Kindes wahren.

## Literaturverzeichnis

- (1) Abel EL (1995) An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicol.Teratol.* 17 (4): 437-443
- (2) Abel EL, Hannigan JH (1995) Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome: provocative and permissive influences. *Neurotoxicol.Teratol.* 17 (4): 445-462
- (3) Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. (2007) Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J.Pediatr.Adolesc.Gynecol.* 20 (3): 163-172
- (4) Ainsworth M, Boston M, Bowlby J, Rosenbluth D (1956) The effects of mother-child separation: a follow-up study. *Br.J.Med.Psychol.* 29 (3-4): 211-247
- (5) Altes Testament, Buch der Richter 13, 3-5 Die Ankündigung der Geburt Simsons.
- (6) Astley SJ, Clarren SK (1995) A fetal alcohol syndrome screening tool. *Alcohol.Clin.Exp.Res.* 19 (6): 1565-1571
- (7) Astley SJ, Bailey D, Talbot C, Clarren SK (2000) Fetal alcohol syndrome (FAS) primary prevention through fas diagnosis: II. A comprehensive profile of 80 birth mothers of children with FAS. *Alcohol Alcohol.* 35 (5): 509-519
- (8) Astley SJ (2004) Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. University of Washington Publication Services, Seattle, 3. Aufl.
- (9) Astley SJ (2011) Canadian palpebral fissure length growth charts reflect a good fit for two school and FASD clinic-based U.S. populations. *J.Popul.Ther.Clin.Pharmacol.* 18 (2): e231-41
- (10) Astley,S.J. (2013) Lip-Philtrum Guides. Online im Internet: URL: <http://depts.washington.edu/fasdpn/htmls/lip-philtrum-guides.htm> [Abrufdatum: 21.10.2013]
- (11) AWMF (2010) Kindesmißhandlung und Vernachlässigung.<br />Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin übernommen von der Dt. Ges. f. Kinderheilkunde und Jugendmedizin und der Dt. Ges. f. Kinderchirurgie. Online im Internet: URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/071-003\\_S2\\_Kindesmisshandlung\\_und\\_Vernachlaessigung\\_09-2008\\_12-2012.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/071-003_S2_Kindesmisshandlung_und_Vernachlaessigung_09-2008_12-2012.pdf) [Abrufdatum: 25.02.2013]
- (12) AWMF (2013) S3 Leitlinie. Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. Online im Internet: URL: [158](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-</a></li></ol></div><div data-bbox=)

025k\_S3\_Fetales\_Alkohol-Syndrom\_Diagnostik\_Kurzfassung\_2012-12.pdf [Abrufdatum: 20.10.2013]

(13) Bange D, Deegener G (1996) Sexueller Missbrauch an Kindern. Beltz, Psychologie-Verl.-Union, Weinheim, Weinheim

(14) Bayley N (2005) Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition. Harcourt Assessment, San Antonio

(15) Belsky J (1993) Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. Psychol.Bull. 114 (3): 413-434

(16) Bergmann RL, Richter R, Milto C, Michel B, Dudenhausen JW (2006) Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In: Bergmann RL, Spohr H, Dudenhausen JW (Hrsg) Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. Urban & Vogel, München, 1. Aufl.

(17) Buckingham ET, Daniolos P (2013) Longitudinal outcomes for victims of child abuse. Curr.Psychiatry Rep. 15 (2): 342-012-0342-3

(18) Bundesministerium für Gesundheit (2013) Alkohol: Situation in Deutschland. Online im Internet: URL: <http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [Abrufdatum: 18.10.2013]

(19) Burd L, Klug MG, Li Q, Kerbeshian J, Martsof JT (2010) Diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: a validity study of the fetal alcohol syndrome checklist. Alcohol 44 (7-8): 605-614

(20) Cadzow SP, Armstrong KL, Fraser JA (1999) Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. Child Abuse Neglect 23 (9): 845-853

(21) Caffey J (1974) The whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by the extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage and mental retardation. Pediatrics 54 (4): 396-403

(22) Cantwell HB (2002) Kindesvernachlässigung. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD (Hrsg) Das mißhandelte Kind. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1. Aufl., S. 515-556

(23) Cardiff Child Protection Systematic Reviews, Cardiff University (2013) Scalds triage tool. Online im Internet: URL: <http://www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/burns/scalds-key-messages/triage-tool> [Abrufdatum: 24.06.2013]

