



**Grenzbereiche von
Beeinträchtigungen –
Hilfen aus dem SGB VIII
oder SGB XII?**

**Dialogforum „Bund trifft
kommunale Praxis“ 26.10.17**

Gela Becker 

FASD-Fachzentrum Sonnenhof

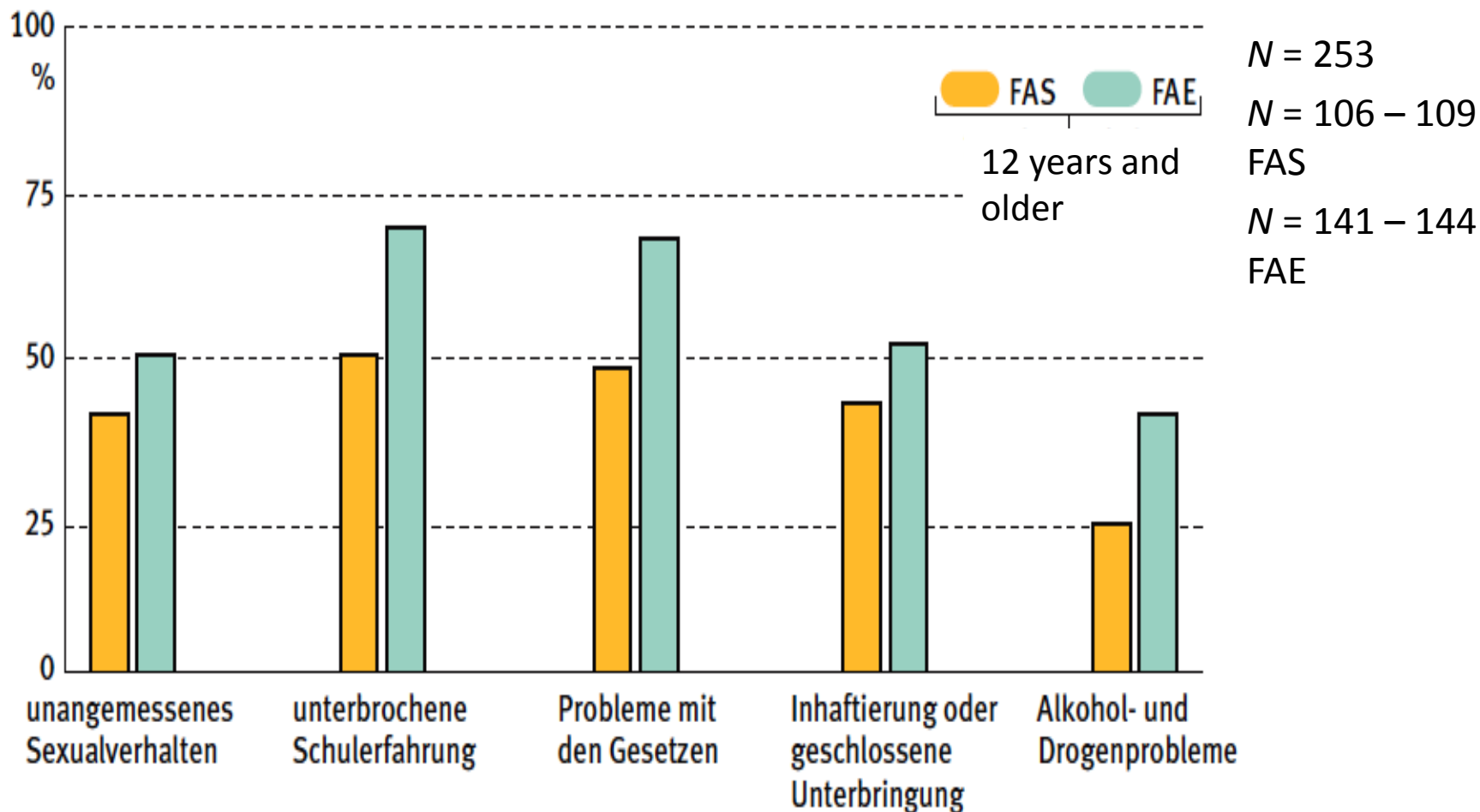
Die Voraussetzungen von Inklusion

- Identifikation der Beeinträchtigungen
- d.h. Fortbildung der Fachkräfte
- Anpassung der Hilfen an den Bedarf – die Anpassung der Betroffenen führt zum Herausfall aus Hilfen („Systemsprenger“ etc.)

