

ADHS, FASD - oder MbPS??

Drei medizinische Fachbegriffe in Abkürzungen, die bei Pflegekindern und Pflegefamilien eine immer größere Rolle spielen, erhebliche Probleme kennzeichnen und Pflegeeltern an den Rand ihrer Möglichkeiten bringen können.

Was bedeuten diese, und was haben sie miteinander zu tun?

ADHS ist die geläufige Abkürzung für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom und wird vielen Pflegeeltern im Zusammenhang mit auffälligen Verhaltensweisen ihrer Pflegekinder geläufig sein.

FASD ist die Bezeichnung für die Fetale Alkoholspektrumsstörung, auch als fetales Alkoholsyndrom Alkoholembryopathie bezeichnet und beschreibt die schwerwiegenden Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft für die Kinder.

MbPS bezeichnet abgekürzt das so genannte Münchhausen-by-Proxy-Syndrom, auch: Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom.

Mit diesem Begriff werden psychisch-krankhafte Verhaltensweisen erfasst, bei denen Eltern bei ihrem Kind Krankheitssymptome erzeugen, mit denen sie es beim Arzt vorstellen, obwohl das Kind nicht krank ist.

Diese **extrem seltene Form einer psychischen Erkrankung** (in Deutschland bei 87 Millionen Einwohnern nur etwa 30 (!) seriös diagnostizierte Fälle) wird in letzter Zeit immer öfter von einigen Jugendämtern bezüglich der Pflegeeltern behauptet, insbesondere nach einer Diagnostik des FASD bei dem Pflegekind und den daraus resultierenden Anträgen von Pflegeeltern auf geeignete Hilfen für das Pflegekind.

In dem nachfolgenden Beitrag werden konkrete Erfahrungen aus mehreren Fällen in der anwaltlichen Praxis - selbstverständlich im Hinblick auf die anwaltliche Schweigepflicht anonymisiert - zusammengefasst.

Die Vorgänge erscheinen einerseits unglaublich und hätten als »Absonderlichkeiten im Einzelfall« kaum einen Anlass geboten, darüber zu schrei-

ben, wenn sie lediglich in einem einzigen Fall aufgetreten wären. Tatsächlich handelt es sich aber um mehrere Fälle, in denen die Systematik des Vorgehens und die Argumentation nach dem gleichen Muster abgelaufen sind. Wenn durch ein einziges Stadtteil-Jugendamt einer norddeutschen Großstadt gleich 4 - 6 (!) Fälle von MbPS bei Pflegeeltern »diagnostiziert« werden und ähnliche Vorgänge auch aus anderen Regionen bekannt werden, so sollte dies zu denken geben.

I. ADHS

Pflegekinder sind im Regelfall geschädigte Kinder, die in der Herkunftsfamilie und/oder durch die Herkunftsfamilie gravierende Schädigungen erlitten haben und die deshalb dort nicht aufwachsen können.

Pflegekinder leiden als Folge ihrer Schädigungen auch unter verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten.

Eine der Standarddiagnosen ist das **ADHS**, das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom. Dies ist eine bereits im Kindesalter beginnende psychische Störung, die sich durch Probleme mit der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität auszeichnet. Etwa drei bis zehn Prozent aller Kinder zeigen Symptome im Sinne einer ADHS. Die Symptome können mit unterschiedlicher Ausprägung bis in das Erwachsenenalter hinein fortbestehen. (Wikipedia). Biologische und konstitutionelle Faktoren seien für die Entstehung verantwortlich (Pschyrembel, medizinisches Wörterbuch).

Allerdings ist dies eine nur sehr unspezifische Beschreibung von Verhaltensweisen, ohne dass damit die Ursachen dieser Auffälligkeiten konkret benannt werden.

