

Abschlussbericht der Expertenkommission

„Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“

Dezember 2021

Vorwort von Herrn Minister Karl-Josef Laumann

Sehr geehrte Damen und Herren,

Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf ein gewaltfreies und selbstbestimmtes Leben. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet staatliche Akteure zum Schutz von Menschen mit Behinderungen vor Gewalt und Missbrauch, vor Eingriffen in ihre persönliche Freiheit und ihre körperliche und seelische Unversehrtheit (Art. 14, 16 und 17 UN-BRK). Ich glaube: Dies zu gewährleisten, ist eine besondere Aufgabe unserer ganzen Gesellschaft.

Auch wenn dieser Auftrag in den heutigen demokratischen Strukturen fast wie selbstverständlich klingt, bedeutet er gerade im Umgang mit schutzbedürftigen Menschen in staatlichen Einrichtungen eine besondere gesellschaftliche Verantwortung und Aufmerksamkeit.

Diese Verantwortung nehme ich sehr ernst. Die Sicherstellung einer hohen Qualität der Betreuung und eines hohen Niveaus des Gewaltschutzes in allen Einrichtungen, insbesondere in Betreuungsangeboten der Behindertenhilfe in Nordrhein-Westfalen, ist mir persönlich sehr wichtig.

Deshalb ist es mir ein besonderes Anliegen, die im Zusammenhang mit Ermittlungen in Einrichtungen der Diakonischen Stiftung Wittekindshof bekannt gewordenen Vorwürfe von Verstößen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen vorbehaltlos und umfassend aufzuklären. Neben der strafrechtlichen Aufarbeitung der Vorkommnisse, die durch die Strafverfolgungsbehörden und Gerichte erfolgt, ist auch die fachliche Weiterentwicklung der geeigneten Leistungs- und Betreuungsangebote für die auf die entsprechende Unterstützung angewiesenen Menschen von zentraler Bedeutung.

Der nun vorliegende Abschlussbericht der Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ enthält eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung des Gewaltschutzes und Weiterentwicklung von geeigneten Wohn- und Betreuungsangeboten.

Damit liegt ein umfassendes Bündel an Vorschlägen vor, das eine gute Grundlage für einen breiten gesellschaftlichen Dialog bietet. Mit dem von der Landesregierung vorgelegten Gesetzentwurf zur Anpassung des Wohn- und Teilhabegesetzes sowie des Ausführungsgesetzes zum Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) sind wesentliche Vorschläge der Expertenkommission zur Verbesserung des Gewaltschutzes als erster wichtiger Baustein bereits aufgegriffen worden. Ich bin zuversichtlich, dass weitere Maßnahmen folgen und alle relevanten Vorschläge und Impulse auf einen guten Weg gebracht werden können, um eine wirksame

Verbesserung des Gewaltschutzes für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe herbeizuführen.

Ich möchte mich bei allen Mitgliedern und Gästen, Expertinnen und Experten der Kommission und ganz besonders bei den Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen und Angehörigen bedanken, die diesen Kommissionsbericht zu dem gemacht haben, was er ist: ein Wegweiser hin zu mehr Aufmerksamkeit, mehr Kooperation und mehr Bewusstsein für Gewaltschutz. Er adressiert Bund, Land, Kommunen und Landkreise sowie Träger von Einrichtungen, aber auch uns alle. Denn diese wichtige Aufgabe ist nur durch die Gesellschaft als Ganzes zu bewältigen.

Ich danke dem Vorsitzenden der Expertenkommission Günter Garbrecht herzlich für sein großes Engagement und diesen wertvollen Beitrag zur Verbesserung des Gewaltschutzes für Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen.

Ihr



Karl-Josef Laumann

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

INHALT

Vorwort von Herrn Minister Karl-Josef Laumann	II
INHALT	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
Das Wichtigste in aller Kürze	1
1. Anlass und Auftrag	4
1.1 Anlass	4
1.2 Ernennung und Auftrag der Expertenkommission	6
1.3 Arbeitsweise der Expertenkommission	7
2. Auftrag, Begriffe, Grundsätze der Expertenkommission	8
2.1 Verständnis des Auftrags	8
2.2 Verständnis des Personenkreises	12
3. Anspruch und Erwartungen der Betroffenen Menschen	18
3.1 Einblicke in die Sichtweisen von Menschen, die unmittelbar von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind	19
3.2 Zusammenfassung des Gesprächs mit der Angehörigenvertretung der DSW	29
3.3 Fazit	34
4. Im Lichte der UN-BRK: Menschenrechtliche und andere normative Vorgaben zum Gewaltschutz	36
4.1 Menschenrechtliche Vorgaben für den Gewaltschutz in Einrichtungen und die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen	36
4.2 Bundesgesetzliche Vorgaben zum Gewaltschutz in der Eingliederungshilfe: § 37a SGB IX	39
5. Daten im Überblick	44
6. Empfehlungen zum Wohn- und Teilhabegesetz im Bereich des Gewaltschutzes	52

6.1 Ausgangslage.....	52
6.2 Empfehlungen der Expertenkommission.....	53
7. Schutz und Hilfe bei individuell kritischen Erfahrungen im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen.....	61
7.1 Recht auf Schutz und Hilfe.....	61
7.2 Empfehlungen Expertenkommission.....	64
8. Betreuungsrecht – Kooperation und Qualifizierung Schnittstelle Rechtliche Betreuer/innen und Bevollmächtigte – Betreuungsgericht.....	67
8.1. Die Rechtliche Betreuung und freiheitsentziehende Maßnahmen.....	68
8.2. Gerichtliche Aufsicht und Kontrolle.....	78
8.3. Handlungsempfehlungen Schnittstelle Betreuungsrecht und Betreuungsgericht.....	87
9. Konsulentendienste als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke.....	92
9.1 Ausgangslage.....	92
9.2 Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW.....	93
9.3 Regionale Verteilung und Standorte.....	97
9.4 Trägerschaft und Finanzierung.....	98
10. Geeignete Angebotsstrukturen für Menschen mit herausforderndem Verhalten in der Eingliederungshilfe schaffen.....	100
10.1 Grundsätzliche Anforderungen an die Eingliederungshilfe.....	101
10.2 Angebotsstrukturen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten.....	103
10.3 Angebotsstrukturen in NRW.....	116
10.4 Bedarfe zum Wohnen von Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf.....	123
10.5 Empfehlungen zur Verbesserung der Angebotsstrukturen zum Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe.....	134
10.6 Empfehlungen an die verantwortlichen Akteure.....	141

11. Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung	144
11.1 Rechtsanspruch auf optimale Gesundheitsversorgung und Teilhabe.....	144
11.2 Psychische Gesundheit bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.....	146
11.3 Medizinische Versorgungsangebote speziell für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Deutschland.....	153
11.4 Optimierung der Schnittstellen von Gesundheitsleistungen (SGB V) und Eingliederungshilfe (SGB IX).....	163
11.5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen.....	168
12. Regionale Strukturplanung mit Kooperation und Vernetzung im Sozialraum	172
12.1 Funktionale Betrachtung.....	172
12.2 Herausforderungen an die Ausgestaltung.....	179
12.3 Zukunft gestalten - Best Practice wagen.....	183
13. Handlungsempfehlungen	185
MITGLIEDER DER EXPERTENKOMMISSION	196
Danksagung des Vorsitzenden Herrn Günter Garbrecht	201
LITERATURVERZEICHNIS	203
ANHÄNGE	216

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BEI_NRW	Bedarfsermittlungsinstrument Nordrhein-Westfalen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BtOG	Betreuungsorganisationsgesetz
DHG	Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft
DSW	Diakonische Stiftung Wittekindshof
EGH	Eingliederungshilfe nach SGB IX
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
GE-AG SGB IX NRW	Gesetzentwurf zur Änderung des Ausführungsgesetzes zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch des Landes Nordrhein-Westfalen
GE-WTG NRW	Gesetzentwurf zur Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes sowie des Ausführungsgesetzes zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch des Landes Nordrhein-Westfalen
GG	Grundgesetz
Hg.	Herausgeber
HPI	Heilpädagogischer Intensivbereich

ICD	„International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (deutsch: „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KVJS	Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen
MZEB	Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung
NDV	Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.
OLG	Oberlandesgericht
PsychKG NRW	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten Nordrhein-Westfalen
SGB	Sozialgesetzbuch
ÜAG NRW	Überörtliche Arbeitsgemeinschaft für das Betreuungswesen in Nordrhein-Westfalen
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention)
TGA	Tagesgestaltende Angebote
TStG	Teilhabestärkungsgesetz
WfbM	Werkstätten für Menschen mit Behinderungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WTG NRW	Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen

Das Wichtigste in aller Kürze

Nach Bekanntwerden der Ermittlungen wegen Gewaltvorkommnissen und Verstößen bei der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in der Diakonischen Stiftung Wittekindshof im Kreis Minden-Lübbecke hat der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, eine Expertenkommission eingesetzt. Deren Auftrag war, systemische Risiken zu erkennen, Vorschläge für den Gewaltschutz und für die fachliche Weiterentwicklung geeigneter Betreuungsstrukturen im System der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zu entwickeln. Im Mittelpunkt stehen dabei erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und extrem herausforderndem Verhalten. Ihre Zahl ist klein, die Herausforderungen für die Deckung ihres Unterstützungsbedarfs und die Gewährleistung ihrer Teilhabe groß. Die genaue Zahl ist wegen der unzureichenden Datenlage, die es unbedingt zu verbessern gilt, nicht zuverlässig zu ermitteln.

Entsprechend ihrem Auftrag hat die Kommission selbst keine eigenen Ermittlungen zu den konkreten Vorkommnissen im Wittekindshof angestellt.

Richtungsweisend für die Arbeit der Kommission waren die Sichtweisen und das Erleben von Menschen, die von der Anwendung freiheitsentziehender und freiheitsbeschränkender Maßnahmen unmittelbar betroffen sind, sowie die Sichtweisen und das Erleben ihrer Angehörigen.

Gleichermaßen richtungsweisend sind die menschenrechtlichen und grundrechtlichen Ansprüche, die unteilbar für den Personenkreis gelten. Wie alle Menschen haben auch Menschen mit Behinderungen das Recht auf ein gewaltfreies und selbstbestimmtes Leben. Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet staatliche Akteure zum Schutz von Menschen mit Behinderungen vor Gewalt und Missbrauch, vor Eingriffen in ihre persönliche Freiheit und ihre körperliche und seelische Unversehrtheit (Art. 14, 16 und 17 UN-BRK). Daraus erwächst ein Schutzauftrag derart, in der Ausführung der Leistung der Eingliederungshilfe unter anderem durch entsprechende gesetzliche Regelungen und der wirksamen Überwachung bei der Anwendung sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund kognitiver, psychischer oder mehrfacher Beeinträchtigungen freiheitsentziehenden Maßnahmen ausgesetzt sein

dürfen. Die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen kommt nur als Ultima Ratio in Betracht.

Zur Sicherung dieser Ansprüche legt die Kommission Vorschläge vor, wie der Schutz für Menschen mit Behinderungen in Wohn- und Betreuungsangeboten im WTG NRW verbessert werden kann. Dabei geht es um die fachliche Qualifizierung der WTG-Behörden für den Gewaltschutz, Vorgaben zur Erstellung von Gewaltschutzkonzepten, die Erweiterung von Schutzregelungen, gesetzlichen Prüfgrundlagen und um erweiterte Meldepflichten durch eine Novellierung des WTG NRW. Die Expertenkommission hat sich bereits aktiv an den Beratungen zur Reform des WTG NRW beteiligt und konkrete Vorschläge insbesondere zu den §§ 8, 8a, 8b und zu § 16 unterbreitet. Sie schlägt insbesondere die Einrichtung einer unabhängigen, landeszentralen Monitoring- und Beschwerdestelle zur Gewaltprävention, Beobachtung und Berichterstattung und der Entgegennahme von Beschwerden im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen vor.

Viele Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten haben eine durch ein Betreuungsgericht bestellte rechtliche Betreuung bzw. einen Bevollmächtigten. In der Praxis ergeben sich im Zusammenhang mit Freiheitsentziehungen unterschiedliche Problem- und Konfliktsituationen, die auf Fehlannahmen, Unkenntnis und Untätigkeit der Akteure, oft auch mangelnder Beratung und Kooperation untereinander beruhen. Dies führt zu mitunter erheblichen Verletzungen der Mitwirkungs- und Freiheitsrechte der Nutzerinnen und Nutzer, die vermeidbar sind. Die Kommission entwickelt einen umfangreichen Katalog von Maßnahmen, die auf eine verbesserte Qualifizierung und Kooperation der Beteiligten zielt und organisatorischen und gesetzgeberischen Handlungsbedarf identifiziert.

Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen ist nicht selten Ausdruck von Hilflosigkeit der Beteiligten. Die Kommission schlägt daher vor, ein flächendeckendes Netz von Konsulentendiensten zur Beratung und Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, ihren Angehörigen und den Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufzubauen. Im Mittelpunkt soll dabei die Unterstützung der betroffenen Menschen, ihrer Familien und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen und Dienste stehen. Sie soll helfen, Handlungsalternativen zum herausfordernden Verhalten im Umgang mit Konflikten und Gewalt zu entwickeln und so freiheitsentziehende oder -beschränkende Maßnahmen zu vermeiden oder zu reduzieren.

Diese fachliche Unterstützung ist ein unverzichtbarer Baustein, um zu gewährleisten, dass auch dieser Personenkreis eine gute Unterstützung in seiner Region erhält. Die Kommission hält es für nicht länger verantwortbar, Menschen mit ausgeprägtem auto- und fremdaggressivem Verhalten in größeren Wohngruppen unterzubringen. Das Zusammenleben mit Menschen, die man sich nicht ausgesucht hat, ist generell herausfordernd, für Menschen mit beeinträchtigter sozialer Kompetenz schnell überfordernd. Es wird angeregt, kleinteilige regionale Betreuungsangebote auch mit intensiv unterstützten individuellen Wohnformen (Apartmentprinzip, bis zu vier Personen) aufzubauen, in denen qualifizierte Fachkonzepte zum Wohnen mit intensivem Unterstützungsbedarf und zur Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen zum Einsatz kommen.

Die regionalen Betreuungsangebote müssen in Angebote eines interdisziplinär und multiprofessionell ausgerichteten Gesundheitssystems eingebunden sein. Neben der Regelversorgung sind für besonders komplexe oder schwere Beeinträchtigungen spezialisierte ambulante und stationäre Angebote vorzuhalten. In Nordrhein-Westfalen ist dazu ein flächendeckender Auf- und Ausbau von spezialisierten ambulanten (MZEB) und stationär psychiatrischen Betten (Krankenhaus-Psychiatrieplan) erforderlich. Neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in solchen Zentren für Inklusive Medizin können dort Aus- und Weiterbildungsangebote gemacht, das medizinische Regelversorgungssystem und die Akteure der Eingliederungshilfe beraten sowie Projekte zur Versorgungsforschung in Kooperation mit Hochschulen bearbeitet werden.

Teilhabechancen und Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen, bis hin zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen, sind nicht nur vom Bedarf des einzelnen Individuums abhängig, sondern auch von Ressourcen im Sozialraum. Entscheidend sind vor allem die Verfügbarkeit intensiver, personenorientierter Unterstützungsangebote aus dem Spektrum der Eingliederungshilfe, der psychiatrischen Versorgung und des regulären Gesundheitswesens in einer Region. Die Kommission macht deshalb Vorschläge für eine regionale Strukturplanung und eine regionale Zusammenarbeit und schlägt deren Erprobung im Rahmen von Modellprojekten in den Einzugsbereichen der beiden Träger der Eingliederungshilfe, den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe, vor.

1. Anlass und Auftrag

1.1 Anlass

Nach Bekanntwerden der Ermittlungen zu Vorkommnissen in den Einrichtungen der Diakonischen Stiftung Wittekindshof (DSW) wurde von Minister Laumann die Expertenkommission „Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe“ berufen. Im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) wurde beim zuständigen Abteilungsleiter eine Projektgruppe eingerichtet. Beide haben den Auftrag, die Geschehnisse fachlich aufzuarbeiten und Vorschläge für eine Verbesserung des Gewaltschutzes und der Betreuungsangebote auszuarbeiten. Die Projektgruppe des Ministeriums hat zusätzlich die Arbeit der Expertenkommission als Geschäftsstelle begleitet.