Probleme der Zuordnung von FASD zur geistigen oder seelischen Behinderung führen zu Schwierigkeiten in der Versorgung

- Menschen mit FASD können Potential ihres IQ aufgrund der Einschränkungen exekutiver Funktionen nicht entfalten und entsprechen in Lebensvollzug und Teilhabe-Beeinträchtigung häufig Menschen mit leichter bis mittelschwerer geistiger Behinderung;
- IQ Äquivalenz – bei FASD: exekutive Funktionen (Greenspan et al., 2016)

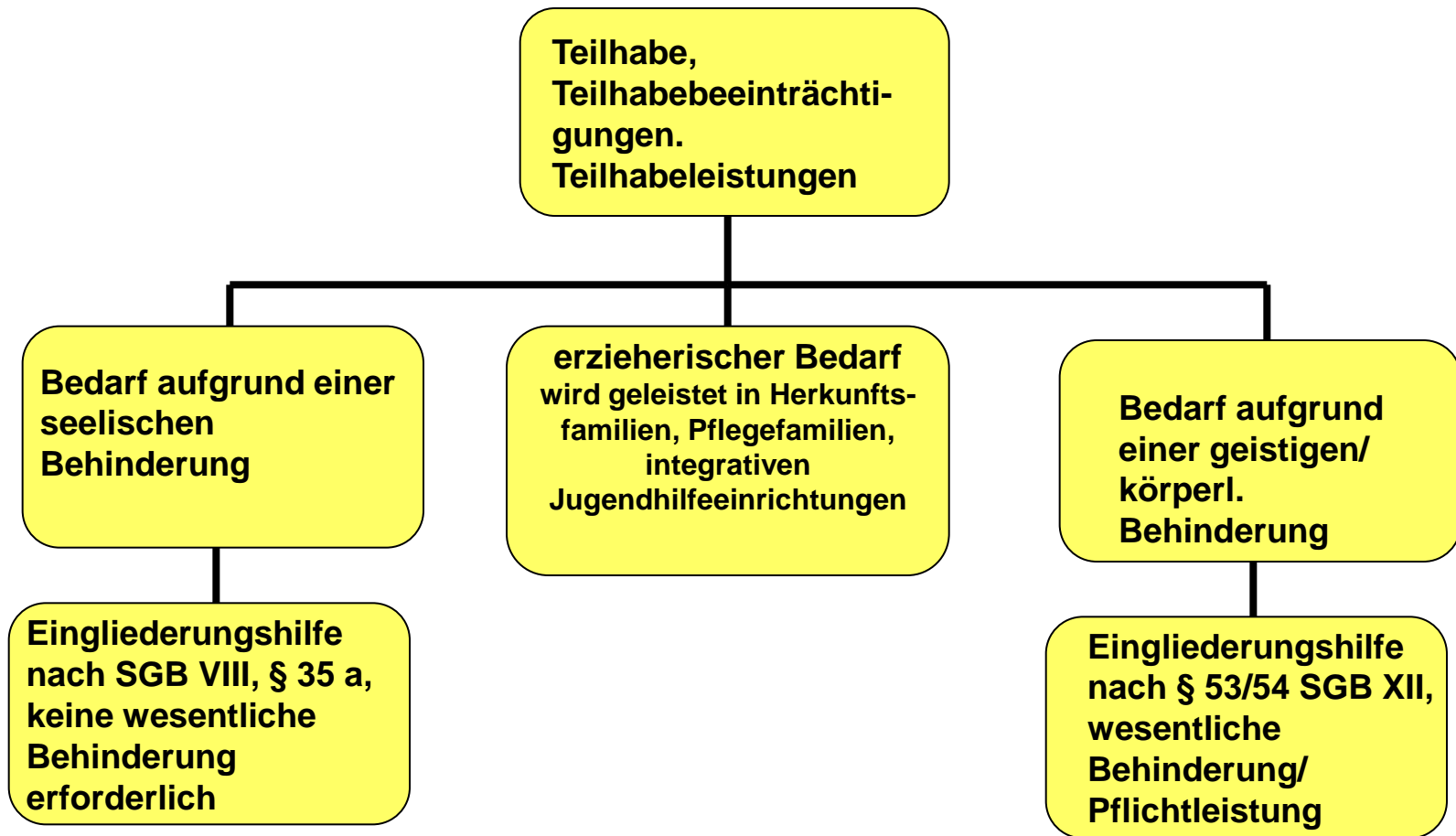
Langzeitstudie: Vergleich sekundäre Störungen in der Lebensspanne FAS or FAE (Streissguth et al. 2004)