II. FASD

In den letzten Jahren setzt sich dank fortschreitender Diagnostik immer mehr die Erkenntnis durch, dass viele der Pflegekinder unter der Fetalen Alkoholspektrumsstörung (**FASD**) - zunächst sehr häufig unerkannt - zu leiden haben. Die bei

diesem Pflegekindern zuvor festgestellten und als ADHS bezeichneten Auffälligkeiten sind oft auf das fetale Alkoholsyndrom, also den Alkoholmißbrauch während der Schwangerschaft zurückzuführen und stellen lediglich eine Form der Schädigung neben zahlreichen anderen dar.

1. Wissenschaftliche Untersuchungen haben weltweit zu dem Ergebnis geführt, dass selbst geringste Mengen von Alkohol in der Schwangerschaft zu erheblichen, insbesondere nicht reparablen Schäden des ungeborenen Kindes führen können.

Dies ist eigentlich nicht überraschend, denn es ist schon lange bekannt, dass Alkohol nicht nur in der Lage ist, die Hirnschranke, sondern auch die den Embryo schützende Placenta-Schranke zu durchbrechen und so erhebliche Schäden verschiedenster Art bei dem ungeborenen Kind anzurichten.

Wenig beachtet wurde jedoch bisher die Tatsache, dass dafür bereits geringste Mengen Alkohol während der Schwangerschaft ausreichen und dass die lebenslangen außerordentlich gravierenden Folgen für die Kinder nicht umkehrbar, sondern allenfalls abzumildern sind.

2. Die Art der Schädigung ist unterschiedlich. Sie richtet sich einerseits nach der Menge des getrunkenen Alkohols und andererseits nach dem Zeitpunkt des Alkoholkonsums.

Da die embryonale Entwicklung in den verschiedenen Funktionen des Körpers und des Gehirns zu bestimmten Zeiten der Schwangerschaft abläuft, sind medizinische Wissenschaftler heute in der Lage, anhand der Schädigung eines Kindes festzustellen, wann in der Schwangerschaft die Kindesmutter Alkohol getrunken hat.

Leider ist das Ausmaß der Schädigungen von Kindern in der embryonalen Phase durch mütterlichen Alkoholkonsum erst in den letzten Jahren in den Blickwinkel des öffentlichen und wissenschaftlichen Interesses geraten.

Internationale Forschungen haben übereinstimmend ergeben, dass die durch den Alkoholkonsum der schwangeren Mütter entstehenden schwerwiegenden Schädigungen der Kinder unumkehrbar sind und allenfalls die Auswirkungen dieser Schädigung therapeutisch teilweise abgemildert werden können.

3. Welches Ausmaß die Problematik des FASD angenommen hat, ergibt sich aus einer Ausgabe des »Deutsches Ärzteblatt« vom Oktober 2011 mit einem sehr aufschlussreichen Beitrag zum Thema »Fetale Alkoholspektrumsstörung«:

»Sie ist die häufigste angeborene Behinderung in unserem Staat. Dennoch ist Deutschland bei der Diagnostik von FASD international Schlusslicht.

...

Schätzungen reichen von 3.000-10.000 behinderten Babys (in Deutschland pro Jahr, d.U.).«

Zahlreiche dieser Kinder werden nachfolgend zu Pflegekindern, da die oft alkoholabhängigen Eltern sich als nicht erziehungsfähig erweisen.

4. Diese Art der Schädigung wird auch als **Alkoholembryopathie** bezeichnet (»durch Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft hervorgerufene pränatale Erkrankung des Fötus, Pschyrembel).

Als Symptome werden benannt: Wachstumsretardierung vor und nach der Geburt, Microcephalie (Verkleinerung der Hirnregionen), Gesicht- und Schädelfehlbildung, motorische und geistige Retardierung, Herzfehler, Fehlbildung an Skelett, Genitalien und inneren Organen (Pschyrembel).

Die Hirn-Schädigungen des Embryos durch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft äußern sich durch erhebliche Einschränkungen im sprach-

lichen, rechnerischen und anderen Bereichen, wie etwa in der Konzentrationsfähigkeit, der verringerten Frustrationstoleranz u.a..