(24) Cederbaum AI (2012) Alcohol metabolism. Clin.Liver Dis. 16 (4): 667-685

- (25) Christensen MJ, Brayden RM, Dietrich MS, McLaughlin FJ, Sherrod KB (1994) The Prospective Assessment of Self-Concept in Neglectful and Physically Abusive Low Income Mothers. *Child Abuse Neglect* 18 (3): 225-32
- (26) Clarren SK, Chudley AE, Wong L, Friesen J, Brant R (2010) Normal distribution of palpebral fissure lengths in Canadian school age children. *Can.J.Clin.Pharmacol.* 17 (1): e67-78
- (27) Coggins TE, Timler GR, Olswang LB (2007) A state of double jeopardy: impact of prenatal alcohol exposure and adverse environments on the social communicative abilities of school-age children with fetal alcohol spectrum disorder.(Clinical Forum)(Clinical report). *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 38 (2): 117-127
- (28) Cohn Donnelly A (2002) Zur Prävention physischer Mißhandlung und Vernachlässigung. In: Helfer ME, Kempe RS, Krugman RD (Hrsg) *Das mißhandelte Kind*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1. Aufl., S. 862-883
- (29) Counts JM, Buffington ES, Chang-rios K, Rasmussen HN, Preacher KJ (2010) The development and validation of the protective factors survey: A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child Abuse Neglect* 34 (10): 762-772
- (30) Day NL, Leech SL, Richardson GA, Cornelius MD, Robles N, Larkby C (2002) Prenatal alcohol exposure predicts continued deficits in offspring size at 14 years of age. *Alcohol.Clin.Exp.Res.* 26 (10): 1584-1591
- (31) Deegener G [Hrsg] (2010) *Kindesmissbrauch. Erkennen, helfen, vorbeugen*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 5. Aufl.
- (32) Dekant W, Vamvakas S (2008) Alkohole. In: Aktories K, Förstermann U, Hofmann F (Hrsg) *Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie*. Urban & Fischer, München, 10. Aufl., S. 1067-1077
- (33) Deutscher Kinderschutzbund e.V. (2012) *Gewalt gegen Kinder in Deutschland. Zusammenstellung von Daten aus der Polizeilichen Kriminalstatistik 2011 des Bundeskriminalamts Wiesbaden. Online im Internet: URL: <http://www.dksb.de/images/web/PDFs/PKS%202011%202012-06-13%20CLT.pdf> [Abrufdatum: 13.09.2012]*
- (34) Dilling H, Mombour W, Schmitd M, Schulte-Markwort E (2006) Kapitel V: Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. In: *Kapitel V: Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Huber, Göttingen
- (35) Doeker B, Simic-Schleicher R, Hauffa BP, Andler W (1999) Psychosozialer Kleinwuchs maskiert als Wachstumshormonmangel. *Klinische Paediatric* 211 (05): 394-398

- (36) Dunstan FD, G., Guildea ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR A scoring system for bruise patterns: a tool for identifying abuse. *Arch.Dis.Child.*: 330
- (37) Egeland B, Sroufe LA (1981) Attachment and early maltreatment. *Child Dev.* 52 (1): 44-52
- (38) Egeland B, Yates T, Appleyard K, van Dulmen M (2002) The Long-Term Consequences of Maltreatment in the Early Years: A Developmental Pathway Model to Anti-social Behavior. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice* 5 (4): 249-260
- (39) Euser EM, van Ijzendoorn MH, Prinzie P, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) Elevated child maltreatment rates in immigrant families and the role of socioeconomic differences. *Child Maltreat.* 16 (1): 63-73
- (40) Feldmann, R The Fetal Alcohol Syndrome Questionnaire FASQ. Online im Internet: URL: <http://www.fasq.eu/deutsch.html> [Abrufdatum: 11.09.2012]
- (41) Feldmann R (2006) Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen mit Fetalem Alkoholsyndrom. In: Bergmann R, Spohr H, Dudenhausen J (Hrsg) *Alkohol in der Schwangerschaft - Häufigkeit und Folgen.* Urban und Vogel, München, S. 93-101
- (42) Feldmann R, Löser H, Weglage J (2007) Fetales Alkoholsyndrom (FAS). *Monatschr.Kinderheilkd.* 155 (9): 853-865
- (43) Feldmann R (2012) Das Fetale Alkoholsyndrom. *Frauenarzt* 53 (4): 366-374
- (44) Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. (2011) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3: 202-210
- (45) Fluke JD, Shusterman GR, Hollinshead DM, Yuan YY (2008) Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization: multistate analysis of associated factors. *Child Maltreat.* 13 (1): 76-88
- (46) Frank R (2008) Misshandlung, Ablehnung und Vernachlässigung. In: Esser G (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.*, 3. Aufl., S. 474-483
- (47) Frank R (1997) Child abuse and neglect. *Epidemiology and diagnosis.* *Kinderkrankenschwester* 16 (5): 185-188
- (48) Freunschit I, Feldmann R (2011) Young adults with Fetal Alcohol Syndrome (FAS): social, emotional and occupational development. *Klin.Padiatr.* 223 (1): 33-37
- (49) Gärtner B, Freyer-Adam J, Meyer C (2012) Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg) Jahrbuch Sucht 2013.* Pabst, Lengerich, S. 38-63