Das MAGS wurde am 17.12.2020 von den Ermittlungsbehörden über einen Teil der Ermittlungsergebnisse informiert. Dabei wurde bekannt, dass es nicht nur um einzelne freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen geht, bei denen eine vollumfängliche richterliche Genehmigung oder entsprechende Einwilligung umstritten ist. Vielmehr wurden weitere Ermittlungsergebnisse vorgestellt, die vermuten lassen, dass es zu einer Reihe von schwerwiegenden Übergriffen gegenüber einer größeren Zahl von Menschen gekommen ist. Daraufhin hat das MAGS mit mehreren Weisungen an die zuständige Bezirksregierung Detmold, die zuständige WTG-Behörde des Kreises Minden-Lübbecke und die DSW darauf hingewirkt, weitere solche Taten in der Zukunft zu verhindern. Darüber hinaus wurden sämtliche Einrichtungen der DSW außerplanmäßig kontrolliert. Gleichzeitig wurde der LWL als der für die meisten Menschen in dieser Einrichtung zuständige Eingliederungshilfeträger aufgefordert, qualitätssichernde Maßnahmen zu ergreifen und alternative Wohn- und Betreuungsangebote bereitzustellen.

Alle WTG-Behörden des Landes wurden nochmals hinsichtlich des Umgangs mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sensibilisiert und aufgefordert, vergleichbare Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich außerplanmäßig zu kontrollieren.

Im Zusammenhang mit den laufenden strafrechtlichen Ermittlungen in Einrichtungen der DSW ist dem MAGS seitens der Staatsanwaltschaft Bielefeld eine Akteneinsicht eingeräumt worden. Dadurch sind weitere zahlreiche Verstöße gegen die Bestimmungen des Wohn- und Teilhabegesetzes bekannt geworden. Hierbei handelt es sich vor allem um die Nichtbeachtung der gesetzlichen Vorgaben zur Anwendung von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Die strafrechtliche Aufarbeitung der Geschehnisse, die derzeit durch Polizei und Staatsanwaltschaft erfolgt, ist noch nicht abgeschlossen. Die abschließende Bewertung der Vorgänge bleibt der Staatsanwaltschaft und den zuständigen Behörden überlassen.

Die Expertenkommission selbst hat keine eigenen Ermittlungen der konkreten Vorkommnisse angestellt. Sie hatte keine Einsicht in die strafrechtlichen Fallakten, sondern nur ausgewählte und anonymisierte Fallbeschreibungen erhalten. Vor diesem Hintergrund leitet die Kommission, jenseits der Frage nach der individuellen Schuld, aus den erkennbaren Bedingungen in der DSW systemische Risiken für mangelnden Schutz vor Gewalt ab und beschreibt den daraus resultierenden Handlungsbedarf.

Die landesrechtlich umzusetzenden Erkenntnisse sind bereits weitestgehend in den Gesetzentwurf der Landesregierung zur Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes und des Ausführungsgesetzes zum SGB IX vom 29. Juni 2021 (vgl. LT-Vorlage 17/15188) eingeflossen. Beispielhaft zu nennen sind:

- Der Entwurf (§§ 8 bis 8b GE-WTG NRW) greift insbesondere Vorschläge der Expertenkommission zur Verbesserung des Gewaltschutzes in maßgeblichen Einrichtungen auf. Er verankert unter anderem die durch Rechtsprechung festgeschriebenen Anforderungen an den streng reglementierten Einsatz von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Diese Maßnahmen sind nur dann erlaubt, wenn ein Betreuungsgericht dies vorher genehmigt hat oder der Bewohner bzw. die Bewohnerin eingewilligt hat und zu dieser Einwilligung auch fähig war. Der Schwerpunkt wird darüber hinaus auf die Vermeidung von solchen Maßnahmen gelegt, u.a. auch durch weitere Vorgaben zur Erstellung von Gewaltschutzkonzepten und zur Beteiligung der betroffenen Menschen selbst.

- Außerdem soll eine zentrale Monitoring- und Beschwerdestelle zur Gewaltprävention eingerichtet werden, die freiheitsentziehende Unterbringungen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen überwacht (§ 16 GE-WTG NRW).
- Überprüfung von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auch durch die Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen ihrer Qualitätsprüfungen (§ 8 GE-AG SGB IX NRW).

Die Expertenkommission regt im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch folgende Änderungen an:

- Verbesserung der Zusammenarbeit von WTG-Behörden, Trägern der Eingliederungshilfe und Betreuungsgerichte (Beteiligung an Betreuungsverfahren, Meldepflichten bei nicht genehmigten FEM, Mängelanzeige durch Gericht: WTG- Behörde muss über das veranlasste informieren,
- Verbesserung der Datengrundlage zu FEM / Statistik zu FEM auch über WTG NRW.

1.2 Ernennung und Auftrag der Expertenkommission

Nach der konstituierenden Sitzung am 25. Februar 2021 wurde die Expertenkommission vom Minister Karl-Josef Laumann mit einem persönlichen Ernennungsschreiben an den Vorsitzenden und die Mitglieder einberufen.

Der Auftrag der Expertenkommission umfasst folgende Schwerpunkte:

- Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen bei der fachlichen Aufarbeitung der im Zusammenhang mit den Ermittlungen in Einrichtungen der Diakonischen Stiftung Wittekindshof bekannt gewordenen Vorwürfe von Verstößen bei freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen,
- Beratung bei der Erarbeitung von Lösungsansätzen zur Weiterentwicklung der Leistungs- und Betreuungsangebote für auf die entsprechende Unterstützung angewiesene Menschen mit Behinderung,

- Fragen des Gewaltschutzes in der Eingliederungshilfe, zur Schnittstelle zwischen Einrichtung, rechtlicher Betreuung und Justiz sowie zur personellen und fachlichen Ausstattung der WTG-Behörden und den hieraus abzuleitenden gesetzlichen und/oder organisatorischen Schlussfolgerungen.

1.3 Arbeitsweise der Expertenkommission

In Anlehnung an die Schwerpunkte aus dem Arbeitsauftrag der Expertenkommission wurden zu Beginn der Arbeit inhaltliche Schwerpunkte in Form von Themenblöcken gebildet. Diese Themenblöcke wurden in den Sitzungen der Kommission kontinuierlich bearbeitet.

Die Sitzungen der Kommission fanden nach ihrer Einrichtung im Abstand von zwei Wochen statt. Die konstituierende Sitzung fand am 25. Februar 2021 und die letzte Sitzung am 08. Dezember 2021 statt. Insgesamt haben 23 Sitzungen stattgefunden. Zudem wurden insgesamt fünf Unterarbeitsgruppen (Wohnen, Konsulentendienste, Gewaltschutz, Schnittstelle Psychiatrie/SGB V, Endredaktion) gegründet, die einzelne Fachthemen aufbereitet und für den Abschlussbericht vorbereitet haben.

An den Sitzungen der Kommission haben zu spezifischen Themenbereichen neben den Kommissionsmitgliedern auch externe Fachleute teilgenommen. Die wesentlichen Inhalte der Vorträge und die Ergebnisse der anschließenden Beratungen in der Kommission wurden jeweils in den Sitzungsprotokollen festgehalten. Kommissionsmitglieder führten ein Gespräch mit der Angehörigenvertretung der DSW. Mit unmittelbar von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffenen Menschen wurden ebenfalls Interviews geführt. Um sich weitere Expertise einzuholen und zum Teil auch „ein Bild vor Ort“ zu machen, führte der Vorsitzende der Kommission neben den regulären Sitzungen auch Ortstermine in einzelnen Organisationen und Einrichtungen durch und führte in diesem Rahmen Fachgespräche.

Zur Erfüllung ihres Auftrags wurde die Kommission bei der Organisation sowie der Vor- und Nachbereitung der Sitzungen durch eine Geschäftsstelle innerhalb des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW unterstützt.

2. Auftrag, Begriffe, Grundsätze der Expertenkommission

2.1 Verständnis des Auftrags

Neben der noch andauernden *juristischen Aufarbeitung* der Vorwürfe zu Verstößen in der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen im Heilpädagogischen Intensivbereich (HPI) der DSW beauftragte das MAGS eine Expertenkommission mit folgenden Vorgaben:

- Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen bei der *fachlichen Aufarbeitung der im Zusammenhang mit den Ermittlungen* in Einrichtungen der Diakonischen Stiftung Wittekindshof bekannt gewordenen Vorwürfe von Verstößen bei freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen,
- Beratung bei der *Erarbeitung von Lösungsansätzen zur Weiterentwicklung der Leistungs- und Betreuungsangebote* für auf die entsprechende Unterstützung angewiesene Menschen mit Behinderung,
- Fragen des *Gewaltschutzes in der Eingliederungshilfe*, zur Schnittstelle zwischen Einrichtung, rechtlicher Betreuung und Justiz sowie zur personellen und fachlichen Ausstattung der WTG-Behörden und den hieraus abzuleitenden gesetzlichen und/oder organisatorischen Schlussfolgerungen.

Vorwürfe an Wittekindshof als Anlass

Weder die Untersuchung der konkreten Vorkommnisse in der DSW noch deren juristische Bearbeitung und Bewertung waren Gegenstand der Beratungen der Expertenkommission. Die Vorwürfe zu Verstößen in der Anwendung und Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen waren jedoch ein gewichtiger Anlass, sich aus unterschiedlicher Perspektive mit Problemen und Handlungsbedarfen in der institutionellen Betreuung von „Menschen mit geistiger Behinderung und extrem herausforderndem Verhalten“ einschließlich des Gewaltschutzes zu beschäftigen, um daraus Empfehlungen für Leistungserbringer, Leistungsträger und politische Entscheidungsträger abzuleiten.

Im Rahmen ihrer Möglichkeiten versuchten die Mitglieder der Expertenkommission, sich eine Vorstellung von den Vorkommnissen in der DSW zu machen, so z.B. durch intensiven Austausch über eine anonymisierte Einzelbiografie, mit einer anonymisierten Übersicht eingesetzter FEM und deren Bewilligungspraxis sowie einer Sichtung vorliegender Fachkonzepte des HPI in der DSW.

Aus der in zahlreichen Fällen fehlenden oder unklaren Legitimation des Einsatzes von FEM in Form geschlossener Unterbringung, unterbringungsähnlichen Maßnahmen (Zimmereinschlüssen, Nutzung von Time-Out-Räumen), Fixierungen, hoher medikamentöser Sedierungen, aber auch aus der Einzelfallanalyse stellte sich als zentrale Frage: Waren die *Konzepte, die Rahmenbedingungen und die Praxis* im HPI der DSW geeignet, die Rechte von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und extrem herausforderndem Verhalten auf eine qualifizierte Unterstützung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auf die erforderliche gesundheitliche Versorgung und auf den Schutz ihrer Menschenrechte sicherzustellen? Und wie sind die Konzepte umgesetzt worden?

Mehrere Aspekte gaben Anlass, dies infrage zu stellen:

- ein vorherrschend gruppenbezogenes Wohnsetting,
- eine offenbar eher restriktiv ausgerichtete Praxis in alltäglicher Betreuung,
- das Fehlen von wirksamen Konzepten zur Gewaltprävention und Vermeidung von Zwang und FEM,
- insbesondere eine offenbar ungesteuerte Praxis im Einsatz und der Durchführung – teilweise unzulässiger - FEM und
- das offensichtlich weitgehende Fehlen externer Aufsichtsfunktionen zum Einsatz von FEM,
- Fehlen wirksamer fachlicher Beratungsstrukturen innerhalb und außerhalb des HPI,
- das Fehlen von Stufenkonzepten mit weniger restriktiven Maßnahmen und Notfallplänen,
- unzureichende Fort- und Weiterbildung in Deeskalation der vor Ort Tätigen,
- das Fehlen von Nachbesprechung und Evaluation von FEM,
- das reduzierte Einbeziehen der Betroffenen, ihrer Familien und gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter nach dem Einsatz von FEM,
- unzureichende Dokumentation und Transparenz von FEM,

- Einsatz ethisch inakzeptabler Methoden wie CS-Gas und chemischer Fixierung und
- Fehlen eines Nachsorgekonzepts für die Betroffenen wie Mitarbeitenden.

Allgemeine Fragestellungen

Ausgehend von der Situation im HPI des DSW stellten sich *grundsätzlichere Fragen zur Wohn- und Betreuungssituation* für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen generell:

- Reicht der *gesetzliche Rahmen des Wohn- und Teilhabegesetzes Nordrhein-Westfalen (WTG NRW)* aus, um die Rechte der in Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebenden Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten zu schützen, insbesondere vor jeder Form der Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch?
- Sind die bestehenden Regelungen im WTG NRW und Qualitätsgrundsätze in Einrichtungen hinsichtlich des *Einsatzes freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen* als ultima ratio wirksam genug?
- Welche Aufgaben haben die *rechtlichen Betreuer/Bevollmächtigten* der betroffenen Menschen und die Betreuungsgerichte im Zusammenhang mit dem Gewaltschutz und FEM?
- Stellen die Landschaftsverbände als Leistungsträger der Eingliederungshilfe in NRW den Leistungserbringern die *erforderlichen Rahmenbedingungen und Ressourcen* zur Verfügung, damit diese die notwendigen, oft aufwändigen Unterstützungsleistungen fachgerecht erbringen können?
- Wird der komplexe Unterstützungsbedarf für den betreffenden Personenkreis in der *Umsetzung des BTHG, im Landesrahmenvertrag und dessen Ausführung* ausreichend berücksichtigt? Wie nehmen die Leistungsträger ihre Leistungsverpflichtung „für eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung“ (*Sicherstellungsauftrag*)¹ wahr?
- Welche *Angebotsstrukturen bestehen in Nordrhein-Westfalen* für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und extrem herausforderndem Verhalten?

¹ § 95 SGB IX

Entsprechen diese den Anforderungen der UN-BRK und dem BTHG? Wie sollen aus fachwissenschaftlicher Sicht diese Angebotsstrukturen gestaltet sein?

- Wie sehen Betroffene selbst und ihre Angehörigen die Situationen, welche Wünsche und Vorschläge gibt es zur Verbesserung?
- Verfügen die Leistungserbringer über *geeignete Fachkonzepte* für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und extrem herausforderndem Verhalten in ihren Wohn- und Betreuungseinrichtungen, insbesondere zum professionellen Handeln in kritischen Betreuungssituationen und zur Gewaltprävention? Entsprechen Sie den Vorgaben der UN-BRK?
- Welche *zusätzlichen und spezialisierten Dienste aus dem Gesundheitswesen*, insbesondere psychiatrische und psychotherapeutische Angebote stehen den betreffenden Menschen mit Behinderungen und den Wohneinrichtungen zur Verfügung?
- Erhalten Mitarbeitende in den jeweiligen Diensten und Einrichtungen die erforderliche *Anleitung, Qualifizierung und Unterstützung* für die hohen Anforderungen in diesem Arbeitsfeld?
- Welche qualifizierten *institutionsunabhängigen Beratungsstrukturen* sind geeignet, Lösungswege aus den offenbar oftmals schwierigen und kritischen Lebens- und Betreuungskonstellationen zu finden?

Schwerpunkte für die Bearbeitung des Auftrags

Daraus setzte sich die Expertenkommission *folgende Arbeitsschwerpunkte*, die sich auch in der Gliederung des Abschlussberichts mit entsprechenden Empfehlungen widerspiegeln:

- Sichtweisen und Verbesserungsvorschläge der betroffenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung selbst und von Angehörigen,
- Gewaltschutz in Einrichtungen der Eingliederungshilfe,
- Verbesserung ordnungs- und aufsichtsrechtlicher Regelungen im WTG NRW,
- Stärkung von Rechten sowie Schutz- und Hilfemaßnahmen für Betroffene im Einklang mit der UN-BRK,
- Empfehlungen an der Schnittstelle zum Betreuungsrecht (Betreuungsgerichte, rechtliche Betreuungen),
- Konsulentendienste als institutionsunabhängige Beratungsstrukturen,

- Verbesserung regionaler Angebotsstrukturen der Eingliederungshilfe, insbesondere zum Wohnen mit intensivem Unterstützungsbedarf,
- Verbesserung des medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystems einschließlich spezialisierter Angebote,
- Weiterentwicklung des Regelangebots der Eingliederungshilfe, sozialräumliche Vernetzung und Kooperation.