Eine wesentliche und zugleich problematische Konsequenz dieser Erkrankung ist das Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms mit Hyperkinese (ADHS), welches sich durch mangelnde Konzentrationsfähigkeit, leichte Ablenkbarkeit und insbesondere zum Teil unkontrollierbare, erhebliche Wutausbrüche, sowohl im schulischen als auch im häuslichen Kontext, verbunden mit Fremdgefährdung und Eigengefährdung ausgezeichnet. Letzteres wird bezeichnet als eine Impulskontrollstörung.

In bestimmten schwierigen Situationen hat das Kind andere Reaktionsmöglichkeiten nicht zur Verfügung. Naturgemäß leidet nicht nur es selbst darunter, sondern auch seine gesamte soziale Umgebung, Schule, Freunde, Pflegeeltern.

5. In der Außenwirkung kann es leicht zu Fehleinschätzungen kommen:

Die durch FASD geschädigten Kinder entwickeln teilweise die Fähigkeit, die Begrenzung ihrer Fähigkeiten zu vertuschen. Sie lernen, sich bei kurzen und oberflächlichen Begegnungen so zu verhalten, dass dem Gegenüber die Schädigung nicht oder kaum auffällt. Bei einem länger andauernden und intensiveren Kontakt kann allerdings diese Fassade nicht aufrechterhalten werden, sondern es offenbart sich dann die Begrenztheit der Fähigkeiten.

In einem medizinischen Fachbeitrag des **Sozialpädiatrisches Zentrum Münster, FAS-Ambulanz**

heißt es:

»FAS-Kinder sind sehr unterschiedlich, keines ist wie das andere. Manchen Kindern sieht man die Alkoholschädigung buchstäblich ins Gesicht geschrieben, andere Kinder sehen »ganz normal« aus, zeigen aber die selben Verhaltensauffälligkeiten.«

...

»FAS wird oft als »unsichtbare Behinderung« bezeichnet. Dies liegt daran, dass man den Kindern die Erkrankung nicht immer ansieht oder sofort anmerkt. Viele von ihnen sind wortgewandt, sehr hilfsbereit, freundlich und lieb. Dies kann die großen Probleme, die sie durch Ihre Gehirnschädigung haben, kaschieren.«

Bei einem etwa so zu beschreibenden Kind haben die Gutachter folgende Feststellungen getroffen:

In Untersuchungsberichten derartig geschädigter Kinder wird unter anderem darauf hingewiesen, dass der Patient »seine Gefühle nur schwer kontrollieren« kann und weitere Probleme hat:

»Alltägliche Frustrationen werden nicht toleriert und führen häufig zu Aggressionen oder tiefer Verzweiflung. Pat. benötigt daher weiterhin sehr klare Strukturen und einfache Verhaltensanweisungen. Eine vorgegebene Alltagsstruktur mit festen, gleich bleibenden Strukturen. Gleiche Tagesabläufe, gleiche Rituale, natürlich auch »gleiche« Bezugspersonen geben ihr Zuversicht in einer für sie unüberschaubaren Welt.«

Die allgemeinen Konsequenzen und notwendigen Maßnahmen ergeben sich aus Gutachten, welche auch die gesellschaftlichen und rechtlichen Konsequenzen im Rahmen der Diagnose des FAS beschreiben und feststellen, dass

„der Patient auf Grund seiner klinischen Symptome nach § 53 Abs. 2 SGB XII in Verbindung mit § 2 Abs. 1 SGB IX mit großer Wahrscheinlichkeit und nach den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen durch die teratogen wirksame Noxe Alkohol von einer lebenslangen körperlichen und geistig-emotionalen Behinderung betroffen ist und er für seinen zukünftigen Lebensweg besonderer Hilfe sowie für seine psychomotorische

Entwicklung weitergehender staatlicher Fürsorge auch über das 18. Lebensjahr hinaus bedarf.“