- (50) Gemeinsamer Bundesausschuss (2007) Screening auf Kindesmissbrauch/ Kindesvernachlässigung/ Kindesmissbrauch. Online im Internet: URL: <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-423/2007-08-08-Abschluss-Kindesmissbehandlung.pdf>? [Abrufdatum: 07.07.2013]
- (51) Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373 (9657): 68-81
- (52) Gille G (2013) Der Kinderwunsch junger Mädchen - ein wichtiges Thema in der ärztlichen Aufklärung. In: Feldmann R, Michalkowski G, Lepke K (Hrsg) Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD). Schulz-Kirschner Verlag, Idstein, 1. Aufl., S. 194-199
- (53) Goodman R, Scott S, Rothenberger A [Hrsg] (2007) Kinderpsychiatrie kompakt. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2. Aufl.
- (54) Goodwin RD, Stein MB (2004) Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol.Med.* 34 (3): 509-520
- (55) Handmaker NS, Rayburn WF, Meng C, Bell JB, Rayburn BB, Rappaport VJ (2006) Impact of alcohol exposure after pregnancy recognition on ultrasonographic fetal growth measures. *Alcohol.Clin.Exp.Res.* 30 (5): 892-898
- (56) Hanson JW, Streissguth AP, Smith DW (1978) The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis. *J.Pediatr.* 92 (3): 457-460
- (57) Häuser W, Schmutzer G, Braehler E, Glaesmer H (2011) Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch.Arztebl Int.* 108 (17): 287-294
- (58) Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R (2002) Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child Abuse Negl.* 26 (6-7): 645-659
- (59) Henry J, Sloane M, Black-Pond C (2007) Neurobiology and Neurodevelopmental Impact of Childhood Traumatic Stress and Prenatal Alcohol Exposure. *Language, Speech & Hearing Services in Schools* 38 (2): 99-108
- (60) Herrmann B, Navratil F (2005) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch. *Kinder- und Jugendarzt* 36 (3): 181-189
- (61) Herrmann B, Banaschak S, Dettmeyer R, Thyen U [Hrsg] (2010) Kindesmisshandlung. Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2. Aufl.

- (62) Hildyard KL, Wolfe DA Child Neglect: Developmental Issues and Outcomes. Child Abuse & Neglect: The International Journal: 679-95
- (63) Hildyard KL, Wolfe DA Child Neglect: Developmental Issues and Outcomes. Child Abuse & Neglect: The International Journal: 679-95
- (64) Hinzpeter EN, Renz S, Löser H (1992) Augenveränderungen bei Alkoholembryopathie. Klin Monatsbl Augenheilkd 200 (1): 33-38
- (65) Hommer ME (2006) Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Schullaufbahn und soziale Entwicklung; Untersuchungsergebnisse bei 135 Kindern [zugl. Dissertation]. Medizinische Fakultät der WWU Münster, Münster
- (66) Hüther,G (2002) Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Online im Internet: URL: <http://www.agsp.de/html/a34.html> [Abrufdatum: 01.06.2013]
- (67) Hyter YD, Way I (2007) Epilogue: understanding children who have been affected by maltreatment and prenatal alcohol exposure: future directions. Lang.Speech Hear.Serv.Sch. 38 (2): 157-159
- (68) Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B (2010) Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern - Diagnostik und Vorgehen. Dtsch Arztebl Int 107 (13): 231-40
- (69) Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Ager Jr. JW (1998) Relation of Maternal Age and Pattern of Pregnancy Drinking to Functionally Significant Cognitive Deficit in Infancy. Alcoholism 22 (2): 345-351
- (70) Jellinek EM (1960) The disease concept of alcoholism., New Haven
- (71) Jones KL, Smith DW (1973) Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet 302 (7836): 999-1001
- (72) Juretko K (2006) Das Muster kognitiver Funktionsstörungen bei Patienten mit fetalem Alkoholsyndrom und fetalen Alkoholeffekten. Schwerpunkt: Die Intelligenz [zugl. Dissertation]. Medizinische Fakultät der WWU Münster, Münster
- (73) Kairys SW, Johnson CF, Committee on Child Abuse and Neglect (2002) The psychological maltreatment of children--technical report. Pediatrics 109 (4): e68
- (74) Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The battered-child syndrome. JAMA 181: 17-24