(Graphic visualization: Becker et al., 2015)

Menschen mit FAS haben eine andere körperliche Erscheinung und niedrigere IQ's als Menschen mit pFAS/ ARND, sie weisen jedoch geringere Kriminalitäts- und Abhängigkeitsraten auf, weil sie früher eine Diagnose erhalten und somit von ihren Eltern und der Gesellschaft besser geschützt werden können. (Streissguth 1996)

sozialrechtliche Zuordnungen für Kinder und Jugendliche mit FASD



Prävalenzen

- ADHS bis zum 17.Lj. Ca. 3-4 %; RKI 2005
- ADHS gehört mit einer Auftretenshäufigkeit von 60 % zu den komorbiden Störungen von FASD (Spohr & Steinhausen, 2008)
- ADHS, HKS zus. ca. 14 % in Jugendhilfeeinr.(Ulmer Heimkinderstudie, 2009)
- Geistige Behinderung ca. 1% der Gesamtbevölkerung (Neuhäuser & Steinhausen, 2013)
- Fetale Alkoholspektrumstörungen ca. 1:100 – (Landgraf und Heinen, 2016)
- Lernbehinderung schulorganisatorische Setzung ?
Nicht im ICD oder DSM 5

Thema FASD in den Einrichtungen

Vorstudie zur Machbarkeit einer Prävalenzstudie im Arbeitsbereich 5 (fej) des Diakonischen Werkes Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, 2017

- 4,4% der Fälle (minderjährige Flüchtlinge herausgerechnet) in befragten Einrichtungen haben FASD
- Bei 44 Kindern liegt Verdacht vor (7,1%) → bei 8 Fällen bestätigt
- Ergibt insgesamt 5,6% der Kinder mit FASD
- Bei Pflegefamilien: Anteil mit 18,7% deutlich höher – entspricht Erhebungen aus Niedersachsen

Hypothese: FASD Sensibilisierung in Pflegefamilien führt zu Anbahnung von Diagnostik und höheren FASD Fallzahlen als in Einrichtungen

Wie weit reicht die Fallverantwortung in den stationären Hilfen zur Erziehung ?

„Leibliche Elter werden dagegen entweder die Erkrankung nicht kennen oder mit Schuldgefühlen kämpfen, die ihnen ein öffentliches Engagement verwehren.Die fehlende Diagnose führt auch dazu, dass Kinder in Pflegefamilien oder Einrichtungen vermittelt werden, bei denen angenommen wird, dass ihre Verhaltensauffälligkeiten nach der Herausnahme aus einem problematischen Elternhaus schnell abnehmen und verschwinden. Dies ist bei FASD jedoch nicht der Fall. Selbst wenn die Kinder in eine förderliche, liebevolle und grundsätzlich verständnisvolle Umgebung kommen, so sind doch die pränatal durch Alkohol erworbenen Hirnschäden irreversibel....**Anders als bei der Heimerziehung übernehmen Pflegeeltern in der Regel die soziale Elternrolle für das Kind.** D.h., sie fühlen sich in besonderem Maße persönlich für die Entwicklung des Kindes verantwortlich ...“ (Schindler/ Hoff-Emden 2011)

Hilfeplanung:

Verhüten von Verschlimmerung

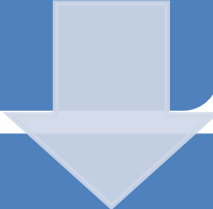
Paradigmenwechsel hin zu schweren komplexen Hilfebedarfen

- Im Mittelpunkt steht: die Strukturierung des Alltags
- Der Schutz vor Überforderung
- Anpassung der Selbstständigkeitsförderung
- Psychoedukation
- Schwerpunkt Gesundheitsförderung
- Selbst- und Fremdgefährdungspotentiale (sek.St.)
- Erhalt von Bezugspersonen
- Rechtzeitiges Vorbereiten von Übergängen in andere Hilfesysteme (in gut 70% der Fälle)

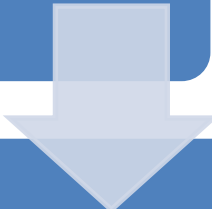
Die Ausgangslage: FASD – und dann?