Zudem heißt es in dem Gutachten:

„Der Patient bedarf außerdem für seinen zukünftigen Lebensweg auch weiterer staatlicher Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben im Sinne des § 33 SGB IX, insbesondere durch Einrichtungen der beruflichen Integration gemäß § 35 SGB IX. Da es sich bei X um eine lebenslange körperliche und kognitive Schädigung handelt, sollte durch eine beschützende, begleitende Umgebung die weitere schulische und berufliche Ausbildung unterstützt und zukünftig eine betreute Ausbildung angestrebt werden.“

In einem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit des Kindes gemäß SGB XI heißt es.

»..... Gefahrenbewußtsein ist nicht adäquat vorhanden, Verkehrsregeln sind nicht sicher bekannt, eine Orientierung in der Wohnung und in der näheren Wohnungsumgebung ist möglich, unberechenbare Aktionen, ausgeprägtes aggressives und autoaggressives Verhalten (auch gegen die Pflegeeltern), eingeschränktes Konzentrationsvermögen, erniedrigte Frustrationstoleranz, ausgeprägte Ängste, Stimmungslabilität, wechselhaftes Schmerzempfinden...; erlernte Dinge, vergisst sie aber immer wieder; die Uhrzeit kann sie nicht ablesen; mit Geld kann sie nichts anfangen...

3.4 Pflegebegründende Diagnosen

ICD:

Q 86.0 Alkoholembryopathie

F 88 Allgemeine Entwicklungsverzögerung mit Verhaltensproblemen

weitere Diagnosen: Nächtliche Inkontinenz

Geistige Behinderung: Ja

...

Alltagskompetenz... in erhöhtem Maße eingeschränkt: Ja

...

Empfohlene Pflegestufe: Stufe II«

Wer diese Thematik vertiefen möchte, kann sich an die sehr aktive FAS-World-Organisation wenden; siehe auch *paten Heft 4/2010* mit folgenden Beiträgen: Müller-Fehling, »FASD und Behinderung in der Jugendhilfe; Hoff-Emden, »Fetale Alkoholspektrumsstörungen - "Leidpfade" bis zur Akzeptanz«; Pfinder, Feldmann, »Langzeit Effekte der vorgeburtlichen Alkoholexposition des Kindes«)

6. Die medizinischen Wissenschaften haben sich in der Zwischenzeit unter Beteiligung von deutschen Wissenschaftlern (Charité in Berlin, Universitätsklinik in Münster) auf ein so genanntes 4-Digit- System zur Erfassung der bei den Kindern aufgetretenen Schäden geeinigt. Nicht bei allen Kindern, auch wenn sie ansonsten durch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft schwer geschädigt worden sind, sieht man den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft an der besonderen Physiognomie, also der Gesichtsform an.

Leider gibt es in der Bundesrepublik bisher offenbar nur die beiden genannten Zentren, die auf seriöse Weise in der Lage sind, die erforderliche Diagnostik zur Erkennung dieser Schädigung durchzuführen.

Auch dort ist jedoch die Erkennung nicht immer leicht, insbesondere dann, wenn nicht nur Alkohol, sondern darüber hinaus auch Drogen verschiedener Art während der Schwangerschaft eingenommen worden sind, die zusätzliche Schädigungen des Embryos hervorrufen. Man spricht dann von einem »Poly-Drug-Syndrom«.

III. Zusammenhang zwischen FASD und MbPS

1. Erstaunlicherweise wird insbesondere von einer leider nicht kleinen Zahl von Jugendämtern die Existenz dieser Art von Schädigung (Fetale Alkoholspektrumsstörung) zum Teil generell, zum Teil im Einzelfall nachhaltig geleugnet.

Teilweise ist wiederholt von Jugendämtern behauptet worden, ein fetales Alkoholsyndrom gäbe es gar nicht, es sei »eine Erfindung«. Dies ist angesichts der wissenschaftlichen Erkenntnisse und ihrer Verbreitung in der Öffentlichkeit in den letzten Jahren erstaunlich, und über die Motive lässt sich nur spekulieren.