2.2 Verständnis des Personenkreises

Der Auftrag für die Expertenkommission zielt auf „*Betreuungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und extremen herausfordernden Verhalten.*“

Anlassbezogen beschränken sich der Bericht und die Empfehlungen der Kommission auf *erwachsene* Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten.

Kognitive Beeinträchtigung

Im vorliegenden Bericht und den Empfehlungen der Kommission sprechen wir von Menschen mit *kognitiven Beeinträchtigungen*. Unter einer *kognitiven Beeinträchtigung* (Synonyme: Intelligenzminderung (ICD-10); intellektuelle Entwicklungsstörung (ICD-11)) versteht man unterdurchschnittliche intellektuelle und adaptive Fähigkeiten (IQ<70), die sich während des Heranwachsens, in der Regel in der frühen Kindheit, manifestieren.² Im Sozialrecht und vielen Einrichtungen hat sich zumeist die Bezeichnung „geistige Behinderung“ erhalten. Selbstvertreter*innen sprechen von sich als „Menschen mit Lern-Schwierigkeiten.“³ Von einer kognitiven Beeinträchtigung wird, in Abgrenzung z.B. zur Demenz oder erworbenen Hirnschädigungen, gesprochen, wenn diese sich in frühen Entwicklungsjahren, also noch vor dem Erreichen des Erwachsenenalters, manifestiert. Die kognitive Beeinträchtigung kann in Abhängigkeit vom Intelligenzquotienten unterschiedlich ausgeprägt sein (leicht, mittelgradig, schwer, schwerst) und mit weiteren körperlichen oder seelischen Behinderungen verbunden sein (Mehrfachbehinderung, komplexe Behinderung).

² WHO: ICD-11, im Internet: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/>; Stand: 15.12.2020

³ Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.: Wir wollen nicht "geistig behindert" genannt werden. Wir sind Menschen mit Lern-Schwierigkeiten. <https://www.menschzuerst.de/>

Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen

Bei etwa 10 % der deutschen Bevölkerung liegt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes eine Schwerbehinderung vor, wobei in 13 % eine geistige oder seelische Behinderung führend ist.⁴ Nach Angaben der WHO sind weltweit ca. 100 Millionen Menschen von einer intellektuellen Behinderung betroffen⁵. Die Prävalenz wird auf 1,2 % geschätzt, Tendenz steigend.⁶ Hinzu kommen die Personen mit einer durch Krankheiten oder Unfälle erworbenen Hirnschädigung (ca. 1 %), sodass insgesamt von knapp 2 Millionen Menschen in Deutschland mit einer angeborenen oder im Verlauf erworbenen chronischen kognitiven Beeinträchtigung auszugehen ist. Bezogen auf die Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sind *ca. 350.000 Menschen von einer erworbenen oder angeborenen kognitiven Behinderung betroffen.*

Behinderung als Einschränkung von Teilhabe

Entgegen früheren, meist defizitär geprägten Zuschreibungen wird Behinderung heute im Rahmen *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* als bio-psycho-sozialer Wechselwirkungsprozess gesehen zwischen individuellen (physischen und psychischen) Faktoren und Kontextfaktoren, d.h. förderlichen oder hinderlichen Faktoren der sozialen und materiellen Umwelt sowie personbezogener Faktoren. Eine negative Wechselwirkung führt zur Behinderung im Sinne einer Einschränkung von Teilhabe.⁷ Dementsprechend und unter Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention⁸ formuliert das BTHG für soziale Unterstützungssysteme den Auftrag, die *volle, wirksame und gleichberechtigte*

⁴ Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 230 vom 24. Juni 2020. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html#:~:text=Juni%202020,mehr%20als%20am%20Jahresende%202017.; Stand: 27.01.2021

⁵ GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* (London, England), 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

⁶ Zablotsky B, Black L, Maenner MJ, Schieve LA, et al. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics* 2019; 144(4): e20190811

⁷ DIMDI 2005; vgl. auch DHG 2021, 12;49.

⁸ https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf

*Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.*⁹ Mit dem neuen Teilhaberecht wurde die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs für Menschen mit Behinderung an Instrumente gebunden, die sich an der ICF orientieren, um Einschränkungen der Teilhabe in *neun relevanten* Teilhabebereichen zu ermitteln und so gemeinsam mit dem jeweiligen Leistungsberechtigten den Unterstützungsanspruch zu definieren.¹⁰ Dieser Anspruch besteht unabhängig davon, wie umfangreich oder komplex die Beeinträchtigungen sind. „Teilhabe ist unteilbar!“¹¹ Dieses Grundverständnis und die Kategorien der ICF liegen auch dem Instrument zur Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe für Nordrhein-Westfalen zugrunde, dem BEI_NRW.¹²

Herausforderndes Verhalten

Herausforderndes Verhalten (auch: *Verhaltensstörungen*, *Verhaltensauffälligkeiten*, *Problemverhalten* o.ä.) kann bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung als eine zusätzliche Erschwernis von Teilhabe gesehen werden. Darunter versteht man nach Emerson und Bromley (1995) „kulturell ungewöhnliches Verhalten von derartiger Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass entweder die körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder anderer Personen ernsthaft gefährdet ist“ oder „dem Betroffenen die Nutzung öffentlicher Einrichtungen erheblich erschwert oder verweigert wird.“¹³ Herausfordernde Verhaltensweisen treten etwa bei jedem 4. bis 5. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf (23 - 25%)¹⁴ und beeinträchtigen die Lebensqualität und Teilhabefähigkeit von Betroffenen erheblich. Ob und welches Verhalten als herausfordernd wahrgenommen wird, hängt von geltenden Normen, von interaktiven Prozessen und vom jeweiligen sozialen Kontext ab.¹⁵ Als besonders herausfordernd werden Verhaltensweisen erlebt, die bedeutsame Risiken für das körperliche oder

⁹ § 1 (Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) und § 90 SGB IX (Aufgabe der Eingliederungshilfe)

¹⁰ § 118 SGB IX Instrumente der Bedarfsermittlung

¹¹ Teilhabe ist unteilbar! Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten: Ausschreibungsthema des DHG-Preises 2010. <https://dhg-kontakt.de/dhg-preis/>

¹² Bedarfe ermitteln – Teilhabe gestalten. BEI_NRW. Handbuch: https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/hilfeplan/Handbuch_BEI-NRW_10_04.pdf

¹³ Emerson E, Bromley J (1995) The form and function of challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research* 39: 388–398.

¹⁴ Cooper/Smiley/Morrison/Williamson/Allan (2007) a.a.O.; Shehan/Hassiotis/Walters (2016) a.a.O.

¹⁵ Zum Verständnis und Erklärungsansätzen vgl. Theunissen 2021,49ff; Dieckmann/Haas/Bruck 2007,15ff

seelische Wohlbefinden bzw. die körperliche oder psychische Unversehrtheit der Menschen mit Behinderung selbst oder ihrem Umfeld darstellen und damit den Zugang zu regulären Wohn- und Beschäftigungssettings im Gemeinwesen deutlich erschweren. „Hier sind es vor allem aggressive Verhaltensweisen, die sich gegen andere Personen oder Sachen richten, selbstverletzendes Verhalten, Wut- und Gefühlsausbrüche, stark störendes Lautieren, dauerndes Schreien und Klagen, Kotschmieren und extrem zwanghaftes Verhalten.... Auch Straftaten wie Eigentums-, Sexual-, Drogen- oder Gewaltdelikte gehören zu herausfordernden Verhaltensweisen.“¹⁶ Es sind vorwiegend Menschen mit diesen Verhaltensweisen, die wir im Blick haben, wenn bei den Empfehlungen der Expertenkommission von *intensivem Unterstützungsbedarf* gesprochen wird.

Der medizinische Terminus „Verhaltensstörung“ legt eine ursächliche Zuschreibung an den einzelnen Menschen nahe, der Symptome oder Auffälligkeiten zeigt.¹⁷ Der Begriff „*herausforderndes Verhalten*“ soll verdeutlichen, dass es sich um eine Störung im Verhältnis von Individuum und seinem Umfeld handelt. Insofern gilt auch für herausforderndes Verhalten, dieses im Sinne der ICF als bio-psycho-sozialer Wechselwirkungsprozess körperlicher Faktoren, psychischer Entwicklungsprozesse sowie Kontextfaktoren der sozialen und materiellen Umwelt zu begreifen. Es geht um systemische Störungen in subjektiv bedeutsamen sozialen Beziehungen oder festgefahrene Lebens- und Betreuungssituationen in einem Unterstützungssystem. Von großer Bedeutung zum Verständnis herausfordernden Verhaltens ist, was in der ICF als (nicht klassifizierte) *personenbezogene Faktoren* bezeichnet wird, z. B. allgemeine Verhaltensmuster, persönlicher Lebensstil, psychische Belastbarkeit, Gewohnheiten, Bewältigungsstile, Sozialisation, Erziehung.¹⁸

Komplexer und intensiver Unterstützungsbedarf

Angesichts der großen Heterogenität der Problemlagen in Verbindung mit herausforderndem Verhalten sind Einschränkungen der Teilhabe nur individuell beschreibbar und notwendige Unterstützungsbedarfe nur individuell arrangierbar. Menschen mit eher schwerer kognitiver Beeinträchtigung kommunizieren in – für

¹⁶ Dieckmann/Haas/Bruck 2007, 17

¹⁷ Vgl. Bell B. (2021): Systemsprenger – ein rückschrittlicher Begriff. In: Orientierung 2021 (4), 19f

¹⁸ DIMDI 2005,22

Menschen ohne Behinderung – ungewöhnlichen Verhaltensweisen oftmals ihr emotionales Befinden (Ärger, Trauer, Verzweiflung, Kontaktbedürfnis usw.) oder ihre vitalen Bedürfnisse (Durst, Schmerz, Kälte usw.). Bei Menschen mit eher leichter kognitiver Beeinträchtigung geht es häufiger um herausforderndes, teils aggressiv vorgetragenes Sozialverhalten, um instrumentelles Verhalten, um sexualisierte Gewalt oder auch um Eigentumsdelikte.

Aufgrund der zusätzlichen Verhaltensproblematik und der damit verbundenen oft erheblichen Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sprechen wir hier von einem *komplexem bzw. intensiven Unterstützungsbedarf*: „Für den hier benannten Personenkreis sind Teilhabe Einschränkungen erheblich, in der Regel umfassend, d. h. sie beziehen sich auf alle ICF-Teilhabebereiche. Erforderlich sind entsprechend komplexe Unterstützungsleistungen und infrastrukturelle Rahmenbedingungen im Zusammenwirken verschiedener Leistungssysteme, um Teilhabebarrieren zu beseitigen bzw. zu reduzieren sowie Teilhabechancen zu erschließen bzw. zu erweitern. Fehlende oder unzureichende Unterstützungsangebote bedeuten für diese Menschen ein hohes Exklusionsrisiko.“¹⁹

Heilpädagogischer und multiprofessioneller Unterstützungsbedarf

Die Unterstützung von kognitiv beeinträchtigten Menschen mit erheblich herausforderndem Verhalten ist zweifellos eine *multiprofessionelle Aufgabe* insbesondere heilpädagogischer, therapeutischer und psychiatrischer Professionen und Dienste. In der Alltagsgestaltung und -begleitung (Assistenz) der Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe kommen *heilpädagogischen Fachkonzepten und heilpädagogischem Fachpersonal* eine große Bedeutung zu. Erforderlich ist „eine ausgeprägte Haltung der Achtsamkeit, eine hohe Beziehungsqualität und eine Professionalität in Planung, Handeln und Reflexion, um Bedürfnisse und Probleme zu erkennen und zu verstehen, auch nonverbal oder in herausforderndem Verhalten. Es geht darum, Selbstbestimmung erst zu ermöglichen, Entwicklungspotentiale zu unterstützen sowie Gefährdungen von Fremdbestimmung, Bevormundung und Missbrauch zu vermeiden.“²⁰

¹⁹ DHG Standards zur Teilhabe (2021) S.12

²⁰ DHG 2021,30; in den Standards der DHG zur Teilhabe und Assistenz seien hier vor allem hervorgehoben: Komplexe Unterstützungsarrangements, professionelle Beziehungsgestaltung, Qualifizierung, Sicherung gegen Fremdbestimmung und Machtmissbrauch, Zugang zu allgemeinen und speziellen Diensten, höherer Ressourcenbedarf (DHG 2021,34ff)

Fachliche Betreuungskonzepte, die sich explizit mit intensivem Unterstützungsbedarf im Kontext aggressiver Verhaltensweisen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen befassen²¹, erfordern qualifizierte heilpädagogisch-therapeutische Handlungskonzepte und Methoden, die sich statt an Verhaltensdefiziten an Stärken und Ressourcen ausrichten, so z. B. im Konzept „Positive Verhaltensunterstützung“.²² Die Fachkonzepte müssen hinsichtlich Diagnostik und Handlungsansätzen multiprofessionell ausgerichtet sein. Ein Grundverständnis von sozio-emotionaler Entwicklung und systemischen Prozessen ist unverzichtbar.²³ Professionelle Konzepte für Krisenbegleitung und -intervention müssen nicht nur vorhanden, sondern ständig geübt werden.

²¹ z.B. Heinrich J. Hg (2005); Gewaltsysteme und Systemgewalten (2013)

²² Theunissen G. (2020); zu weiteren heilpädagogischen Konzepten vgl. Theunissen G. (2021a); Theunissen G. (2021b)

²³ Sappok T, Zepperitz S. (2019) Das Alter der Gefühle - über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe Verlag

3. Anspruch und Erwartungen der betroffenen Menschen

Vorbemerkung

In diesem Abschnitt steht die Sicht von betroffenen Menschen im Fokus.

Dem Grundsatz "Nicht ohne uns über uns" folgend, war das Gespräch mit unmittelbar von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffenen Menschen ebenso wie mit Angehörigen, zugleich oft auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, für die Expertenkommission von besonderer Bedeutung. Es sollte ein Einblick in die Lebenswirklichkeit und Sichtweisen von Bewohnerinnen und Bewohner in fakultativ geschlossenen Einrichtungen gegeben werden und eine Idee davon vermitteln, wie Freiheitsentziehungen von den unmittelbar betroffenen Menschen empfunden werden und welche Wünsche und Erwartungen sie an das Hilfesystem haben, in dem sie, bzw. ihre Angehörigen leben.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 BGB basieren gerade nicht auf der Zustimmung der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern ihrer rechtlichen Vertretung und einer gerichtlichen Genehmigung. Im Rahmen der gerichtlichen Anhörung haben die Betroffenen zwar die Gelegenheit sich zu äußern, die Entscheidung einer Unterbringung bzw. der Maßnahme obliegt jedoch der rechtlichen Vertretung (Betreuer, Bevollmächtigte), soweit die Voraussetzungen (§§ 1906, 1901 BGB) vorliegen und das zuständige Betreuungsgericht dies nach Einholung eines Sachverständigengutachtens bzw. ärztlichen Attests genehmigt. Solche Genehmigungen können eine Dauer von einem oder gar zwei Jahren haben. Es ist also häufig gerade keine persönliche Entscheidung der Bewohnerinnen und Bewohner, an diesem Ort zu leben. Von der Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechts im Sinne des SGB IX kann zudem wegen der sehr begrenzten Angebotsstruktur kaum ausgegangen werden.

3.1 Einblicke in die Sichtweisen von Menschen, die unmittelbar von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind.

Nicht nur im Alltag und im Umgang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten ist es wichtig mit ihnen zu reden, auf sie zu hören und wahrzunehmen, was sie für ihre bestmögliche Entwicklung und ihre persönliche Perspektive benötigen. Auch für die Gestaltung von Rahmenbedingungen, Schutzvorkehrungen und Unterstützungsstrukturen ist die Sichtweise der unmittelbar Betroffenen von handlungsleitender Bedeutung.

Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner

Insgesamt konnten fünf Menschen gewonnen werden, die derzeit in einer fakultativ geschlossenen Wohnform leben - also unmittelbar von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind. Alle Bewohner sind zwischen 30-45 Jahre alt und leben bereits seit mehreren Jahren in einer solchen Wohnform (zeitweise mit Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB). Die Gespräche wurden von Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner durchgeführt. Den Gesprächen liegt ein Leitfaden zugrunde, der aus den unten aufgeführten Fragen bestand. Alle Bewohnerinnen und Bewohner haben sofort ihre Bereitschaft erklärt, an einem solchen Gespräch teilzunehmen. Ihnen wurde adressatengerecht (in einfacher Sprache) und transparent dargelegt, aus welchem Anlass diese Interviews entstanden sind und wie diese verwendet werden sollen. Auszüge aus den erfolgten Gesprächen werden authentisch und ungefiltert wiedergegeben. Um die Anonymität der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern, wurden ihnen für die Wiedergabe der Interviews Ziffern zugeordnet.

Die dargestellten Interviews haben je nach Wunsch der jeweiligen Gesprächspartner in den persönlichen Räumlichkeiten oder auch außerhalb der Wohneinrichtung stattgefunden. Den Bewohnerinnen und Bewohnern stand es zudem selbstverständlich frei, jederzeit persönliche Pausen in Anspruch zu nehmen oder den Abbruch des Gesprächs zu erklären.

Die Interviews beinhalten insgesamt 11 Fragen, die in einfacher Sprache formuliert sind.

Frage 1: Was bedeutet es für Sie in einer fakultativ geschlossenen Einrichtung zu leben?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Mir geht es besser, ich fühle mich hier wohler. Ich würde das nicht schaffen ohne Betreuer. Wenn es mir schlecht geht. Manchmal greif ich die an. Das tut mir dann leid. Aber dafür kann ich dann nichts. Viele von den Betreuern mag ich auch.

Bewohnerin oder Bewohner 2: Mir geht es gut hier. Ich weiß nicht, was ich sagen soll. Ich kann mir nicht vorstellen, woanders zu wohnen. Hier ist es gut. Manchmal sehr laut, aber daran bin ich gewöhnt.

Bewohnerin oder Bewohner 3: Hier habe ich Schutz. Alleine, außerhalb der Einrichtung würde ich nicht klarkommen. Ich hätte dann Angst, dass ich wieder spiele oder mit falschen Menschen zu tun habe und zu viel trinken könnte. Das würde einfach nicht gehen. Ich brauche das Wohnheim.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Es ist nicht schön in einer geschlossenen Einrichtung zu leben, ich finde das scheiße. Ich möchte lieber nach draußen gehen können und mit meinem Freund zusammenleben, den ich in der Klinik kennengelernt habe. Ich möchte mich auch mit Freunden treffen, wenn ich das möchte, aber das erlauben meine Mutter und die MitarbeiterInnen nicht.

Bewohnerin oder Bewohner 5: Ich finde das blöd, weil ich nicht machen kann, wonach mir ist. Ich muss mich immer an die Zeit der MitarbeiterInnen richten. Ich fühle mich dadurch manchmal eingeschränkt. Auch, weil ich nicht alleine einkaufen gehen kann. Ich wünsche mir manchmal ein normaleres Leben, so wie andere das haben.

Die Antworten der Bewohnerinnen und Bewohner beleuchten unterschiedliche Facetten, die in ihrer Biographie und ihrem unmittelbaren Unterstützungsbedarf begründet sind. Es kommen gewaltvolles Handeln, Mitarbeitendenkontakt, institutionelle Rahmenbedingungen, Ängste im Zusammenhang mit den persönlichen

Unterstützungsbedarfen und die Bewertung von freiheitsentziehenden Maßnahmen zum Ausdruck. Es wird deutlich, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre persönlichen Lebensumstände bewerten können und eine Position dazu erarbeitet haben. Die Antworten auf die zweite Frage unterstreichen dies noch einmal sehr deutlich:

Frage 2: Was bedeutet überhaupt geschlossen und warum ist das so?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Ich muss Auflagen erfüllen. Von der Forensik. Weil ich etwas gemacht habe. Hier sind alle Türen zu. Ich kann nicht alleine raus. Wenn dann nur mit einem Betreuer. Fühle mich dann aber auch gut, dass alles zu ist.

Frage 3: Soll das so bleiben?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Ja, für mich ist das gut. Weil dann passiert das nicht nochmal. Dass was ich gemacht habe. Ich möchte hierbleiben, bei euch.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden unter dem Aspekt Schutz für sich selbst betrachtet und in Bezug auf die eigene Entwicklung gesetzt. Außerdem findet die persönliche Einschätzung zur eigenen Entwicklung Berücksichtigung.

Frage 2: Was bedeutet überhaupt geschlossen und warum ist das so?

Bewohnerin oder Bewohner 5: Ich bin geschlossen untergebracht, weil ich mich selbst verletze, wenn es mir richtig schlecht ist. Dadurch werde ich geschützt. Geschlossen heißt, dass alles zu ist und ich nicht alleine die Einrichtung verlassen kann. Ich habe das früher gebraucht aber, wenn es nach mir geht, dann brauche ich das nicht mehr.

Frage 3: Soll das so bleiben?

Bewohnerin oder Bewohner 5: Nein. Ich wünsche mir, dass ich bald im ambulant betreuten Setting leben kann. Am liebsten in der Nähe meiner Familie. Ich denke, dass das klappen könnte, weil ich mich nicht mehr so oft verletzte und viel besser auf MitarbeiterInnen zugehen kann, wenn es mir schlecht geht. Ich fordere von mir aus meine Bedarfsmedikation ein und ich raste nicht mehr so schnell und heftig aus wie früher.

Ich muss noch lernen nicht so faul zu sein und Dinge selbst zu machen. Ich fordere oft Hilfe von MitarbeiterInnen ein, obwohl ich dies alleine kann. Ich weiß, dass ich im ambulanten Setting viel mehr alleine machen muss.

Der Schutzaspekt steht hier in einem anderen Zusammenhang und zeigt auf, welche rechtlichen Aspekte für die Bewohnerinnen und Bewohner Relevanz haben.

Die Einschätzung zur persönlichen Zukunft in Bezug auf die persönlichen Entwicklungsschritte wird hier deutlich zum Ausdruck gebracht. Der Wunsch nach einem eigenständigeren Leben außerhalb einer besonderen Wohneinrichtung und zu einer anderen Unterstützungsform wird klar benannt und konkret begründet.

Die Antworten auf die Frage nach den erforderlichen und gewünschten Unterstützungsformen spiegeln die unterschiedlichen Erwartungen und Bedarfe unter Berücksichtigung der eigenen Lebensentwürfe wieder.

Frage 4: Was für Hilfe brauchen Sie damit es Ihnen bessergeht, wenn Sie sehr belastet sind?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Unterstützung durch MitarbeiterInnen, Bedarfsmedikation. Ich kann oft und immer mit den Betreuern reden. Die nehmen sich dann auch immer Zeit. Also wenn die können. Hier wohnen ja noch andere. Deswegen können die dann nicht immer. Wenn es ganz schlimm ist, möchte ich dann eingewiesen werden. Manchmal ist das für mich das Einzige was hilft.

Bewohnerin oder Bewohner 2: Gespräche mit MitarbeiterInnen, Musik hören (laut). Einmal war ganz schlimm, da wollte ich dann von alleine in die Klinik. Aber meistens geht's mir gut. Mir geht's nicht so oft schlecht. Ich kann in die TGA (tagesgestaltende Angebote), oder bei Ausflügen mit. Die Betreuer gehen mit mir zur Sparkasse oder einkaufen, alles gut.

Bewohnerin oder Bewohner 3: Ich brauche ein Gespräch oder auch mehrere. Ich möchte nicht alleine sein. Manchmal hilft Bedarfsmedikation. Ich lenke mich ab, indem ich mit meiner Freundin Zeit verbringe. Oder auch mit Betreuern oder Mitbewohnern. Ja... sonst... Manchmal mache ich alles dunkel in meinem Zimmer und schlafe dann in meinem Sessel. Skills nutze ich auch oft. Schärfe hilft mir.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Ich möchte gerne eine Therapie machen, am liebsten Bewegungstherapie und Fitness. Ich gehe auch reiten. Aber nur 1x die Woche, mit Lexus. Vielleicht, wenn ich mehr abgenommen habe, darf ich ein anderes Pferd reiten. Letztes Mal durfte ich nur Kutsche fahren, weil ich zu dick bin (lacht). Hier können die mir nicht helfen, in der Klinik ist es besser. Da machen die Therapie mit mir.

Bewohnerin oder Bewohner 5: Schmuseeinheiten und viel Kontakt zu Mitarbeiter*innen, die ich gerne habe. Manchmal hilft es mir meine Skills zu benutzen, aber ich warte manchmal zu lange und dann geht es mir schon so schlecht, dass es zu spät ist die Skills zu nutzen.

Neben therapeutischen, medizinischen Ansätzen (sowohl ambulant als auch stationär), als auch heilpädagogisch, pädagogisch ausgerichteten Unterstützungsleistungen werden hier methodisch inhaltlich weitere Aspekte angesprochen. Einfache Gespräche als Basis von Bezugs- und Beziehungsarbeit, als auch die Anwendung von *individuellen Skills* (bezeichnet den Einsatz von erlernten Techniken und Fertigkeiten im Rahmen einer Psychotherapie, z.B. den Einsatz von Schärfe als Gegenreiz zu einer selbstverletzenden Handlung) als Strategie bei krisenhaften Emotionen werden hier benannt. Auch wird auf den gewünschten Einsatz von Bedarfsmedikation hingewiesen. Weiter werden soziale Aspekte, wie Freundschaften und soziale Bindungen im Alltag der Bewohner*innen als Bewältigungsstrategien genannt.

Die „eine“ Lösung wird von den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht benannt.

Die nächste Frage bezieht sich auf Freundschaften und soziale Beziehungen und wirft ein Licht auf die Unterstützungsbedarfe in diesem Bereich.

Frage 5: Kommen Ihre Freunde mal zu Besuch?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Nein. Ich habe nicht so viele Freunde. Manchmal kommt xx mich besuchen, aber meistens gehe ich ihn besuchen. Oder den xy. Dann hören wir zusammen Musik. Oder wir trinken Kaffee und quatschen. (Erklärung: Bewohner xx und xy sind andere Bewohner der Wohneinrichtung)

Bewohnerin oder Bewohner 2: Eher selten. Ich habe keine Freunde. Manchmal besuchen mich Mitbewohner oder ich besuche die, aber sonst. Meine Eltern und meine Schwester besuchen mich. Die bringen mir dann auch immer etwas mit oder wir bestellen bei Amazon (lacht).

Bewohnerin oder Bewohner 3: Ich habe Freunde im Wohnheim und Arbeitskollegen. Meine Arbeitskollegen kommen jetzt nicht so zu Besuch. Aber meine Freunde aus dem Wohnheim schon, oder ich besuche die. Ich habe auch eine Freundin im Wohnheim. Mit ihr verbringe ich auch gerne viel Zeit.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Nicht so wirklich, ich habe dafür zu viele Freunde. Ich darf nur Besuch haben, wenn ich mich benehme. Und das muss begleitet werden. Das finde ich doof. Ich will mit Benedikt (Name geändert) alleine sein (lacht). Ich lerne viele neue Leute kennen, in der Klinik und manchmal draußen.

Bewohnerin oder Bewohner 5: Nein. Ich habe keine Freunde, weil ich den Kontakt zu diesen verloren habe. Ich hatte früher einige Freunde in Stadt xy, aber durch meine Mutter sind damals viele Kontakte abgebrochen. In der Einrichtung komme ich nicht mit so vielen Mitbewohner*innen zurecht, weil die mich immer provozieren. Aber ich habe jetzt einen Partner in der Einrichtung, mit welchem ich viel Zeit verbringe. Er besucht mich oft, ich besuche aber auch ihn.

Kontakte innerhalb der Wohneinrichtung werden thematisiert, sowohl negativ als auch positiv besetzt. Kontakte außerhalb der Wohneinrichtung werden deutlich als „Freundschaften“ bezeichnet und wahrgenommen. Familiäre Bindungen sind vorhanden. Sie werden mit materiellem Nutzen, aber ebenso mit Einschränkungen bei Kontakten zu anderen Menschen in Verbindung gebracht. Weitere Aspekte sind enge Begleitungsstrukturen durch Mitarbeitende, die auf Kontakte und den Gestaltungsspielraum signifikant Einfluss nehmen.

An die Fragen von sozialen Bindungen schließt sich die Frage nach dem Wohlbefinden allgemein und der Gestaltung der Freizeit an. Auch hier zeigt eine Auswahl der Aussagen, wie facettenreich die verschiedenen Themengebiete betrachtet und empfunden werden.

Frage 6: Wenn es Ihnen gut geht, wie sieht dann ihr Tag aus?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Gute Laune.

Bewohnerin oder Bewohner 2: Gute Laune, bessere Tagesgestaltung dementsprechend mehr Spaß. Ich kann mich dann mehr alleine beschäftigen. Ich bin aber auch gerne mit Betreuern zusammen. Ich übernachtete auch bei Mitbewohnern, aber nicht bei Frauen.

Bewohnerin oder Bewohner 3: Rausgehen, spazieren, Kaffee trinken. Ich mache dann auch viel Spaß mit den Betreuern.

Frage 7: Was macht Ihnen dann besonders Spaß?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Fußball gucken, andere BewohnerInnen besuchen. Ich bin dann auch viel im Garten. Melde mich dann aber auch immer bei den Betreuern ab, dass die wissen wo ich bin.

Bewohnerin oder Bewohner 2: Das Einkaufen, Freude an gekaufter Ware z.B. Hose, Zigarettendose oder so. Mehr fällt mir nicht ein (lacht).

Bewohnerin oder Bewohner 3: Ich habe am meisten Spaß an Kochen und Ausflügen.

<p>Die Bewohnerinnen und Bewohner thematisieren hier die eigenen Emotionen und die persönlichen Aktivitäten, die dann unternommen werden. Dies betrifft sowohl Aktivitäten innerhalb, als auch außerhalb der Wohneinrichtung. Aber auch persönliche Vorlieben, wie Shoppen, Kochen und Fußball. Hier werden persönliche Erfahrungen konkret benannt und sind positiv besetzt.</p>

Frage 8: Können Sie mit anderen Menschen über Ihre Probleme reden?

Bewohnerin oder Bewohner 2: Nur mit den MitarbeiterInnen. Nicht mit allen. Deswegen raste ich dann auch aus, glaube ich. Und wenn die keine Zeit haben. Aber hier wohnen ja auch andere und den geht es ja auch manchmal schlecht. Bei manchen dauert das dann, weil manche ja auch nicht sprechen können.

Bewohnerin oder Bewohner 3: Meistens mit MitarbeiterInnen. Aber nicht mit allen. Ich rede aber auch manchmal mit meiner Freundin. Sonst fällt mir keiner ein, mit dem ich sprechen würde. Ich traue nicht allen.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Ja, mit Sabrina (Name verändert), weil sie eine Frau ist. Und meine Freundin. Sie wohnt in xx. Zusammen mit Benedikt (Name verändert), mit dem kann ich auch reden, er ist ja mein Freund. Ich mag die Therapeutin in der Klinik. Also nicht immer, aber meistens ist die nett.

Bewohnerin oder Bewohner 5: Nein, nicht immer. Wenn ich zu lange warte, bin ich zu wütend und auch wenn dann die MitarbeiterInnen fragen, sage ich oft „schon gut“. Die müssen mir das dann aus der Nase ziehen. Ich kann gut mit meiner Tante Bärbel (Name verändert) sprechen, die rufe ich auch oft an und sie hört mir zu.

Diese Fragestellung wird von den Bewohnerinnen und Bewohnern sehr differenziert und klar abgegrenzt beantwortet. Der Kontakt zu den Mitarbeitenden wird durchaus kritisch betrachtet. Sie benennen Vorlieben, als auch Abneigungen bei eben diesen. Zum Teil ist auch die Familie Teil der Bewältigungsstrategien. Gleichfalls wird das Thema Vertrauen zu anderen Menschen aufgegriffen.

Die nächste Frage erfragt konkrete Empfindungen der betroffenen Menschen in Verbindung zu ihren Gesprächspartnern.

Frage 9: Haben Sie das Gefühl, dass die Menschen Sie dann auch verstehen?