- (75) Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D (1993) Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol.Bull.* 113 (1): 164-180
- (76) Kindler H (2006) Was ist über die Folgen von Vernachlässigung bei Kindern bekannt? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H (Hrsg) *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 24-1-24-10
- (77) Klug MG, Burd L, Martsolf JT, Ebertowski M (2003) Body mass index in fetal alcohol syndrome. *Neurotoxicol.Teratol.* 25 (6): 689-696
- (78) Kopera-Frye K, Streissguth AP (1995) Fötales Alkoholsyndrom - Klinische Implikationen, Auswirkungen auf die Entwicklung und Prävention. In: Seitz HK, Lieber CS, Simanowski UA (Hrsg) *Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden*. Johann Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, S. 517-540
- (79) Korittko A (2013) Wenn die Wunde verheilt ist, schmerzt die Narbe. In: Feldmann R, Michalkowski G, Lepke K (Hrsg) *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)*. Schulz-Kirschner Verlag, Idstein, 1. Aufl., S. 95-106
- (80) Kraus L, Pabst A, Piontek D, Müller S (2010) Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz von Alkoholkonsum, episodischem Rauschtrinken und problematischem Alkoholkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2009. Online im Internet: URL: <http://www.ift.de/index.php?id=408> [Abrufdatum: 18.10.2013]
- (81) Kultalahti TT, Rosner R (2008) Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindh Entwickl* 17 (4): 210-218
- (82) Kurtz PD, Gaudin JM, Howing PT, Wodarski JS (1993) The consequences of physical abuse and neglect on the school age child: Mediating factors. *Children and Youth Services Review* 15 (2): 85-104
- (83) Lampe A (2002) The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Z.Psychosom.Med.Psychother.* 48 (4): 370-380
- (84) Landesärztekammer Baden-Württemberg [Hrsg] (2001) *Gewalt gegen Kinder. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte.*, Stuttgart, 2. Aufl.
- (85) Landgraf M, Zahner L, Nickel P, Till H, Keller A, Geyer C, et al. (2010) Kindesmisshandlung; Soziodemografie, Ausmass und medizinische Versorgung -- Retrospektive Analyse von 59 Patienten/-innen. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 158 (2): 149

- (86) Landgraf MN, Nothacker M, Heinen F (2013) Diagnosis of fetal alcohol syndrome (FAS): German guideline version 2013. *Eur.J.Paediatr.Neurol.* 17 (5): 437-446
- (87) Landolt M (2012) *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Hogrefe, Göttingen, 2. Aufl.
- (88) Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S (2013) Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: a meta-analysis. *Pediatrics* 132 (4): e980-95
- (89) Lawrence R, Irvine P (2004) *Redefining Fatal Child Neglect*. Child Abuse Prevention No. 21. Australian Institute of Family Studies, Melbourne
- (90) Lemoine P, Harousseau H, Borteyru J, Menuet J (1968) Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées à propos de 127 cas. *Ouest Médical* 21: 476-482
- (91) Lieber CS (1984) Alcohol and the liver: 1984 update. *Hepatology* 4 (6): 1243-1260
- (92) Little RE, Streissguth AP (1981) Effects of alcohol on the fetus: impact and prevention. *Can.Med.Assoc.J.* 125 (2): 159-164
- (93) Löser H (1995) *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*. G. Fischer, Stuttgart
- (94) Löser H (1999) Alkohol in der Schwangerschaft - Konflikte bei Frauen und präventive Probleme. *Sucht* 45 (5): 331-338
- (95) Majewski F, Bierich JR, Loser H, Michaelis R, Leiber B, Bettecken F (1976) Clinical aspects of pathogenesis of alcohol embryopathy (author's transl). *MMW Munch.Med.Wochenschr.* 118 (50): 1635-1642
- (96) Mansel J, Albrecht G (2003) Die Ethnie des Täters als ein Prädiktor für das Anzeigeverhalten von Opfern und Zeugen. Die private Strafanzeige als Form der Konfliktregulierung. *Soziale Welt* 54 (3): 339-372
- (97) Meadow R (1977) Munchausen syndrome by proxy. The hinterland of child abuse. *Lancet* 2 (8033): 343-345
- (98) Milner JS, Wimberley RC (1979) An inventory for the identification of child abusers. *J.Clin.Psychol.* 35 (1): 95-100
- (99) Möller J, Feldmann R (2013) Fetales Alkoholsyndrom (FAS): Belastungen von Pflege- und Adoptiveltern mit einem an FAS erkrankten Kind. In: Feldmann R, Michalkowski G, Lepke K (Hrsg) *Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD)*. Schulz-Kirschner Verlag, Idstein, 1. Aufl., S. 149-174
- (100) Münder J, Mutke B, Schone R (2000) Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. *Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Votum, Münster