2. Denn das fetale Alkoholsyndrom war bereits Schwerpunktthema bei der drei-tägigen Jahrestagung der Landesjugendämter (Zentrale Adoptionsstellen) im September 2011, worüber die Landesjugendämter in ihren Publikationen berichtet haben, die allen Jugendämtern zugehen; exemplarisch das Info-Blatt des Landesjugendamts Rheinland-Pfalz vom Oktober 2011, wo unter anderem auf folgendes hingewiesen wird:

»FAS ist laut WHO die häufigste geistige Behinderung, die nicht genetisch bedingt ist. FAS kann zu körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklungsschäden führen. Die Schäden sind nicht heilbar, das Kind bleibt beeinträchtigt. Äußerlich sichtbare Folgen einer fetalen Alkohol-Schädigung können z.B. Wachstumsstörungen, Untergewicht, geringe Körpergröße, Unterentwicklung der Muskulatur und besondere Merkmale im Gesicht des erkrankten Kindes sein.

Neben den äußerlichen Merkmalen weisen die Kinder Verhaltensstörungen auf, die auf Gehirnschädigungen zurückzuführen sind, sie können hyperaktiv, unaufmerksam, impulsiv sein, haben Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsschwächen und verfügen häufig über eine geringere Intelligenz als gleichaltrige Kinder im Durchschnitt. Um im Alltag zu Recht zukommen, benötigen

die Kinder klare Strukturen, Rituale und Routine in der Umgebung und Familie....«

Dieser zutreffenden Einschätzung ist hinzuzufügen, dass es sich zugleich um die überflüssigste und am leichtesten zu vermeidende vorgeburtliche Schädigung von Kindern handelt.

3. Forschungen und internationale Publikationen zu der Thematik FAS gab es bereits seit über 20 Jahren, wurden jedoch zum Teil ignoriert, zum Teil negiert, von der Alkoholproduzenten-Lobby sogar attackiert. (So wurde in Deutschland nicht nur durchgesetzt, dass der z.B. in Frankreich übliche Hinweis auf Weinflaschen, dass der Genuss von Alkohol während der Schwangerschaft für Embryos schädlich sein kann, in Deutschland nicht eingeführt wird, sondern darüber hinaus bei aus Frankreich nach Deutschland importierten Weinflaschen dieser Hinweis entfernt werden muss!)

Nachdem verschiedene internationale Studien zu übereinstimmenden Ergebnissen und insbesondere amerikanische Studien auch zu gesellschaftlichen Folgekosten im siebenstelligen Bereich pro geschädigtem Kind über die Dauer von dessen Leben nachgewiesen haben, hat sich die Sichtweise auf Seiten der Bundesregierung erheblich verändert, die über ihre Drogenbeauftragten Aufklärungsarbeit betreibt und zur Diagnostik auf die beiden Zentren in Berlin und Münster verweist.

Spätestens seit der Veröffentlichung der Tagungsergebnisse der Landesjugendämter ist es grotesk, wenn die früheren negierenden Behauptungen von einzelnen Jugendämtern immer noch aufrechterhalten werden.

4. Leider erhalten Pflegeeltern selten die Geburtsberichte der Pflegekinder durch die Jugendämter ausgehändigt, in denen sich nicht selten Hinweise darauf befinden, dass das Kind mit einem Alkoholentzug (nicht selten auch Drogenentzug oder beides) geboren wurde und ihm entsprechende Substanzen zur Milderung des Entzugs verabreicht werden mussten.

Viele Pflegeeltern leben ohne Kenntnis über solche Ursachen mit auf diese Weise geschädigten Pflegekindern und haben häufig große Probleme mit Verhaltensweisen der Pflegekinder, die sie nicht erklären und gleichzeitig nicht ändern können. Diese fehlenden Veränderungen werden ihnen von einzelnen Jugendämtern als »Unfähigkeit oder Ungeeignetheit« angelastet, wenn es darüber zum Konflikt kommt.