Bewohnerin oder Bewohner 2: Ich habe das Gefühl von Verständnis.

Bewohnerin oder Bewohner 3: Manchmal nicht. Am ehesten mit meinem Bezug und meiner Bezugsvertretung und dann gibt es noch zwei MitarbeiterInnen. Meistens allerdings nach dem Schub.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Bei meinen Bezugsmitarbeiterinnen, ja. Aber in der Klinik können die mir besser helfen. Die geben mir Medikamente mit einer Spritze. Manche Mitarbeiterinnen mag ich nicht. Mit denen will nicht reden.

Bewohnerin oder Bewohner 5: Ja. Bei den meisten schon. Aber manchmal mache ich es den Mitarbeiter*innen auch schwer, ich glaube das liegt an meiner Krankheit.

Aber ich bin immer froh, wenn meine Lieblingsmitarbeiter*innen im Dienst sind. Die haben aber nicht immer Zeit.

Neben dem Thema der Bezugsmitarbeitenden wird zudem das Thema Medikation, persönliche Diagnose und auch fehlende Zuwendung, durch fehlende Zeit der Mitarbeitenden thematisiert. Es ist erkennbar, dass es unterschiedliche Qualitäten in den Beziehungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie den Mitarbeitenden gibt. Die Bewohnerinnen und Bewohner setzen das Thema Verständnis in Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung und dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik bzw. der Vergabe von Bedarfsmedikation.

Frage 10: Kennen Sie den LWL?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Ja, ich war schon da. Aber jetzt schon lange nicht mehr. Ich brauche das auch nicht. Mir geht es gut. (Erklärung: gemeint ist hier die psychiatrische Klinik)

Bewohnerin oder Bewohner 3: Ja, kenne ich. Ich kenne die Klinik. Ich will dort aber nicht hin. Ich bin da allgemein ungerne. Ist einfach so, muss ich ja jetzt nicht sagen warum.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Ja, kenne ich gut. Da will ich hin. Die können mir da viel besser helfen, als hier. Die machen da viel mehr Therapie und so. Und Benedikt (Name verändert) und Sabrina (Name verändert) wohnen da (lacht).

Bewohnerin oder Bewohner 5: Ja. Ich war früher oft in der Klinik. Ich möchte da gerne eine Therapie machen, aber die bekomme ich nicht. Warum weiß ich nicht. Ich weiß, dass ich mein Geld vom LWL bekomme. Ich finde aber, dass das viel zu wenig ist.

Ein Großteil der befragten Bewohnerinnen und Bewohner bringen mit dem LWL die psychiatrische Klinik in der Stadt, in der sie wohnen, in Verbindung. Ein Bewohner hat die Kenntnis, dass der LWL als Kostenträger fungiert.

Die abschließende Frage 11: Wenn Sie drei Wünsche frei hätten welche wären das?

Bewohnerin oder Bewohner 1: Neue Hose, mehr Geld.

Bewohnerin oder Bewohner 2: Ich möchte öfter meine Mutter besuchen, mehr fällt mir nicht ein.

Bewohnerin oder Bewohner 3: Mein Ziel wäre für die Zukunft, das Leben in einer Wohngemeinschaft, aber dafür brauche ich noch Zeit. Vielleicht später mal, wenn ich älter bin (lacht) und dass ich mit meinen Freunden weiterhin gut klarkomme und dass mehr Ausflüge stattfinden können.

Bewohnerin oder Bewohner 4: Ich hätte gerne ein Handy, würde gerne bei meiner Freundin Sabrina (Name geändert) übernachten und mit Sabrina (s.o.) Kaffee trinken. Ich möchte noch in der Klinik wohnen, mit Sabrina (s.o.) zusammen, so eine WG. Und dann kann ich vielleicht auch mal bei Benedikt (Name geändert) schlafen (lacht), Nein...

Bewohnerin oder Bewohner 5: Ich würde gerne in der Nähe meiner Familie leben (Stadt Xy), damit ich meinen Bruder und meine Tante öfter sehen kann und ich würde gerne eine Therapie machen, um meine Krankheit loszuwerden.

Die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner sind so unterschiedlich wie die individuellen Lebenswirklichkeiten. Neben materiellen Gütern werden Familien- und Freundeskontakte sowie der Wunsch nach einer eigenständigeren, selbstständigeren Wohnform in der Zukunft benannt. Die Erwartungen an das Unterstützungssystem divergieren in dem Maße, wie der eigene Bedarf eingeschätzt wird und inwieweit individuelle Zukunftsperspektiven entwickelt werden.

Die Vorstellungen der Bewohnerinnen und Bewohner über den Umfang und die Art der gewünschten Unterstützungsleistungen sind sehr unterschiedlich. Sie bringen ihre Erwartungen an ihr Umfeld oftmals deutlich zum Ausdruck. Anspruch des Unterstützungssystems ist es, unabhängig von der Beeinträchtigung passgenaue, individuelle und zukunftsorientierte Entwicklungsmöglichkeiten zu ermöglichen. Das gelingt nicht immer und ist abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen des Unterstützungssystems.

3.2 Zusammenfassung des Gesprächs mit der Angehörigenvertretung der Diakonischen Stiftung Wittekindshof

Vier Mitglieder der Expertenkommission führten ein zweistündiges Gespräch per Videokonferenz mit den Mitgliedern der Angehörigenvertretung der Diakonischen Stiftung Wittekindshof (DSW). Die Mitglieder der Angehörigenvertretung kommen aus verschiedenen Bundesländern. Zwei Mitglieder hatten unmittelbare Erfahrung mit dem inzwischen aufgelösten Geschäftsbereich der Heilpädagogischen Intensivbetreuung der DSW. Neben der Reflexion über die Vorgänge, die zur Einsetzung der Kommission geführt haben, dreht sich das Gespräch hauptsächlich um die empfundene Verantwortung von Eltern und Geschwistern, auch in ihrer Eigenschaft als rechtliche Betreuer, für ihre dort lebenden Angehörigen. Zwischen den Wahrnehmungen der Angehörigenvertretung und der beteiligten Kommissionmitglieder gab es zu einigen wenigen Punkten Abweichungen. Diesen Abweichungen wird durch eingefügte Fußnoten Rechnung getragen.

Die, aufgrund der Anzeigen von Angehörigen der betreuten Menschen in der HIB der DSW, eingeleiteten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen haben bei den Mitgliedern der Angehörigenvertretung Überraschung und Verunsicherung ausgelöst. Da Angehörige oftmals auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer sind, sehen sie sich auch in einer rechtlichen Verantwortung dafür, dass in der Einrichtung „alles mit rechten Dingen“ zugeht. Die Vorfälle, die den Eltern und Geschwistern, auch in ihrer Eigenschaft als Angehörigenvertretung, nahezu¹ ausschließlich über die Presse bekannt wurden, gehörten nicht zu ihren unmittelbaren Erfahrungen, die sie zum Umgang mit ihren Angehörigen in der DSW gemacht haben. Die Auswirkungen seien danach jedoch deutlich zu spüren gewesen. So war nach dem Bekanntwerden der Vorwürfe eine erhebliche Verunsicherung der Betreuungskräfte zu spüren, die sich auch durch einen hohen Krankenstand ausgedrückt hat. Inzwischen habe sich die Situation, sicher nicht zuletzt durch die Schlussfolgerungen, die nach den Ereignissen durch die Einrichtungsleitung gezogen wurden, erkennbar verbessert. So sei die

¹ Angehörigenvertretung: „zunächst“

Einsicht in die Dokumentation der Betreuten jederzeit möglich, auch die Gesprächsbereitschaft von Ärzten und Fachkräften seien gegeben. Besuche sind jederzeit möglich. Die Personalausstattung sei erkennbar verbessert.²

Die Suche nach dem geeigneten Wohnangebot

Als Eltern und Geschwister, ebenso wie als rechtliche Betreuer der Menschen mit Behinderung stehen sie in der Verantwortung, ein gutes Unterstützungssetting für ihre Angehörigen zu finden. Neben der oft vergeblichen Suche nach geeigneten Angeboten erfahren sie häufig, dass es „passende Wohnangebote“ in wohnortnahen Bezügen nicht oder nur sehr begrenzt gibt. Die betroffenen Angehörigen haben die Erfahrung gemacht, dass je komplexer die Beeinträchtigung ist, umso seltener ein Angebot in der bisherigen Wohnumgebung zu finden ist. Sie haben häufig bei der Suche Zurückweisung erfahren und schließlich verfügbare Betreuungsangebote weit entfernt, auch in anderen Bundesländern, in Anspruch nehmen müssen. Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Betreuungsangebot haben die Angehörigen nicht erfahren. Auch die Internetrecherche wird als mühselig und wenig zielführend beschrieben.

Nach einer häufig längerfristigen und aufwändigen Suche ist es insbesondere für die Angehörigen von Menschen mit Doppeldiagnosen und herausforderndem Verhalten eine große Erleichterung, wenn ihnen im Aufnahmegespräch von den Fachkräften des jeweiligen Wohnangebotes signalisiert wird: „wir fühlen uns für ihren Sohn, ihre Tochter zuständig.“ Diese Aussage und ein auf Regeln und deren Einhaltung basierendes, stark reguliertes Unterstützungsangebot, das Schutz und Sicherheit bietet, waren ausschlaggebende Punkte, sich für das Wohn- und Betreuungsangebot der DSW zu entscheiden. Auch wenn, vor allem in der Vergangenheit, festgestellt werden musste, dass die zwar grundlegend vorhandenen Konzepte, nicht zuletzt durch fehlendes oder ungeschultes Personal nicht immer umgesetzt werden konnten, so ist doch bei den Angehörigen eine deutliche Identifikation mit der DSW wahrzunehmen.

² Angehörigenvertretung: Die Einsicht in die Dokumentation der Betreuten sei auch vorher jederzeit möglich, auch die Gesprächsbereitschaft von Ärzten und Fachkräften seien stets gegeben.

„Wir machen das als Amateure“

In Bezug auf die Anwendung und Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen brachten die Angehörigen eine deutliche Verunsicherung zum Ausdruck. Als rechtlicher Betreuer geben sie ihre Einwilligung in die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen.³ Das löst einen erheblichen Verantwortungsdruck aus, dem sich die Angehörigen nur unzureichend gewachsen fühlen. *„Wir machen das als Amateure.“* *„Uns stehen Fachleute, Ärztinnen und Ärzte sowie Betreuungskräfte als Experten gegenüber, die über mehr Wissen und Einblicke in die jeweilige Situation verfügen.“* *„Oft müssen Entscheidungen unter Zeitdruck und nach telefonischer Schilderung der Sachlage getroffen werden.“* *Und dann haben wir auch noch die Richter im Nacken“.* Gespräche mit den Experten auf Augenhöhe sind kaum möglich.

Die Aufnahme des Angehörigen in der Wohneinrichtung wird zunächst häufig mit Erleichterung als Entlastung für den eigenen Alltag wahrgenommen. Das setzt das Vertrauen in die Einrichtung voraus. Daneben muss es aber auch ein Bewusstsein für den Aufgabenkreis und die Verantwortung als rechtliche Betreuer im Sinne eines kritischen Gegenübers geben. Das ist oft nicht gegeben. *„Dieser Bewusstseinsmangel rührt jedoch nicht daher, dass ein Mangel an Interesse besteht. Auch mit großem intrinsischen Interesse und der Bereitschaft viel Zeit investieren zu wollen, ist die Auseinandersetzung gerade aufgrund fehlender Informationen schwierig zu bewältigen.“*

Die Notwendigkeit als rechtliche Betreuer zu fungieren und gleichzeitig Angehöriger zu sein, wird gerade in kritisch behafteten Situationen als sehr belastend wahrgenommen. Einerseits einen guten Kontakt zur Einrichtung und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu pflegen und andererseits kritische Strukturen und Abläufe zu hinterfragen, führt häufig zu Rollen- bzw. Interessenskonflikten. Die Angst vor dem Verlust des Betreuungsangebotes wird in diesem Zusammenhang von einzelnen Angehörigen sehr deutlich zum Ausdruck gebracht.

Übereinstimmend beklagen die Angehörigen, dass sie gerade in Bezug auf ihre Aufgaben und Pflichten als rechtliche Betreuer ihrer Angehörigen ein erhebliches Informationsdefizit haben. Sie fühlen sich nicht eingebunden in

³ Angehörigenvertretung: Als rechtlicher Betreuer müssen sie in die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen einwilligen und die richterliche Genehmigung einholen.

entscheidungsrelevante Informationsstrukturen und vermissen eine geeignete Qualifizierung und bessere Vorbereitung zur adäquaten Durchführung ihrer Pflichten in ihrer Funktion.

Dies bringen die nachfolgenden Fragestellungen zum Ausdruck:

„Wer ist Ansprechpartner, der mich unabhängig beraten kann, wenn FEM anstehen?“

„Wie erreichbar muss ich sein?“

„Rollenkonflikt zwischen den Rollen als Elternteil und gesetzlicher Betreuer. Welche Angebote hierzu gibt es?“ *„Als Betreuer begibt man sich ja auch auf dünnes Eis, man hat ja Kontrollfunktionen zu FEM“.*

„Mit den Gesetzestexten können wir nicht viel anfangen“

Diskussionen auf Augenhöhe sind mit den Experten nicht möglich „wir überblicken das gar oft zu wenig“.

Der Wunsch nach Leitfäden, Broschüren und Informationen zu den Aufgaben, Pflichten und Rechten der rechtlichen Betreuer, insbesondere zu FEM wird deutlich vorgetragen. *„Als Angehöriger ist man ganz, ganz schnell überfordert, gerade auch wenn am Wochenende FEM vor Ort zu entscheiden ist“.*

Den Angehörigen auf Augenhöhe begegnen

Beratungsangebote von Betreuungsbehörden, Betreuungsgerichten oder Betreuungsvereinen waren nicht präsent oder bekannt und wurden nicht in Anspruch genommen. Gesprächsangebote und Informationsmaterialien haben die Angehörigen von diesen Stellen nicht erhalten. Insbesondere die Betreuungsgerichte wurden nicht als unterstützend erlebt. An Wochenenden gibt es in der Regel keine Möglichkeit zur direkten Kontaktaufnahme, so die Erfahrung der Angehörigen, „da gibt es nur eine Faxnummer“. In der Wahrnehmung der Angehörigen entscheidet der Richter ohne persönlichen Kontakt zu dem Betreuten. Auch hinsichtlich der Beantragung und Verlängerung von FEM wird von negativen Erfahrungen und nicht auf „Augenhöhe“ stattfindenden Kontakten berichtet. *„Ich würde nie auf die Idee kommen, als Mutter*

*und Betreuerin Kontakt zu einem Richter zu suchen.*⁴ Richterinnen und Richter werden oftmals als wenig emphatisch und „von oben herab“ wahrgenommen. Zusätzlich wird die Erreichbarkeit von Ärzten gerade am Wochenende als schwierig eingestuft.

Die Angehörigen in ihrer Funktion als rechtliche Betreuer wünschen sich inhaltliche, auf freiheitsentziehende Maßnahmen spezialisierte Schulungsangebote. *Sie wünschen sich ebenso Gesprächspartner mit denen darüber geredet werden kann, „wie ich die Betreuung am besten machen kann?!“.*

Deutlich wird auch, dass der LWL als Leistungsträger der Eingliederungshilfe in Bezug auf freiheitsentziehende Maßnahmen nicht als Ansprechpartner eingestuft wird. Kontakte einzelner Angehörige oder der Angehörigenvertretung zum Leistungsträger gibt es nicht. Lediglich bei der Erstbeantragung von Leistungen sei es zu telefonischen Kontakten gekommen. Konkrete Rückmeldungen erhalten sie nicht.

Von Seiten der DSW und vereinzelt auch durch die EUTB Beratungsstellen fühlen sich die Angehörigen im Zusammenhang mit der Umsetzung des BTHG gut informiert und unterstützt. Dies bezieht sich insbesondere auf die letzten Monate.