- (101) Nordhues P, Weischenberg M, Feldmann R (2013) Das fetale Alkoholsyndrom: Eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern. In: Feldmann R, Michalkowski G, Lepke K (Hrsg) Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD). Schulz-Kirschner Verlag, Idstein, 1. Aufl., S. 18-34
- (102) Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 9 (11): e1001349
- (103) Oppenheim H (1889) Die traumatischen Neurosen.
- (104) Pankratz L (2006) Persistent problems with the Munchausen syndrome by proxy label. J.Am.Acad.Psychiatry Law 34 (1): 90-95
- (105) Pfeiffer C, Wetzels P, Enzmann D (1999) Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen. Kriminologisches Forschungsinst. Niedersachsen, Hannover, Hannover, Bd. 48 S. : graph. Darst.
- (106) Pfänder M, Feldmann R (2011) Das Fetale Alkoholsyndrom: Persistierende prä- und postnatale Entwicklungsdefizite. Praktische Pädiatrie (17): 232-239
- (107) Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE, Aguel F, Deemer E, Moreland M, et al. (2005) Femur fractures resulting from stair falls among children: an injury plausibility model. Pediatrics 115 (6): 1712-1722
- (108) Pikkarainen P, Rähä N (1967) Development of Alcohol Dehydrogenase Activity in the Human Liver. Pediat . Res. I: 165-168
- (109) Rassow J (2012) Der Abbau von Ethanol. In: Rassow J, Hauser K, Netzker R (Hrsg) Duale Reihe Biochemie. Thieme, Stuttgart, 3. Aufl., S. 131-133
- (110) Remschmidt H (2011) The emotional and neurological consequences of abuse. Dtsch.Arztebl Int. 108 (17): 285-286
- (111) Rosenberg DA (1987) Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. Child Abuse Negl. 11 (4): 547-563
- (112) Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA (1995) Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry 34 (2): 191-200
- (113) Scheffner HK (2011) Evaluierung der „Checkliste zur Diagnose von FAS“: eine explorative Datenanalyse der teststatistischen Güte und Differenzierungsfähigkeit des Kurzfragebogens [zugl. Dissertation]. Medizinische Fakultät der WWU Münster, Münster

- (114) Schmidt H, Fietzek M, Feldmann R, Holodynski M (2013) FAS-Erste-Hilfe-Koffer. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein, 1. Aufl.
- (115) Schone R, Gintzel U, Jordan E, Kalscheuer M, Münder J (1997) Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Votum, Münster
- (116) Schultz D, Tharp-Taylor S, Haviland A, Jaycox L (2009) The relationship between protective factors and outcomes for children investigated for maltreatment. *Child Abuse Neglect* 33 (10): 684-698
- (117) Skuse D, Albanese A, Stanhope R, Gilmour J, Voss L (1996) A new stress-related syndrome of growth failure and hyperphagia in children, associated with reversibility of growth-hormone insufficiency. *Lancet* 348 (9024): 353-358
- (118) Sonnenmoser M (2008) Posttraumatische Belastungsstörung: Ausmaß bei Kindern unterschätzt. *Dtsch Arztebl* (September): 413
- (119) Sorantin E, Lindbichler F (2002) Nontraumatic injury (battered child). *Radiologe* 42 (3): 210-216
- (120) Sperry DM, Widom CS (2013) Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child Abuse Negl.*
- (121) Spohr H (2013) 40 Jahre FASD in Deutschland. In: Feldmann R, Michalkowski G, Lepke K (Hrsg) *Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD)*. Schulz-Kirschner Verlag, Idstein, 1. Aufl., S. 15-17
- (122) Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC (1993) Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *Lancet* 341 (8850): 907-910
- (123) Staudt M (2001) Psychopathology, Peer Relations, and School Functioning of Maltreated Children: A Literature Review. *Social work in education* 23 (2): 85-100
- (124) Steinhausen H, Spohr H (2008) Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen - Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt* 10 (41): 693-698
- (125) Steinhausen H (2010) Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. In: Steinhausen H (Hrsg) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Urban & Fischer Verlag, München, 7. Aufl., S. 369-375
- (126) Steinhausen H (2010) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Urban & Fischer Verlag, München, 7. Aufl.
- (127) Straßburg HM (2009) Beeinträchtigungen des Kindeswohls - Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und -missbrauch. In: Bode H, Straßburg HM, Hollmann H (Hrsg) *Sozialpädiatrie in der Praxis*. Urban & Fischer Verlag, München, 1. Aufl., S. 296-308