5. Dem Verfasser sind in seiner beruflichen Tätigkeit mehrere Fälle bekannt geworden, bei denen es um FAS-geschädigte Kinder geht und bei denen Jugendämter nach gleicher Methode und Systematik vorgehen: Die Diagnose des FASD wird geleugnet. Die notwendigen Hilfen für die entsprechenden Behandlungen und Maßnahmen werden den betroffenen Kindern verweigert. Regelmäßig gibt es Versuche, die Pflegefamilien zu diskreditieren, sie daran zu hindern, geeignete Hilfen für die Kinder einzufordern, die Pflegefamilien zu zermürben, in dem ihnen von Seiten des Jugendamts unendliche Probleme bereitet werden, so dass sie gezwungen sind, immer wieder anwaltliche und gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Schließlich wird ihnen das »Münchhausen-Stellvertreter Syndrom« (MbPS) vorgeworfen.

Derartige Vorgänge bezogen auf das Jugendamt Hamburg sind in der Vergangenheit bereits in der Fachpresse kritisch dargestellt worden (z. B. Paten 4/2010, Rosenke, »FASD darf es nicht geben - oder - wie Jugendämter daraus das "Münchhausen by Proxy Syndrom" zaubern«; Herrmann, »Vorsicht Pflegeeltern - in Hamburg ist das Münchhausen-by-Proxy-Virus ausgebrochen - sollten wir Quarantäne ausrufen?«) .

6. Immerhin handelt es sich bei der Leugnung oder Verneinung der Diagnose des FASD bei dem Kind und ebenso bei der Behauptung der psychischen Erkrankung eines MbPS bei den Pflegeeltern um eine medizinische Diagnose, die zu stellen ausschließlich Ärzten vorbehalten ist.

Als sich einer der das FASD bei einem Kind diagnostizierenden Ärzte schrift-

lich bei der Behördenleitung über eine solche Anmaßung von Jugendamtsmitarbeitern beschwerte, sah sich die Behördenleitung veranlasst, sich für ihre Mitarbeiter zu entschuldigen, und es wurde dem Arzt erklärt, es werde den Mitarbeitern des Jugendamts seitens der Behördenleitung

»im Rahmen der fachlichen Beratung nahe gelegt, zukünftig nicht den Eindruck entstehen zu lassen, sie würden medizinisch diagnostisch tätig werden. Aus demselben Grund werden die in Ihrer Spezialambulanz an der ...Kinderklinik .. .gestellten Diagnosen fachlich nicht bezweifelt.«

Zu beidem - Verneinung der Diagnose des FAS und Unterstellung des MbP-Syndroms gegenüber den Pflegeeltern - fehlt den Mitarbeitern des Jugendamts eindeutig jegliche Kompetenz und Qualifikation.

Im übrigen ist diese Einschätzung durch die Jugendämter falsch, was fatale Folgen hat.

7. Insbesondere bei verschiedenen Pflegeeltern, die sich auf kenntnisreiche und engagierte Art und Weise für das Wohl der Pflegekinder einsetzen und dadurch für das Jugendamt »unbequem« sind, werden ärztliche Diagnosen der im Regelfall bei Übernahme in das Pflegeverhältnis bereits schwerer oder schwerst geschädigten Kinder (dies ist der Regelfall der Notwendigkeit der Unterbringung der Kinder außerhalb der Herkunftsfamilien) bezweifelt und den Pflegeeltern ein »Münchhausen-by-Proxy-Syndrom« oder »Münchhausen-Stellvertretersyndrom« unterstellt.

Bei dieser von den Jugendamtsmitarbeitern gestellten »Diagnose« des Münchhausen-Stellvertretersyndroms handelt es sich in der Klassifikation nach ICD-10 (F 68.1) um eine »Artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)«.