Die Mitglieder der Angehörigenvertretung machten deutlich, dass sie *gegenüber Dezentralisierungstendenzen kritisch eingestellt sind. Der „Campus“ sei für viele Bewohnerinnen und Bewohner ihre Heimat.* Hier steht ihnen eine (familienähnliche) Infrastruktur zur Verfügung, die sie außerhalb des Campus nicht vorfinden oder aufgrund der gesellschaftlichen und baulichen Barrieren nicht in Anspruch nehmen können. Die Konzentration ermöglicht eine Betreuungsdichte, wie sie für die betreuten Angehörigen als erforderlich angesehen wird. Auch biete sich hier ein geschützter Raum, der von den Angehörigen als sicherheitsgebende Umgebung wahrgenommen und geschätzt wird. Für die meisten Eltern und Geschwister ist es nicht vorstellbar, dass diese Bedingungen auch in kleinen Wohnangeboten, eingebettet in Wohngebieten, realisierbar sind. Sie wünschen sich eine Angebotsvielfalt, in der auch Komplexeinrichtungen ihren Platz haben. Diese sollten sich allerdings öffnen und z.B. durch eine campusnahe barrierefreie Wohnbebauung für alle Bürgerinnen und Bürger Inklusion ermöglichen.

⁴ Angehörigenvertretung: „Ich würde nie auf die Idee kommen, als Mutter und Betreuerin Kontakt zu den Richtern in Bad Oeynhausen zu suchen.“

Die Angehörigen erwarten

- eine umfassende Information und Schulung zu ihren Aufgaben als rechtliche Betreuer,
- eine Auseinandersetzung mit ihren Fragen, Sorgen, Einwänden auf Augenhöhe sowohl von den Fachkräften der Einrichtung, als auch von den entscheidenden Ärztinnen und Ärzte sowie Richterinnen und Richter und zwar sowohl in ihrer Eigenschaft als rechtliche Betreuer und als Angehöriger
- eine persönliche Erreichbarkeit des Betreuungsgerichts auch am Wochenende,
- vom Justizministerium, dass gerade in Regionen mit einer großen Zahl von Plätzen in Angeboten der Eingliederungshilfe diese flächendeckende Erreichbarkeit sichergestellt wird,
- eine Institution außerhalb der betreuenden Einrichtungen, die „auf neutralem Boden“ und folgenlos Fragen beantwortet, fachliche Einschätzungen vornehmen kann und ggf. Alternativen aufzeigt,
- Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Betreuungsangeboten,
- in den Einrichtungen einen besseren Personalschlüssel zur Gewaltprävention
- und eine Angebotsvielfalt, die eine Entscheidung für und gegen ein Betreuungsangebot ermöglicht.

3.3 Fazit

Für diejenigen, die von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind, sind sie eine lebensbestimmende Thematik, die alle Ebenen betrifft, immer präsent ist und im Alltag niemals in den Hintergrund tritt. Das gilt für die unmittelbar Betroffenen ebenso wie für ihre Angehörigen. Von beiden Parteien erfordert es eine ständige Auseinandersetzung damit.

Aufklärung, Beratung, Information und insbesondere Schulungen zur Verantwortung und zum Umgang damit, sind grundlegende Voraussetzung dafür, dass alle Beteiligten mit den immer und in jeder Beziehung schwierigen freiheitsentziehenden Maßnahmen umgehen können.

Es geht nicht nur darum, notwendige rechtliche Kenntnisse zu vermitteln, sondern auch darum Sicherheiten im Umgang mit FEM zu gewinnen, wenn eine Anwendung unvermeidbar ist und die Betroffenen in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Aber besonders die Suche nach Alternativen zu FEM ist bedeutsam. Ebenso wichtig ist die Bereitschaft, gängige Praktiken regelhaft in Frage zu stellen und neu zu bewerten. Im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen muss jederzeit die Offenheit aller Beteiligten bestehen, über alles reden zu können, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Einrichtung.

4. Im Lichte der UN-BRK:

Menschenrechtliche und andere normative Vorgaben zum Gewaltschutz

4.1 Menschenrechtliche Vorgaben für den Gewaltschutz in Einrichtungen und die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen

Menschen mit Behinderungen sind Trägerinnen und Träger von Rechten und müssen selbstbestimmt leben können. Sie sind insbesondere vor Gewalt und Missbrauch, vor Eingriffen in ihre persönliche Freiheit und ihre körperliche und seelische Unversehrtheit zu schützen. Die UN-Behindertenrechtskonvention schreibt dies vor (Artikel 14, 16 und 17 UN-BRK).

Menschen mit Behinderungen dürfen nicht aufgrund kognitiver, psychischer oder mehrfacher Beeinträchtigungen freiheitsentziehenden Maßnahmen unterliegen. Wie alle anderen auch haben Menschen mit Behinderungen das Recht auf persönliche Freiheit, das nicht eingeschränkt werden darf, etwa zu dem Zwecke einer vermeintlich leichteren Betreuung oder aufgrund von Personalmangel.

Die Grund- und Menschenrechte gebieten es, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, darunter freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) wie Zimmereinschlüsse, Fixierungen oder medikamentöse Ruhigstellung grundsätzlich zu vermeiden. Fachkräfte dürfen nicht auf FEM zurückgreifen, einzig weil dies die Betreuung vermeintlich erleichtert oder aufgrund von Personalknappheit. Die UN-Behindertenrechtskonvention geht von einem absoluten Verbot von Zwangsmaßnahmen aus.

¹ Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, der die Umsetzung der UN-BRK weltweit überwacht, hat sich besorgt über die Lage in Deutschland gezeigt: die Verwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen in Einrichtungen sind ihm zufolge dringend zu überprüfen, einzuschränken und abzuschaffen.² Das Bundesverfassungsgericht befürwortet zwar kein absolutes Verbot solcher Maßnahmen, hat dem Umgang mit Zwang aber strenge Grenzen gesetzt.

¹ UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015), Ziff. 29–31, 33–34, 37–38.

² UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015), Ziff. 33-34.

Solange freiheitsentziehende Maßnahmen im deutschen Recht erlaubt sind, sind sie unter dem absoluten Vorbehalt der „ultima ratio“ einzusetzen.³ Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu § 1906 BGB muss eine „ernstliche und konkrete Gefahr für Leib oder Leben des Betroffenen“ vorliegen, um FEM zu legitimieren.⁴ Der Erforderlichkeitsgrundsatz ist unbedingt einzuhalten. Einschränkungen sollen nur in absoluten Ausnahmesituationen bzw. als letztes Mittel greifen, wenn weniger einschränkende Maßnahmen gründlich abgewogen und für nicht anwendbar erklärt wurden. Es muss verhindert werden, dass strukturelle Schwierigkeiten zu FEM führen – etwa Personalmangel oder zur Zwangsvermeidung unzureichend ausgebildetes Personal. Fachkräfte müssen regelmäßig zur Zwangsvermeidung geschult werden, es sollte nicht die gleiche Person für die Anordnung und Überwachung von FEM zuständig sein (Mehraugenprinzip) und der Einsatz von FEM sollte nie als eine von mehreren möglichen Optionen, die Betreuung zu organisieren, angesehen werden, sondern als das, was es ist: eine Form von Zwang, die nur als letztes Mittel eingesetzt werden kann.

Auch Eingriffe in die persönliche Integrität in Form von körperlicher, psychischer, sexualisierter Gewalt sind menschenrechtlich verboten (Artikel 16 UN-BRK). Studien zeigen, dass nicht nur, aber insbesondere Frauen in institutionellen Wohnformen von Gewalt betroffen sind.⁵ Neben sexualisierter Gewalt erleben sie häufig Eingriffe in ihre reproduktive Selbstbestimmung, die nicht mit den Menschenrechten vereinbar sind. Dabei handelt es sich um unfreiwillige Verhütungsmethoden oder Sterilisationen ohne die freie und informierte Zustimmung, die ebenfalls vom UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen deutlich kritisiert wurden.⁶ Solche Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit dürfen nicht unter Druck, Drohungen oder falschen Anreizen geschehen. Vielmehr ist eine transparente Darlegung aller Fakten in verständlicher Sprache und barrierefreien Formaten nötig, um das Einverständnis der Personen einzuholen (Art. 17 UN-BRK). Zum Schutz vor geschlechtsspezifischer Gewalt verpflichtet auch das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und zur

³ Bundesverfassungsgericht (2017): Beschluss vom 19.07.2017, 2 BvR 2003/14; Bundesverfassungsgericht (2018): Urteil vom 24.07.2018, 2 BvR 309/15, BvR 502/16.

⁴ Siehe dazu im Übrigen dazu Kapitel 8 zum Betreuungsrecht.

⁵ Schröttle, Monika et al. (2012/2013)

⁶ UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015), Ziff. 37-38; siehe auch J. Zinsmeister (2012).

Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (Istanbul-Konvention). Sie enthält konkrete Vorgaben an die staatlichen Akteure, unter anderem zur Prävention, zum Schutz und zur Strafverfolgung. Die Vorgaben sind auch für Frauen mit Behinderungen anwendbar (Artikel 4 Absatz 3 Istanbul-Konvention).

Nicht zuletzt verweist die UN-Behindertenrechtskonvention mit ihrem Grundprinzip der gesellschaftlichen Inklusion auf die Zielrichtung der Deinstitutionalisierung: Stationäre Wohnformen müssen zugunsten ambulanter Wohnformen, die mehr Selbstbestimmung und eine unabhängige Lebensführung gewährleisten, abgebaut werden. Auch dies forderte der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen ausdrücklich in Anbetracht der Lage in Deutschland.⁷ Menschen mit Behinderungen dürfen nicht gezwungen werden, in besonderen Wohnformen zu leben. Stattdessen müssen sie unabhängig von der Art oder Schwere ihrer Beeinträchtigung gleichberechtigt mit anderen ihren Wohnort selbstbestimmt wählen können (Artikel 19 Buchstabe a)). Dazu sollen flächendeckend personenzentrierte Unterstützungsdienste bereitgestellt werden (Artikel 19 Buchstabe b)). Gleichzeitig muss ein inklusiver und barrierefreier Sozialraum geschaffen werden, in dem Dienstleistungen der Allgemeinheit gleichermaßen von Menschen mit und ohne Behinderungen genutzt werden können (Artikel 19 Buchstabe c)).

Die genannten menschenrechtlichen Vorgaben sind einzuhalten und gelten für alle Menschen mit Behinderungen, auch Personen mit „besonders herausforderndem Verhalten“. Die Träger der Eingliederungshilfe müssen eine fachgerechte Betreuung sicherstellen, die diese Vorgaben erfüllt. Die Art der Leistungserbringung muss an die Personengruppe angepasst werden, um auch diesen Menschen ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben im betreuten Wohnen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Die Erfüllung dieses Anspruchs und Rechts der Menschen darf nicht unter einem Ressourcenvorbehalt stehen. Es sind vor allem keine neuen Sonderstrukturen für diese Personengruppe zu schaffen. Vielmehr gebietet Artikel 19 UN-BRK auch diese Personengruppe in die allgemeine Strategie der Ambulantisierung mit einzubeziehen.

⁷ UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2015), Ziff. 41-42.

4.2 Bundesgesetzliche Vorgaben zum Gewaltschutz in der Eingliederungshilfe: § 37a SGB IX

Die staatlichen Akteure in Deutschland sind verpflichtet, Sorge zu tragen, dass die Grund- und Menschenrechte in der Ausführung der Leistungen der Eingliederungshilfe geachtet werden. Der staatliche Schutzauftrag besteht darin, gesetzliche Regelungen zu schaffen, die die Leistungserbringung an die menschenrechtlichen Vorgaben knüpft. Die Einhaltung der Regelungen durch die Leistungserbringer ist wirksam zu überwachen.

Auf bundesgesetzlicher Ebene ist jüngst eine Regelung verabschiedet worden, die diesem Schutzauftrag nachkommen soll. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (Teilhabestärkungsgesetz)⁸ wurde das SGB IX mit Wirkung vom 10.06.2021 um eine neue Regelung zum Gewaltschutz in der Eingliederungshilfe ergänzt:

„§ 37a Gewaltschutz

(1) Die Leistungserbringer treffen geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Frauen und Kinder. Zu den geeigneten Maßnahmen nach Satz 1 gehören insbesondere die Entwicklung und Umsetzung eines auf die Einrichtung oder Dienstleistungen zugeschnittenen Gewaltschutzkonzepts.

(2) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter wirken bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben darauf hin, dass der Schutzauftrag nach Absatz 1 von den Leistungserbringern umgesetzt wird.“

In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich auf den Schutzauftrag aus Artikel 16 UN-BRK (Schutz vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) verwiesen, zu dessen Umsetzung die neue gesetzliche Regelung beitragen soll. Zuvor dienten bereits das Gewaltschutzgesetz⁹ und zivilrechtliche Unterlassungs- und

⁸ Gesetz vom 2.6.2021 (BGBl. I S. 1387).

⁹ Gesetz vom 11.12.2001, BGBl. I S. 3513, zuletzt geändert durch Gesetz vom 10.8.2021, BGBl. I S. 3613.

Schadensersatzansprüche gegen Tatpersonen¹⁰ dem Schutz vor Gewalt gefährdeter Personen in deren sozialem Nahbereich, u.a. § 174c StGB stellt sexuelle Gewalt gegenüber bestimmten Personengruppen, insbesondere behinderten Menschen, unter Strafe.¹¹ Diese Regelungen bleiben unberührt.¹² Sie alleine ließen aber Lücken im Gewaltschutz.

Der durch § 37a SGB IX bekräftigte Schutzauftrag richtet sich an diejenigen, die den Schutz vor Gewalt von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen, insbesondere von Frauen und Kindern, bei der Leistungserbringung am effektivsten gewährleisten können. Adressaten sind damit nach Abs. 1 der Norm die Leistungserbringer aller Rehabilitationsträger unabhängig von Form und Ort der Leistungserbringung. Erfasst werden insbesondere Wohneinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sowie die „besonderen Wohnformen“ nach dem Bundesteilhabegesetz.¹³ Selbst wenn die Leistungserbringer durch bestehende gesetzliche Regelungen bereits zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet waren und einzelne Bundesländer wie z.B. Nordrhein-Westfalen mit dem WTG spezifische Regelungen geschaffen haben, will der Gesetzgeber den besonderen Stellenwert des Schutzes vor jeglicher Form von Gewalt im Rehabilitationsrecht berücksichtigen.¹⁴

Die Leistungserbringer haben Gewaltschutz in erster Linie durch die Entwicklung und Umsetzung eines auf die jeweilige Einrichtung und Dienstleistung zugeschnittenen Gewaltschutzkonzeptes zu erbringen. Beispielhaft sind insofern Maßnahmen wie Fortbildungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Mitarbeitende, Präventionskurse für Menschen mit Behinderungen, Vernetzung mit externen Partnern, feste interne Ansprechpersonen wie z.B. Frauenbeauftragte oder Kinderschutzbeauftragte in Einrichtungen sowie Beschwerdestellen und andere geeignete Beteiligungsstrukturen zu nennen.¹⁵

¹⁰ Tabbara, NZS 2021, 665,667.

¹¹ Nellissen in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, § 37a Rn. 3.

¹² Amtl. Begr., BT-Drs. 19/27400, S. 62

¹³ Tabbara, aaO.

¹⁴ Amtl. Begr., aaO, S. 61f.

¹⁵ Amtl. Begr., aaO, S. 62.

Nach § 37a Abs. 2 SGB IX wirken die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben z.B. durch die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen sowie anderer trägerübergreifende Strukturen darauf hin, dass der Schutzauftrag nach Abs. 1 von den Leistungserbringern umgesetzt wird.¹⁶ Die Beteiligungsrechte nach § 26 Abs. 6 SGB IX sind zu beachten.

Zur Bedeutung des § 37a SGB IX

Die Regelung formuliert erstmals eine Pflicht zum Schutz behinderter Menschen vor Gewalt im Sozialgesetzbuch. Kritisiert wird, dass keine verbindlichen Mindeststandards als Qualitätsstandards der Gewaltprävention im Gesetzeswortlaut festgeschrieben sind und auch eine Verankerung derselben im leistungsrechtlichen Teil des Eingliederungshilferechts noch aussteht.¹⁷

Die Regelung adressiert in Absatz 1 die Leistungserbringer, die verpflichtet sind Gewaltschutzkonzepte zu entwickeln. Viele Wohlfahrts- und Fachverbände haben in den letzten Jahren bereits Empfehlungen für Schutzkonzepte veröffentlicht. Dabei handelt es sich jedoch um unverbindliche Leitfäden und Empfehlungen. Es ist zudem nicht bekannt, wie viele Einrichtungen deutschlandweit tatsächlich über Gewaltschutzkonzepte verfügen, wie diese ausgestaltet sind und welche Qualitätsanforderungen sie erfüllen. Zu verhindern ist zudem, dass Konzepte lediglich „auf dem Papier“ existieren und in der Praxis nicht gelebt werden und keine Wirkung entfalten. Mit der Einführung des § 37a SGB IX ist die Erwartung verbunden, dass das Thema Gewaltschutz auf Seiten der Leistungserbringer nun stärker in den Fokus gerückt wird.¹⁸ Bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Gewaltprävention sollte auch die Vermeidung der Anwendung von FEM eine zentrale Rolle spielen.