(128) Streissguth AP [Hrsg] (1997) Fetal alcohol syndrome. A guide for families and communities. Brookes, Baltimore

(129) Streissguth A, Barr H, Kogan J, Bookstein F (1996) Understanding the occurrence of secondary disabilities in clients with fetal alcohol syndrome (FAS) and fetal alcohol effects (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). University of Washington, Fetal Alcohol and Drug Unit, Seattle

(130) Streissguth AP, LaDue RA (1987) Fetal alcohol. Teratogenic causes of developmental disabilities. Monogr.Am.Assoc.Ment.Defic. (8) (8): 1-32

(131) Streissguth AP, Aase JM, Clarren SK, Randels SP, LaDue RA, Smith DF (1991) Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. JAMA 265 (15): 1961-1967

(132) Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, Sampson PD, O'Malley K, Young JK (2004) Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. J.Dev.Behav.Pediatr. 25 (4): 228-238

(133) Sullivan PM, Knutson JF (2000) Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. 24 (10): 1257-1273

(134) Tardieu A (1860) Etude medico-legale sur les seices et mauvais traitements exercees sur des enfants. Annales d'hygiene publique et de medecine legale

(135) Terr LC (1991) Childhood traumas: an outline and overview. Am.J.Psychiatry 148 (1): 10-20

(136) The American Professional Society on the Abuse of Children [Hrsg] (1995) Guidelines for the Psychosocial Evaluation of Suspected Psychological Maltreatment in Children and Adolescent. APSAC, Chicago

(137) Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R (2005) Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. Pediatrics 115 (3): e331-7

(138) Tiedtke-Klasen S (2012) Augenveränderungen bei Kindern mit fetalem Alkohol-syndrom (FAS). [zugl. Dissertation]. Medizinische Fakultät der WWU Münster, Münster

(139) Trocme N, MacMillan H, Fallon B, De Marco R (2003) Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. CMAJ 169 (9): 911-915

(140) U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2012) Child Maltreatment 2011. Online im Internet: URL:

<http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment> [Abrufdatum: 18.04.2013]

(141) United States Department of Agriculture (2013) WIC at a Glance. Online im Internet: URL: <http://www.fns.usda.gov/wic/aboutwic/wicatagance.htm> [Abrufdatum: 15.04.2013]

(142) Unterstaller A (2006) Wie wirkt sich sexueller Missbrauch auf Kinder aus? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H (Hrsg) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München, S. 27-1-27-5

(143) Wechsler D (2009) Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence –Third Edition – Deutsche Version. Hg. von Franz Petermann. Pearson Assessment, Frankfurt am Main

(144) Welsch L, Ammann M, Feldmann R (2013) Möglichkeiten der FASD-Prävention in Schulen. In: Feldmann R, Michalkowski G, Lepke K (Hrsg) Perspektiven für Menschen mit Fetalem Alkoholspektrumstörungen (FASD). Schulz-Kirschner Verlag, Idstein, 1. Aufl., S. 200-217

(145) Wetzels P (1997) Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie in der BRD. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. Bd 59

(146) Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Nomos-Verlag, Baden-Baden, Bd. 8, 1. Aufl.

(147) Wu S, Ma C, Carter RL (2004) Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse Neglect* 28 (12): 1253-1264

## **Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt Dr. Reinhold Feldmann, der mir mit seiner freundlichen und kompetenten Art jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand.