Nach Pschyrembel erzeugen dabei Eltern z.B. bei ihrem Kind Krankheits-

symptome z.B. durch Blut- oder Zuckerbeimengung zum Urin, Gabe von Abführ-u. a. Arzneimitteln, wechseln ständig die Ärzte etc..

Eine derartige Erkrankung ist extrem selten, wie oben dargestellt wurde.

Bereits dies belegt, dass einige Jugendämter diese »Diagnose« systematisch nutzen, um unliebsamen Pflegeeltern eine »Kindeswohlgefährdung« zu unterstellen und damit Herausnahme der Kinder aus der Pflegefamilie anzudrohen oder zu begründen, wenn Pflegeeltern sich für die massiv geschädigten Kinder in besonderem Maße einsetzen und geeignete Maßnahmen, Hilfen, Therapien etc. einfordern.

Es gibt zahlreiche Pflegeeltern, die in der Befassung mit der Problematik der ihnen anvertrauten Pflegekinder sich im Laufe der Zeit sehr viel mehr Kenntnisse im Verständnis der diagnostischen und therapeutischen Bereiche angeeignet haben als manche Jugendamtsmitarbeiter. Bereits dies könnte derartige Konflikte hervorrufen. Bei der vor Gericht erörterten Frage, ob es dem Kindeswohl dienlich sei, wenn den Pflegeeltern die Gesundheitsfürsorge für das Pflegekind übertragen und die entsprechende Amtspflegschaft für die Gesundheitsfürsorge dafür aufgehoben würde, äußerte eine Mitarbeiterin des Jugendamts vor Gericht schriftlich und mündlich ganz offen, sie würde einen »Machtverlust« erleiden.

Man könnte die Motivation für die beschriebene Haltung von Jugendamtsmitarbeitern auch damit erklären, dass die öffentlichen Kassen leer sind und nicht mehr viel zu verteilen ist und hier gekürzt wird, wo immer es geht (oder eigentlich besser: nicht geht).

In mehreren Parallelsachen laufen die Angelegenheiten nach dem gleichen Muster ab: Das Ergebnis der FAS-Diagnostik wird bestritten, den Pflegeeltern wird ein Münchhausen-Stellvertretersyndrom unterstellt, sie werden mit Gerichtsverfahren wegen angeblicher Kindeswohlgefährdung überzogen. Sobald das Verfahren abgeschlossen ist, werden erneute Behauptungen einer Kindeswohlgefährdung aufgestellt.

Einer der behandelnden Ärzte eines Pflegekindes, dem vom Jugendamt

auch unterstellt wurde, er würde »Gefälligkeitsstellungen« auf Wunsch der Pflegeeltern schreiben, die das MbPS aufweisen würden, äußert sich beeindruckend klar zu dieser Thematik wie folgt:

»Zum Anderen gibt es keine materiellen oder psychodynamisch belegbaren Hinweise auf das Vorliegen eines Münchhausen-by-proxy-Syndroms (MBPS) bei der Pflegefamilie.

Es gibt meines Wissens keinen einzigen weiteren Befund, der eine MBPS-Annahme stützen würde.

Auch ist die Arztwahl nach m.E. sowieso gar nicht zu beanstanden gewesen, da die Ärzte - entgegen den Annahmen des Jugendamtes von den Pflegeeltern gar nicht andauernd gewechselt wurden, sondern es wurden in der Reihenfolge Kinderarzt - Kinderneurologe - Kinderpsychiater aufgesucht, was sehr plausibel erscheint: Innerhalb der jew. Fachgruppe wurde kein einziger Arzt gewechselt und die Ärzte wurden nicht gegeneinander ausgespielt, sondern im Gegenteil zur Kooperation angehalten und aufeinander verwiesen - was sich z.B. bei einem MBPS genau andersherum verhalten würde.