In Absatz 2 richtet sich die Regelung an die Leistungsträger der Eingliederungshilfe. Im Gesetz genannt sind die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter, die in der Pflicht sind, daraufhin zu wirken, dass die Leistungserbringer den Schutzauftrag nach Absatz 1 erfüllen. Dabei bleibt ihnen ein großer Spielraum dahingehend, wie dem

¹⁶ Nellissen, aaO, Rn. 8, weist kritisch darauf hin, dass die Umsetzung des Schutzauftrages ohne entsprechende Leistungs- und Entgeltvereinbarungen zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern eine Leerformel bleiben könnte.

¹⁷ Schröttle, Monika et al. (2021): S. 84f.

¹⁸ Ebd., S. 60-63.

nachgekommen wird. Die Gesetzesbegründung nennt als Beispiel „die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen sowie bei der Zusammenarbeit auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation oder anderer trägerübergreifender Strukturen“. Fachlich wird bereits darauf verwiesen, dass die Leistungsträger die Hinwirkungspflicht dazu nutzen sollten, einheitliche Standards für Gewaltschutzkonzepte entwickeln zu lassen und in die Qualitätsvereinbarungen mit Einrichtungen und Diensten aufzunehmen.¹⁹ Diese und andere Aspekte zur Erfüllung der Hinwirkungspflicht dürfen eindeutig nicht unter Kostenvorbehalten der Leistungsträger stehen oder von wirtschaftlichen Erwägungen gehemmt werden.

Es ist zu begrüßen, dass der Landschaftsverband Rheinland (LVR) diesen Auftrag in einem ersten Schritt aufgegriffen und „Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR“²⁰ aufgestellt hat. „Gewaltschutz bedeutet für den LVR – im Rahmen seiner Zuständigkeiten und Einflussmöglichkeiten (...) – auf Bedingungen hinzuwirken, die das Risiko senken, dass es zu Gewaltvorkommnissen kommt, weder in LVR-eigenen noch in Einrichtungen und Diensten externer Leistungserbringer.“²¹ In den Grundsätzen legt der LVR fest, dass für alle Einrichtungen und Dienste des LVR ein institutionelles Gewaltschutzkonzept vorliegen muss. Für Einrichtungen und Dienste anderer Leistungserbringer, für die LVR Leistungsträger ist, wirkt er darauf hin, das institutionelle Gewaltschutzkonzepte erstellt, Präventionsmaßnahmen entwickelt und in der Praxis umgesetzt werden.²²

In Nordrhein-Westfalen sollen die bundesgesetzlichen Regelungen mit dem Gesetzentwurf zur Änderung des WTG NRW sowie des AG SGB IX (vgl. LT-Vorlage 17/15188) weiter konkretisiert werden. So sollen nach § 8 GE-WTG NRW Leistungserbringer, die freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen, zusätzlich ein Konzept zur Vermeidung von solchen Maßnahmen vorlegen müssen. Die Dokumentationen über freiheitsentziehende Maßnahmen sind von den Trägern der Eingliederungshilfe bei ihren in Nordrhein-Westfalen auch anlassunabhängig durchzuführenden Qualitätskontrollen zum Schutz der Leistungsberechtigten vor einer

¹⁹ Ebd., S. 55.

²⁰ LVR-Vorlage Nr. 15/300, 28.08.2021: Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR,

²¹ ebd. S. 9

²² Ebd. S. 3

unzureichenden Betreuungsqualität zu prüfen (§ 8a GE-WTG NRW i.V.m. § 8 GE-AG SGB IX NRW).

Diese landesgesetzlichen Regelungen in Nordrhein-Westfalen ergänzen und unterstreichen die Verpflichtungen aus § 37a SGB IX. Sowohl Bundes- als auch Landesrecht verdeutlicht damit die besondere Verantwortung zum Gewaltschutz sowohl der Leistungsanbieter als auch der Träger der Eingliederungshilfe.

5. Daten im Überblick

In folgendem Kapitel werden einige Orientierungsdaten zur Lebens- und Betreuungssituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten mit Schwerpunkt NRW zusammengestellt. Die teils sehr rudimentär verfügbaren Daten

¹, insbesondere zu vorhandenen und empfohlenen Wohn- und Unterstützungssettings, außerdem zu betreuungsrechtlichen Entscheidungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Eingliederungshilfe, unterstreichen die Notwendigkeit eines grundlegenden Forschungsauftrags mit Schwerpunkt NRW. Gehen muss es dabei um grundlegende Daten zur Lebens-, Wohn- und Beschäftigungssituation, um Fachkonzepte, Angebotsstrukturen und Bedarfe für den Personenkreis der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten, anknüpfend an die in den Empfehlungen der Expertenkommission benannten Forschungsfragen und Studien. Gerade der Auftrag zur Umsetzung des BTHG macht es zwingend notwendig, bestmögliche Angebotsstrukturen für Menschen mit besonders intensivem Unterstützungsbedarf zu entwickeln und sicherzustellen.

Prävalenz kognitiver Beeinträchtigungen

Bei etwa 10 % der deutschen Bevölkerung liegt nach Angaben des Statistischen Bundesamtes eine Schwerbehinderung vor, wobei in 13 % eine geistige oder seelische Behinderung führend ist. Derzeit liegt die Prävalenz bei Beeinträchtigungen der intellektuellen Entwicklung bei 1,2 %, Tendenz steigend. Hinzu kommen die Personen mit einer durch Krankheiten oder Unfälle erworbenen Hirnschädigung (ca. 1 %), sodass insgesamt von knapp 2 Millionen Menschen in Deutschland mit einer angeborenen oder im Verlauf erworbenen chronischen kognitiven Beeinträchtigung auszugehen ist.

Bezogen auf die Bevölkerung in NRW sind ca. 350.000 Menschen von einer erworbenen oder angeborenen kognitiven Behinderung betroffen.²

¹ Reumschüssel-Wienert C. (2021): Inklusion und Diversity gilt auch für die Statistik. In: NDV 9/2021, S. 458-464

² Im Detail: Kap. 2.2.1

Kognitive Beeinträchtigung und zusätzliche psychischen Störungen

Nach Angaben der WHO erkranken Menschen mit Beeinträchtigungen der intellektuellen Entwicklung 3- bis 4-mal häufiger an psychischen Störungen als die sog. Allgemeinbevölkerung. Aktuelle, populationsbasierte Studien in Großbritannien zeigen eine Prävalenz für psychische Störungen bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im engeren Sinne von ca. 20%.

Demnach ist in NRW von rund 70.000 Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und einer psychischen Störung auszugehen. Bevölkerungsanteil: 3,9 / 1.000.³

Kognitive Beeinträchtigung und zusätzliche herausfordernde Verhaltensweisen

Die Angaben zur Prävalenz herausfordernder Verhaltensweisen (auch: Verhaltensstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten o.ä.) schwanken teils erheblich, weil in der Definition von Art und Ausprägung vielfache subjektive und kulturelle Bewertungen von Bedeutung maßgeblich sind, vor allem aber die Bereitschaft und die Ressourcen des Gemeinwesens und von Regeleinrichtungen, den Anspruch dieser Menschen auf Teilhabe anzunehmen und kompetente Unterstützungssysteme bereit zu stellen.

Herausfordernde Verhaltensweisen sind bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung häufig; je nach Studie wird von einer Prävalenz zwischen 25 und 60% ausgegangen. Dies hieße, dass mindestens für jede 4. Person eine erschwerte Teilhabe im Kontext herausfordernder Verhaltensweisen besteht; Bevölkerungsanteil: 4,9 / 1.000.

In der Geschlechterverteilung ist herausforderndes Verhalten in den meisten Studien häufiger bei Männern als bei Frauen anzutreffen. In der Altersstruktur ist die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen deutlich stärker repräsentiert.⁴ Der Anteil schwerwiegend herausfordernder Verhaltensweisen wird als deutlich niedriger eingeschätzt.⁵

³ Im Detail: Kap. 2.2.2

⁴ Im Detail: Kap. 2.2.1 und 2.2.2

⁵ Dieckmann/Haas/Bruck (2007), S. 22

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Wohneinrichtungen

Laut Kennzahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) erhielten 2019 in NRW rund 114.000 erwachsene Menschen mit einer geistigen, psychischen oder körperlichen Behinderung Wohnhilfen der Eingliederungshilfe in stationären Wohneinrichtungen und in ambulant unterstützten Wohnformen, davon rund 60.000 durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR) und rund 54.000 durch den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL). Rund 43.000 (37,6%) Menschen leben dabei in stationären Wohneinrichtungen (besonderen Wohnformen), rund 71.000 (62,4%) Menschen in ambulant unterstützten Wohnformen.

Was *Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung* angeht, so leben diese bundesweit zum weitaus größeren Teil in stationären Wohneinrichtungen (63,4%) im Gegensatz zu Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung (30,0%) oder einer körperlichen Beeinträchtigung (6,6%). Dieser Status ist seit Jahren nahezu unverändert.

Diese Verteilung trifft auch für Nordrhein-Westfalen zu. Die sog. Ambulantisierungsquote liegt bei Menschen geistiger/körperlicher Beeinträchtigung für das Rheinland bei 38,8% und in Westfalen-Lippe bei 36,9%.⁶ *„Es ist aber bekannt, dass insbesondere Menschen mit schweren Beeinträchtigungen häufig in stationären Wohneinrichtungen bzw. besonderen Wohnformen leben, auch wenn dies nicht immer den individuellen Wünschen entspricht.“*⁷

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Sondergruppen

Die Anzahl von Sondergruppen bzw. der Menschen mit erheblich herausforderndem Verhalten, welche in Sondergruppen wie z.B. *Intensivgruppen oder Heilpädagogischen Intensivbereichen* leben, ist weder für Deutschland noch für NRW bekannt.

Im Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und Eingliederungshilfe (BAGüS) heißt es zu Sondergruppen - in der Regel mit

⁶ Im Detail: Kap. 10.2

⁷ MAGS-NRW (2020), Teilhabebericht NRW, S. 149

geschlossener Unterbringung: „In den meisten Bundesländern existieren spezialisierte Wohnformen für Menschen mit einem Unterbringungsbeschluss. Das Vorhalten spezieller Wohnmöglichkeiten für diese Zielgruppe innerhalb besonderer Wohnformen wird von der überwiegenden Zahl der Mitglieder benannt. Häufig handelt es sich um einzeln geführte spezialisierte Wohngruppen innerhalb größerer Komplexe. Wenige Mitglieder (Berlin, Bremen) haben keine spezialisierten Wohnmöglichkeiten in besonderen Wohnformen vereinbart. Nur wenige Mitglieder benennen intensiv betreute, ambulante Wohnsettings als vereinbarte Angebote (Bremen, Rheinland, Westfalen, Saarland).“⁸

Und als Resümee: „Den Antworten ist jedoch zu entnehmen, dass alle Mitglieder individuell vereinbarte Settings in der Herkunftsregion gegenüber spezialisierten Angeboten den Vorzug geben und die Notwendigkeit zur Aufnahme von Menschen mit Behinderungen in einer spezialisierten Wohnform mit hoher Sensibilität prüfen.“⁹

Am intensivsten untersucht wurde die Wohn-, Lebens- und Betreuungssituation von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in Sondergruppen durch Forschungsprojekte im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) für Baden-Württemberg.¹⁰ Theunissen und Kulig gehen darin davon aus, dass in Baden-Württemberg etwa 6.100–8.200 erwachsene Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben (reguläre Wohnformen und Sondergruppen). *In den untersuchten Sondergruppen werden rund 620 Menschen betreut, 120 im Therapeutischen Wohnen (TWG) und etwa 500 im längerfristig intensiv betreuten Wohnen (LIBW).*¹¹

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Eingliederungshilfe

Zur Anwendungspraxis freiheitsentziehender und unterbringungsähnlicher Maßnahmen liegen bundesweit nur sehr rudimentäre Daten vor.

⁸ BAGüS (2021), S. 6.

⁹ BAGüS (2021), S. 6.

¹⁰ Theunissen/Kulig (2019a; 2019b); Dieckmann/Haas (2007)

¹¹ Ausführlicher im Kap. 10

Eine interne bundesweite Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) unter ihren Mitgliedern als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, an der allerdings nur 18 von 23 Mitgliedern teilnahmen, weist 4.229 „vereinbarte“ geschlossene Plätze aus, und zwar

- 1.086 Plätze in *ausschließlich geschlossenen Einrichtungen*, darunter 257 für Menschen mit geistiger Behinderung
- 2.542 Plätze in *Einrichtungen mit geschlossenen Gruppen*, darunter 1.069 für Menschen mit geistiger Behinderung
- 601 *eingestreute Einzelplätzen* in Einrichtungen (nur LVR und Bezirk Schwaben) oder im *ambulant betreuten Einzel- oder Gruppenwohnen* (nur Saarland, Bremen, LWL und LVR).

Unter der Gesamtzahl der „vereinbarten geschlossenen Plätze“ sind ausgewiesen

- 1.513 Plätze (35,8 %) für Menschen mit geistiger Behinderung
- 1.571 Plätze ((37,1 %) für Menschen mit psychischer Behinderung (EGH)
- 368 Plätze (8,7 %) für Menschen mit einer Suchterkrankung
- 777 Plätze (18,4 %) ohne weitere Angaben/Differenzierung.

Da es sich um mit den Trägern der Eingliederungshilfe „vereinbarte Plätze“ handelt, außerdem sich eine Reihe von Trägern der Eingliederungshilfe nicht beteiligt haben, ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Zahl geschlossener Plätze deutlich höher liegen dürfte. Und erfasst sind nur die geschlossenen Plätze, nicht die weiteren unterbringungsähnlichen Maßnahmen wie z.B. Fixierungen, Einschlüsse, Sedierungen.

Zur Situation in NRW: Was die Gesamtzahl der geschlossen geführten Wohnplätze angeht, werden in Westfalen-Lippe (LWL) 1493, im Rheinland (LVR) 328 Plätze angeführt. Dies markiert den gravierendsten Unterschied zwischen Rheinland mit 18,08 und Westfalen-Lippe mit 3,03 Plätzen pro 100.000 Einwohner. Westfalen-Lippe

*weist auch im bundesweiten Vergleich die meisten geschlossenen Gruppen und – mit Oberbayern – die meisten ausschließlich geschlossen geführten Einrichtungen aus.*¹²

Gerichtlich genehmigte Unterbringungen

Zur Anzahl gerichtlich genehmigter betreuungsrechtlicher Unterbringungen beziffert die Bundesregierung für das Jahr 2015, ohne Angaben über Art der Beeinträchtigung oder Einrichtung auf

- 56.646 Fälle genehmigter Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB)
- 59.945 genehmigter unterbringungsähnlicher Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB).¹³

*Für Nordrhein-Westfalen hat sich die Zahl der Genehmigungen von geschlossenen Unterbringungen nach § 1906 BGB in der Zeit von 1992 bis 2011 fast verdreifacht. „1992 wurden in Nordrhein-Westfalen 5.420 geschlossene Unterbringungen nach § 1906 BGB genehmigt. 2011 erreichten die Fallzahlen mit 13.184 ihren Höhepunkt. Seitdem gehen die Fallzahlen spürbar zurück. Dennoch sind sie im Vergleich immer noch hoch. 2014 ergingen in Nordrhein-Westfalen 10.543 Genehmigungen nach §1906 BGB.“*¹⁴

In einer aktuelleren Abfrage für Nordrhein-Westfalen wird für das Jahr 2020 von 20.382 Anträgen auf Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung und 17.759 Anträgen auf Genehmigung unterbringungsähnliche Maßnahmen berichtet.¹⁵

Die Erhebung von Daten des Betreuungswesens ist unzureichend und lückenhaft. Eine regelhafte Berichterstattung durch das Bundesamt für Justiz findet seit 5 Jahren nicht statt. Die Erhebung von Daten des Betreuungswesens ist unzureichend und lückenhaft. Eine regelhafte Berichterstattung findet seit 5 Jahren nicht statt.