Organisationsentwicklung - Zusatzkosten

Fortbildung von
Mitarbeitenden; Aufbau von
Trainings und
Zusatzangeboten;
Aufklärung des Umfeldes

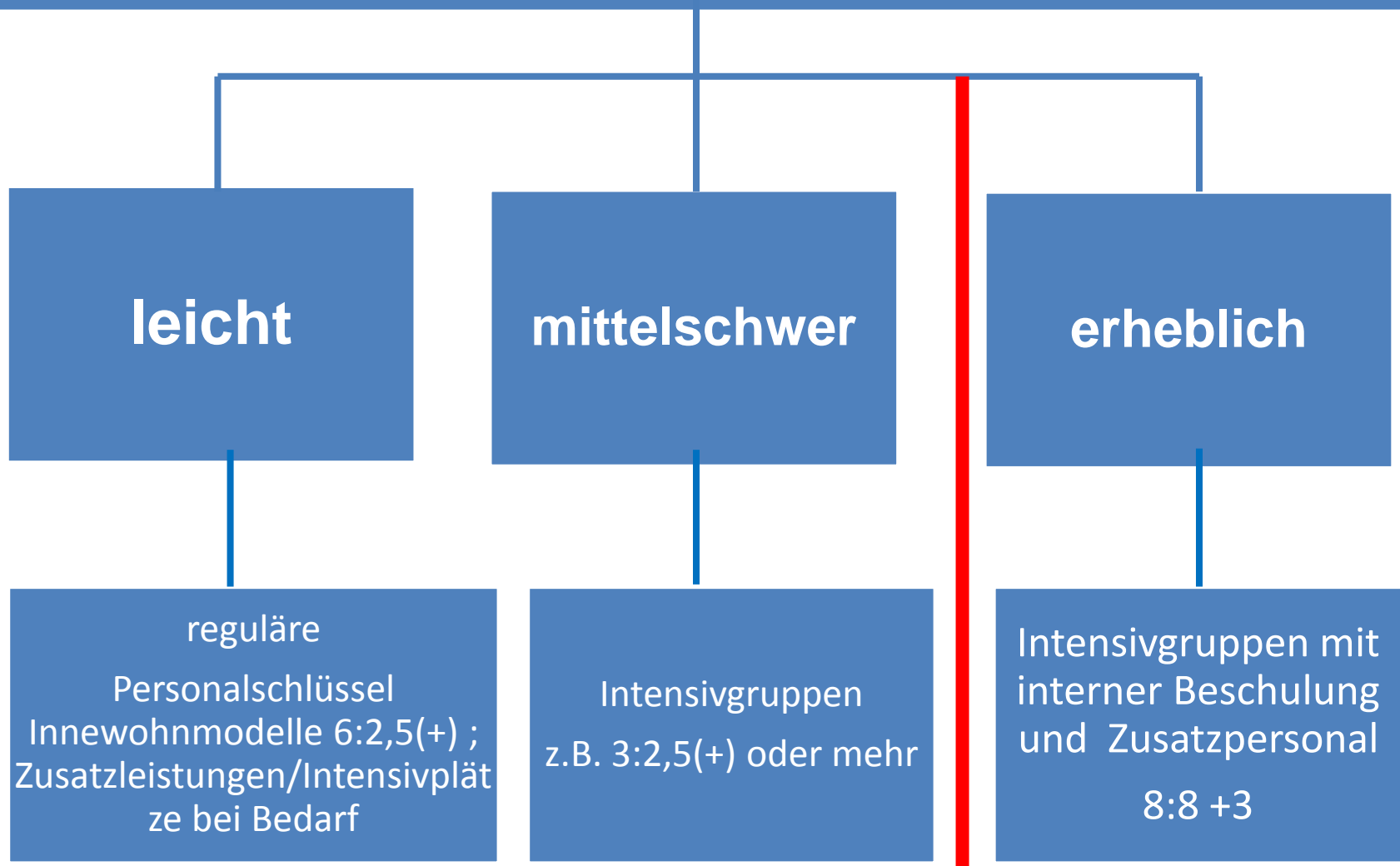


Ausbau von Intensivplätzen,
Intensivgruppen –
Anschlussprojekten im
Erwachsenenbereich