Weiterhin bedanke ich mich bei Prof. Dr. Dr. Weglage und Prof. Dr. Roth, die mir diese Arbeit ermöglicht und mich im Hintergrund betreut haben.

Meinen Eltern Emi und Willi Iffland und meinem Ehemann Patrick Bröggelwirth danke ich für die jahrelange Begleitung und Unterstützung.

Ein weiteres Dankeschön gilt den Patientinnen und Patienten der FAS-Ambulanz sowie ihren Eltern und Betreuern, die an der Untersuchung teilgenommen haben.



## Anhang: FASQ

Liebe Eltern!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu dem Kind, das Sie uns vorstellen wollen:

Heutiges Datum: \_\_/\_\_/\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_/\_\_/\_\_ Geschlecht: \_\_ (w/m)

Das Kind ist aufgewachsen/lebt (Bitte jeweils ankreuzen und Zeitraum eintragen):

- |  | von           | bis        |
|--|---------------|------------|
| <input type="checkbox"/> Im Krankenhaus/ in der Klinik       | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> bei seinen beiden leiblichen Eltern | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> bei seiner leiblichen Mutter        | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> bei seinem leiblichen Vater         | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> in einer Bereitschaftspflegefamilie | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> in einer Pflegefamilie              | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> in einer Adoptivfamilie             | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> im Heim                             | __/__/__      | - __/__/__ |
| <input type="checkbox"/> in einer stationären Einrichtung    | __/__/__      | - __/__/__ |
|  | Welche: _____ |            |
| <input type="checkbox"/> bei sonstigen Erziehungspersonen    | __/__/__      | - __/__/__ |
|  | Welche: _____ |            |

(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte angeben)

Während das Kind bei seinem leiblichen Eltern / einem leiblichen Elternteil lebte, wurde es

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vernachlässigt                 | <input type="checkbox"/> Das Kind hat nie bei den leiblichen Eltern gelebt                           |
| <input type="checkbox"/> seelischer Gewalt ausgesetzt   | <input type="checkbox"/> Das Kind hat bei den leiblichen Eltern gelebt, jedoch keine Angaben möglich |
| <input type="checkbox"/> körperlicher Gewalt ausgesetzt |  |
| <input type="checkbox"/> sexueller Gewalt ausgesetzt    |  |

(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte angeben)

Aktueller Aufenthaltsort des Kindes (Wo lebt das Kind jetzt?): \_\_\_\_\_

Leibliche Geschwister:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 5. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |
| 2. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 6. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |
| 3. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 7. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |
| 4. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 8. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |

Im Haushalt leben außerdem (Geschwister, Pflegegeschwister):

- |   |   |
|---|---|
| 1. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 5. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |
| 2. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 6. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |
| 3. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 7. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |
| 4. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre | 8. Geschlecht: ___ (w/m) Alter: ___ Jahre |

Ist Ihr Kind schon/noch schulpflichtig?  ja  nein

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind (z.B. Grundschule, Realschule, Förderschule mit Schwerpunkt... etc.)?

---

Wurden bereits Diagnosen für das Kind gestellt?  ja  nein

Nr.	Diagnose:	Durch wen /welche Einrichtung?	Wann gestellt?
1			--/ /--
2			--/ /--
3			--/ /--
4			--/ /--
5			--/ /--

Gab es bereits eine therapeutische Behandlung?  ja  nein

Nr.	Behandlungsform (z.B. Dyskalkulietraining, Ergo-therapie, Logotherapie, Familientherapie, psychol. oder psychiatrische Behandlung)	Durch wen /welche Einrichtung?	Dauer der Behandlung (von – bis)
1			--/ /-- - --/ /--
2			--/ /-- - --/ /--
3			--/ /-- - --/ /--
4			--/ /-- - --/ /--
5			--/ /-- - --/ /--

Mit welchem Erfolg? (Bitte ankreuzen!)

- |                              |                          |   |   |   |   |   |
|------------------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|
| Besserung...                 | bei Behandlungsform Nr.: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| keine Änderung...            | bei Behandlungsform Nr.: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verschlechterung...          | bei Behandlungsform Nr.: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Behandlung dauert noch an... | bei Behandlungsform Nr.: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anderes, nämlich:            | bei Behandlungsform Nr.: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Gibt es beim Kind Veränderungen der Augen? Wenn ja, welche?

- es schielt
- es trägt eine Brille
- anderes, nämlich: \_\_\_\_\_

Hat das Kind Schwierigkeiten,  
einzuschlafen?  
durchzuschlafen?  
braucht wenig Schlaf  
tagsüber müde

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Andere Schlafproblem, nämlich

Wie reagieren Sie auf die Schlafprobleme?