Wenn versucht wurde, die Pflegeeltern auf andere, vom Jugendamt vorbestimmte Ärzte bzw. med. Einrichtungen zu verpflichten, so verstößt das gegen den Grundsatz der freien Arztwahl - und eine evtl. andere Arztwahl hat mit einem „Ärzt hopping“ rein gar nichts zu tun.

Des Weiteren gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass das Verhalten der Pflegeeltern das Kind geschädigt hätte.

Im Gegenteil belegt ein Vergleich der KJP-Befunde von vor zwei Jahren bis heute, dass es zu einer sehr guten Entwicklung der Pat. im sensomotorischen Bereich gekommen ist, die soweit geht, dass für Außenstehende der Eindruck entsteht, die Patientin hätte keinerlei Schädigungen und keinerlei Probleme, die durch ein irgendwie geartetes Krankheitsgeschehen verursacht worden sein könnten.

.....der damit zusammenhängende Dauerkonflikt setzt das Kind indirekt massiv unter Druck und versetzt es in Ängste, die sich in manifesten Symptomen äußern und vor allem zu verstärkten Trennungsängsten geführt haben und damit sowohl ein anklammerndes Verhalten der Patientin an die Pflegeeltern als auch die anderen Ängste und die Überforderungsreaktionen verstärkt haben.

In Bezug auf die Pflegeeltern könnte man sagen, dass das Jugendamt sich ihnen gegenüber so verhält wie gegenüber einem Menschen, dem man Wasser und Seife entzieht und anschließend vorwirft, er würde sich nicht waschen.

Diese Zwickmühle sieht konkretisiert auf die Pflegeeltern so aus, dass ihnen der Vorwurf mangelnder Sorge um das Pflegekind gemacht wird, aber wenn sie sich im Rahmen ihrer Sorge um eine angemessene Behandlung des Kindes bemühen, wird dieses als MBP- Syndrom bezeichnet und damit als Schädigung des Pflegekindes.

Dieses Muster setzt sich fort, wenn alle Ärzte, die von den Pflegeeltern aufgesucht werden, als befangen, für inkompetent oder korruptiert und alle ihre Befunde und Äußerungen zu Gefälligkeitsäußerungen und ihre Behandlungen für unsinnig bis schädigend erklärt werden.

Mal abgesehen von dem diskriminierenden Charakter dieser Meinung:

Wenn die Pflegeeltern diesem Einwand der Behörden folgen würden, müssten sie den Arzt wechseln, - was ihnen dann wiederum als „Ärztehopping“ ausgelegt werden würde.

Die Erzeugung solcher sog. Double-bind-Beziehungen sind erwiesenermaßen psychisch äußerst schädlich und damit auch schädlich für das Pflegekind.

Der Schädiger ist aber hier das Jugendamt, das diese double-bind Situationen erzeugt und nicht die Pflegeeltern.

Insofern lautet die therapeutische Forderung nach einer sofortigen Beendigung der sogen. Betreuung durch das Jugendamt, vor allem aber nach einer sofortigen Ablösung der dafür verantwortli-

chen Personen.«

Die bei einigen Jugendämtern offen zu Tage tretende Systematik der Leugnung der von fachkundigen spezialisierten Ärzten gestellten Diagnose des FASD bei Pflegekindern und der gleichzeitigen Einschüchterung und Disziplinierung von Pflegeeltern durch das Aufstellen von durch nichts bewiesenen, aber sogar einige Gerichte beeindruckenden Behauptungen der »Diagnose MbPS« bei Pflegeeltern **muss ein Ende finden.**

Dies ist nur über Öffentlichkeit und Aufklärung zu der Thematik FASD und MbPS möglich, denn Pflegeeltern haben bekanntlich praktisch keine Lobby.

Verfasser

Rechtsanwalt Peter Hoffmann

Straßenbahnring 13

20251 Hamburg

Tel.: +49 40 411 60 69-0

Fax : +49 40 411 60 69 99

Mobil: +49 172 450 33 45

p.hoffmann@rechtsanwalthoffmann.com

www.rechtsanwalthoffmann.com