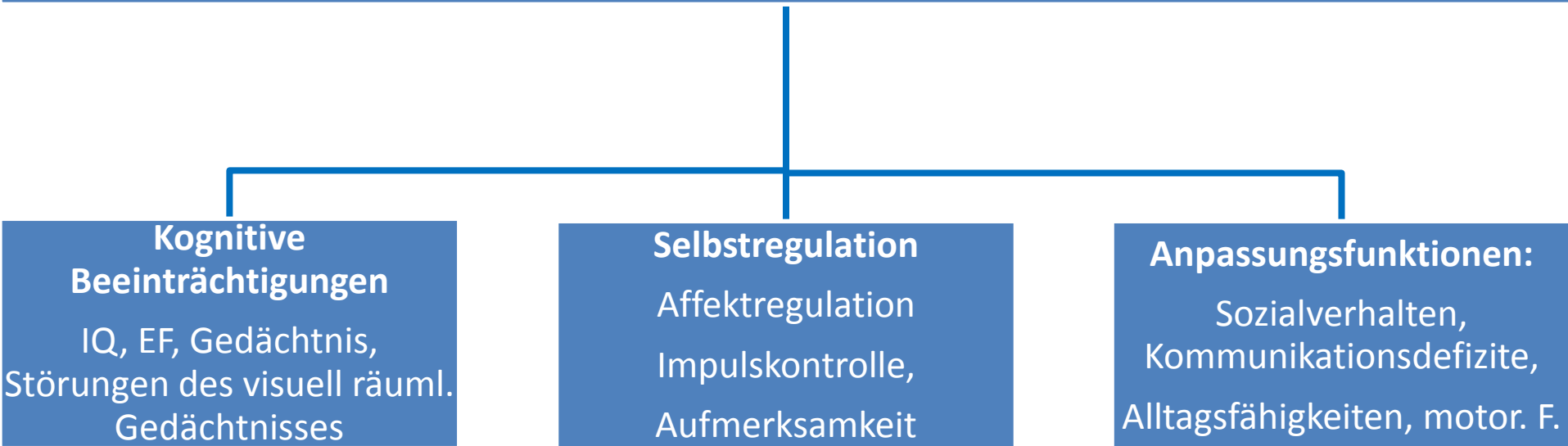


Lage der Wohngruppen –
reizreduziert/ Ausbau von
Türen/ Wänden; Snouzel,
Sporträume

Schweregrade, mögliche Betreuungsformen und die Scheidegrenze zur Inklusion unabhängig von SGB VIII oder XII



Schweregrade der Beeinträchtigungen: Hinweise auf Betreuungsumfänge (DSM 5)



Inklusion in den stationären Hilfen

- Handlungsänderung der Fachkräfte
 - Auseinandersetzung mit Normorientierung
 - Auf- und Ausbau von einfachen haltgebenden Strukturen
- Eine Bereicherung für die Einrichtungen

Zur Diskussion: gemeinsamer politischer Einsatz

- FASD und Jugendhilfe/ große Lösung – keine Schlechterstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Vgl. zu gegenw. Lage
- Verwendung von Mitteln aus Pflegestufen – auch für stationäre Hilfen (Pflegefamilien erhalten sie in der Regel)
- BTHG – Behinderungsbegriff und Bedarfsermittlung – Besonderheiten von FASD müssen eingeschrieben werden
- Engagement in Fach- und Dachverbänden
- Forderung: Investitionsmittel für Einrichtungen

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit !

Haben Sie Fragen ?

Fasd-sprechstunde@ev-sonnenhof.de

www.fasd-fachzentrum.de