Im Folgenden finden Sie eine Liste mit Verhaltensweisen und Eigenschaften. Bitte beurteilen Sie für jede Aussage, wie sehr sie auf Ihr Kind zutrifft.

Trifft die Aussage gar nicht zu, kreuzen Sie bitte die 0 an. Trifft die Aussage manchmal oder etwas zu, kreuzen Sie bitte die 1 an. Wenn die Aussage häufig zutrifft, kreuzen Sie bitte die 2 an und wenn die Aussage voll zutrifft, kreuzen Sie bitte die 3 an.

Bitte lassen Sie sich Zeit bei der Bewertung und überlegen Sie genau, wie sehr die Aussage auf Ihr Kind zutrifft!

<b>0= trifft gar nicht zu</b>	<b>1= trifft manchmal zu</b>	<b>2= trifft häufig zu</b>	<b>3= trifft voll zu</b>
-------------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------------

- |   |         |
|---|---------|
| Im Straßenverkehr ist das Kind achtlos.                     | 0 1 2 3 |
| Das Kind verliert schnell das Interesse an einer Aktivität. | 0 1 2 3 |
| Es kann sein Handeln nicht begründen.                       | 0 1 2 3 |
| Das Kind kann Risiken nicht abschätzen.                     | 0 1 2 3 |
| Das Kind wiederholt mehrfach Dinge, die andere sagen.       | 0 1 2 3 |
| Das Kind kann nicht erklären, warum es etwas gemacht hat.   | 0 1 2 3 |

Das Kind ist arglos gegenüber anderen, es kann fremde Absichten nicht verstehen.	0 1 2 3
Das Kind lügt häufig oder erfindet Ausreden.	0 1 2 3
Das Kind versteht die Konsequenzen seines Handelns nicht.	0 1 2 3
Wenn das Kind etwas falsches getan hat, fühlt es sich nicht schuldig.	0 1 2 3
Das Kind beschädigt Dinge.	0 1 2 3
Das Kind hat kein Verständnis für den Wert von Geld.	0 1 2 3
Das Kind verliert häufig Dinge, z.B. seine Schulsachen.	0 1 2 3
Das Kind ist schmerzunempfindlich.	0 1 2 3
Das Kind lernt nur langsam.	0 1 2 3
Das Kind hält neue Bekanntschaften wahllos für „nett“ oder den „besten Freund“.	0 1 2 3
Regeln kann das Kind nicht einhalten.	0 1 2 3
Das Kind stiehlt Dinge, und zwar aus dem Elternhaus.	0 1 2 3
Lerninhalte vergisst das Kind schnell wieder.	0 1 2 3
Das Spiel des Kindes ist wenig phantasievoll.	0 1 2 3
Pädagogische Maßnahmen, wie Lob oder Bestrafung, fördern das Kind nicht.	0 1 2 3
Das Kind wechselt schnell von einer Aktivität zur anderen, ohne die Aktivität zu beenden.	0 1 2 3
Die Tagesstruktur muss dem Kind von außen gegeben werden.	0 1 2 3
Das Kind kann sich nicht für längere Zeit alleine beschäftigen.	0 1 2 3
Das Kind lernt nicht aus seinen Fehlern, es lernt nicht aus Erfahrungen.	0 1 2 3
Das Kind kann „mein“ und „dein“ nicht unterscheiden.	0 1 2 3
Das Kind ist reizoffen und leicht ablenkbar.	0 1 2 3
Das Kind spielt gerne mit Feuer oder hat schon Feuer gelegt.	0 1 2 3
Das Kind geht mit jedem mit.	0 1 2 3
Das Kind spielt Eltern oder andere Menschen gegeneinander aus.	0 1 2 3
Das Kind hat nur wenige Spielideen.	0 1 2 3
Das Kind hat kein Verständnis für das Konzept von Zeit.	0 1 2 3
Das Kind benötigt eine permanente Betreuung und Kontrolle.	0 1 2 3
Das Kind kann sich nicht temperaturgemäß kleiden.	0 1 2 3
Das Kind spielt wenig mit Spielzeug.	0 1 2 3
Das Kind hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren.	0 1 2 3
Das Kind zerstört Gegenstände.	0 1 2 3
Das Kind streitet sich häufig mit anderen Kindern.	0 1 2 3