¹² Im Detail: Kap. 10.2; weitere Daten zu betreffenden Einrichtungen in NRW: Reichstein/Schädler (2016)

¹³ Deutscher Bundestag Drucksache 18/11619 (22.03.2017), S. 15

¹⁴ Reichstein/Schädler (2016), S. 8

¹⁵ nach Angaben aus dem Justizministerium NRW

Deshalb forderten die Verbände des „Kasseler Forums“ Bund und Länder auf, ihre aus der UN-BRK sich ergebenden statistischen Verpflichtungen zu erfüllen.¹⁶

Regionale Bedarfe

Die Empfehlungen der Expertenkommission favorisieren eine regionale Angebotsstruktur für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten.¹⁷ Zur Ermittlung regionaler Bedarfe für entsprechende Angebotsstrukturen, auch für intensiv betreutes Wohnen, ggf. auch mit der Möglichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen als Ultima Ratio, bedarf es weitergehender Forschungsprojekte.

Wie *Steinhart anhand von Studien unter seiner Beteiligung*¹⁸ zu Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen schlüssig belegen kann, ist ein regionaler Bedarf an geschlossenen Heimplätzen umso niedriger, je stärker und kompetenter die örtlichen bzw. regionalen Angebotsstrukturen für diesen Personenkreis ausgebaut sind. So z.B. würde für die Stadt Rostock mit ihrer gut ausgebauten psychosozialen Infrastruktur eine Kapazität von 2 bis max. 4 Plätze pro 100.000 Einwohner erforderlich sein.

Zu ähnlichen Schlüssen kommt eine *Studie des LVR zur Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit besonders herausforderndem Verhalten im Rheinland*, in der man mittels einer Expertenbefragung regionaler Akteure versucht, zu einer Einschätzung des regionalen Bedarfs zu kommen, differenziert nach geistiger Behinderung und psychischer Behinderung/Sucht.¹⁹ „Die Ergebnisse vermitteln eine Übersicht über die geschätzte Anzahl an Personen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Beeinträchtigung oder einer substanzbedingten Erkrankung, die regelhaft besonders herausforderndes Verhalten zeigen und einen Anspruch auf EGH nach SGB IX haben, und in den jeweiligen Regionen in den letzten 12 Monaten Gegenstand der Fallbearbeitung oder regionalen Hilfeplanung waren. Über alle

¹⁶ Kasseler Forum (2021)

¹⁷ Vgl. Kap. 10.6

¹⁸ Vortrag/PPT im Rahmen der Expertenkommission (PPT im Anhang; ausführlicher in Kap. 12

¹⁹ Neise/Magaletta (2021). vgl. im Detail Kap. 10.3

Regionen und Einschätzungen hinweg wird diese Personenzahl auf *durchschnittlich 16-20 Personen pro Region geschätzt.*²⁰

Die hier genannten regionalen Bedarfe können nur erste Hinweise geben, zumal diese auf den Personenkreis von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und intensivem Unterstützungsbedarf jeweils nicht ausdrücklich zielen. Es sind jedoch Ansatzpunkte, an denen weiter zu forschen ist.

Empfehlungen

- Forschungsauftrag zur Ermittlung grundlegender Daten zur Lebens-, Wohn- und Beschäftigungssituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten, insbesondere in sog. Intensivgruppen, psychiatrischen Einrichtungen und im Maßregelvollzug in NRW
- Evaluierung von Angebotsstrukturen und Fachkonzepten hinsichtlich ihrer menschenrechtlichen Standards und Wirksamkeit zur Reduzierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
- Entwicklung regionaler Bedarfszahlen für intensive Unterstützungsbedarfe
- Umsetzung der Verpflichtung aus der UN-BRK zur regelmäßigen Datenerhebung zu gerichtlichen Betreuungsverfahren einschließlich der Bewilligung von FEM.

²⁰ Neise/Magaletta (2021), S. 10

6. Empfehlungen zum Wohn- und Teilhabegesetz im Bereich des Gewaltschutzes

6.1 Ausgangslage

Im Rahmen der Föderalismusreform ging das Heimrecht vom Bund auf die Bundesländer über. Der Gewaltschutz hat in den Bundesländern eine unterschiedliche Gewichtung. Eine vergleichende Analyse des Deutschen Instituts für Menschenrechte verortet die gesetzlichen Regelungen zum Gewaltschutz in Nordrhein-Westfalen im oberen Drittel der Bundesländer. Dennoch sehen wir Handlungsbedarfe¹.

Das Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen (WTG NRW) bildet den rechtlichen Rahmen für die gemeinschaftliche Unterbringung und Betreuung von Menschen, die aufgrund ihres Alters, ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung Unterstützungsbedarfe haben. Es setzt Mindestanforderungen an die Qualität von Betreuung und Pflege und formuliert konkrete Pflichten der Leistungserbringer. Als Zweck des Gesetzes ist der Schutz der Würde und Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner (§ 1) formuliert, ausdrücklich geregelt ist auch der Schutz vor Gewalt und die Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (§ 8 WTG NRW). Ob die einzelnen Einrichtungen die gesetzlichen Anforderungen einhalten, wird durch die zuständige Aufsichtsbehörde kontrolliert. Die Aufsicht ist kommunal und dezentral organisiert, die WTG-Behörden haben ihren Sitz in den Kreisen und kreisfreien Städten. Sie unterliegen der Aufsicht der Bezirksregierungen und des MAGS. Bezirksregierung und Ministerium können Weisungen erteilen, um die recht- und zweckmäßige Erfüllung der Aufgaben zu sichern.

Im Rahmen der Aufarbeitung der Gewaltvorkommnisse im Wittekindshof wird offensichtlich erkennbar, dass die zuständige Aufsichtsbehörde des Kreises Minden-Lübbecke wegen mangelhafter und unterbliebener Kontrollen nicht in der Lage war, die Missstände im Wittekindshof frühzeitig aufzudecken und zu verhindern. Die mangelhaften und unterbliebenen Kontrollen der Heimaufsicht sind der zuständigen Bezirksregierung und dem Ministerium nicht aufgefallen.

¹ Rabe H., Leisering B.; Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR), Istanbul-Konvention, 2018, S. 39-45

Erkenntnisse aus der Praxis deuten zudem darauf hin, dass die WTG-Behörden im Land Nordrhein-Westfalen fachlich wie konzeptionell noch nicht hinreichend auf das Thema Gewaltschutz ausgerichtet sind und eine vertiefte Prüftätigkeit zu den in § 8 WTG NRW formulierten Anforderungen zur Gewaltprävention in der Eingliederungshilfe nicht regelmäßig und flächendeckend stattfindet.²

Nicht nur in Nordrhein-Westfalen wurde die Umsetzung des Heimrechts auf die Pflege, insbesondere der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen konzentriert. Einrichtungen der Eingliederungshilfe standen nicht im Fokus.³ Die bisher genutzten Rahmenprüfkataloge in Nordrhein-Westfalen nach § 14 WTG NRW weisen dementsprechend eine gleichartige Schwerpunktsetzung auf und berücksichtigen die Gewaltschutzanforderungen nur unzureichend.⁴

Das Thema Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in institutionalisierten Settings ist in der Fachdiskussion und darüber hinaus seit langem als Problem erkannt.⁵ So belegte auch eine einschlägige Studie im Auftrag der Bundesregierung, dass mehr als die Hälfte der intellektuell beeinträchtigten Frauen in stationären Wohneinrichtungen körperliche Übergriffe und jede Fünfte erzwungene sexuelle Gewalthandlungen erlebt hat.⁶

Menschen mit Behinderungen sind in ihrer körperlichen und seelischen Integrität zu schützen. Eine entsprechende staatliche Schutzpflicht ergeht aus den Grund- und Menschenrechten. Die UN-Behindertenrechtskonvention formuliert diese Schutzpflicht in Artikel 16 und schreibt vor, dass alle geeigneten Maßnahmen getroffen werden müssen, um Menschen mit Behinderungen innerhalb und außerhalb von Einrichtungen vor Gewalt zu schützen. Dabei sind alle Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen „wirksam von unabhängigen Behörden“ zu überwachen, um Gewalt zu vermeiden (Art. 16 Abs. 3 UN-BRK). Das Ziel einer Überwachung des Gewaltschutzes

² AGP Sozialforschung (2019): Evaluation des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG), Abschlussbericht, S. 110f.; siehe auch K. Schmitz, E. Schnabel (2006)

³ AGP Sozialforschung (2019): Evaluation des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG), Abschlussbericht, S. 110f.

⁴ Landeseinheitlicher Rahmenprüfkatalog zur Qualitätssicherung von Wohn- und Betreuungsangeboten nach § 14 des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG). https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-bilder/NW/Rahmenpfuefkatalog_EuLA_.pdf (Abruf 5.12.21)

⁵ Becker, M. (1995); Klein, S.; Wawrock, S., Fegert, J.(1999); Noack, C., Schmid, H. J. (1994)

⁶ Schröttle, M., Hornberg, C. (2014).

in Einrichtungen sollte darin liegen, strukturelle Mängel in den Blick zu nehmen, Änderungsprozesse in Einrichtungen anzustoßen und damit präventiv an der Sicherung der Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner mitzuwirken.

Im Folgenden macht die Expertenkommission Empfehlungen zum WTG NRW im Bereich des Gewaltschutzes.

6.2 Empfehlungen der Expertenkommission

Vor dem Hintergrund des gesetzlichen Mandats der WTG-Behörden, sicherzustellen, dass die Würde und Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner gewahrt bleiben (§ 1 WTG NRW), ist es dringend geboten, dass sie ihre Prüftätigkeit im Bereich des Gewaltschutzes ausweiten und flächendeckend für diese Tätigkeit qualifiziert werden.

Dafür sind im Folgenden drei Ansatzpunkte ausgeführt: die fachliche Qualifizierung der WTG-Behörden für den Gewaltschutz, die Erweiterung ihrer gesetzlichen Prüfgrundlage durch eine Ergänzung des WTG NRW um Gewaltschutzvorkehrungen und eine übergreifende Gewaltschutzstrategie des Landes, die u.a. die Deinstitutionalisierung und Sozialraumöffnung von Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie das Empowerment der Bewohnerinnen und Bewohner beinhaltet.

6.2.1 Fachliche Qualifizierung der Aufsichtsbehörden zum Wohn- und Teilhabegesetz

Von besonderer Bedeutung ist es, fachliche Standards im Bereich der tatsächlichen Prüftätigkeit und Beratung der WTG-Behörden zum Gewaltschutz landesweit zu vereinheitlichen.

Im Rahmen der Qualifizierung der WTG-Behörden für den Gewaltschutz empfiehlt die Expertenkommission, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Konzeptionelle Ausrichtung der Prüftätigkeiten auf den Gewaltschutz, Entwicklung eines gemeinsamen, menschenrechtsbasierten Leitmotivs und Selbstbildes der Aufsichtsbehörden zum Thema,
- Personalfortbildungen der WTG-Behörden zum Gewaltbegriff, dem Erkennen von Gewalt und gewaltfördernden Indikatoren in Einrichtungen sowie zur Bedeutung eines menschenrechtlichen Werteverständnisses in betreuten Wohnformen,
- Erarbeitung eines landeseinheitlichen Überwachungskonzeptes zum Gewaltschutz, das unter anderem beinhaltet:
 - o konsequente Berücksichtigung des Gewaltschutzes bei Regelprüfungen,
 - o Erstellung einheitlicher Prüfkonzepete und konkreter Arbeitshilfen der WTG-Behörden, mit übergeordneten Prämissen und Leitsätzen sowie konkreten Prüfschritten, z.B. zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM), zur Prävention psychischer, körperlicher und sexueller Gewalt, zur Verhinderung nicht indizierter Medikamentenvergabe und zur Sicherstellung der Teilhabe durch die Sozialraumöffnung der Einrichtung,
 - o Stärkung eines beratungsorientierten Ansatzes mit Schwerpunkt auf die Gewaltprävention und die Sensibilisierung von Einrichtungen dazu,
 - o regelmäßige Überprüfung des Vorliegens von wirksamen Gewaltschutzkonzepten und Beschwerdeverfahren sowie ihrer tatsächlichen Umsetzung in der Einrichtung,
 - o statistische Dokumentation gemeldeter Gewaltvorfälle im eigenen Zuständigkeitsbereich,
 - o Überprüfung von Nachweisen über Mitarbeitenden-Schulungen zum Gewaltschutz,
 - o Nutzung partizipativer Prüfmetheden bei Vor-Ort-Prüfungen wie teilnehmende Beobachtung und Gespräche mit Nutzerinnen und Nutzer, Angehörigen und Beschäftigten.
- Förderung des fachlichen Austauschs der WTG-Behörden an den 53 Standorten zum Gewaltschutz, z.B. durch Gründung einer internen Arbeitsgemeinschaft.

- Sicherstellen einer den Aufgaben angemessenen, einheitlichen Personalausstattung der WTG-Behörden; dazu sollten Land und Kommunen ein Personalbemessungsverfahren zur Wahrnehmung der Aufgaben der WTG-Behörden entwickeln.
- Generelle Veröffentlichungspflicht der Prüfberichte der Einrichtungen, um Transparenz herzustellen.

Die hier aufgeführten Empfehlungen knüpfen zum Teil an die zusammenfassenden Ergebnisse der Evaluation der Wirksamkeit des WTG NRW durch das Institut AGP Sozialforschung an. Das Institut beklagte darin „unterschiedliche Schwerpunkte, Herangehensweisen und Praktiken“ der WTG-Aufsichtsbehörden sowie eine „höchst verschiedene Personalausstattung nicht nur hinsichtlich der Qualifikation, sondern auch mit Blick auf die quantitative Ausstattung“. Es empfiehlt ausdrücklich, „Schritte zu einer einheitlicheren Aufgabenwahrnehmung“ zu unternehmen und „die Schutzversprechen hinsichtlich der Menschenrechte als auch die Teilhabeanliegen stärker in den Vordergrund der Aufsichtspraxis und der Kommunikation über das Gesetz zu stellen“.⁷

Die Expertenkommission empfiehlt, den Prozess der Qualifizierung der Aufsichtsbehörden für den Gewaltschutz von einer wissenschaftlichen Stelle konzipieren und fachlich begleiten zu lassen. In die Konzeption sollten Nutzerinnen und Nutzer und ihre Selbstvertretungen in geeigneter Weise einbezogen werden.

6.2.2 Das Wohn- und Teilhabegesetz um Gewaltschutzvorkehrungen ergänzen

Die Landesregierung hat am 14.9.2021 einen Gesetzentwurf zur Reform des WTG NRW beschlossen und zur parlamentarischen Befassung an den Landtag weitergeleitet. Die Expertenkommission hat sich aktiv an den Beratungen zur Reform beteiligt und konkrete Vorschläge insbesondere zu den §§ 8, 8a,8b und zu § 16

⁷ AGP Sozialforschung (2019): Evaluation des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG), Abschlussbericht, S. 110f.

unterbreitet. Sie begrüßt, dass ihre Anregungen weitgehend aufgegriffen wurden. Dies sind insbesondere:

- die stärkere Ausrichtung der Regelungen auf die Gewaltprävention,
- die Regelungen zur Verbesserung und Verdichtung der landeseinheitlichen Prüfungen (gemeinsame Prüfungen der WTG-Behörden mit den Bezirksregierungen, auch „Über-Kreuz-Prüfungen),
- Regelungen zur besseren Kontrolle der WTG-Behörden,
- die stärkere Ausrichtung der Regelprüfungen auf den Gewaltschutz,
- die Vorgaben zur Erstellung von Gewaltschutzkonzepten, unter Beteiligung der Interessenvertretungen der Nutzerinnen und Nutzer,
- die Vereinbarung landeseinheitlicher Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der WTG-Behörden und der Aufsichtsbehörden,
- die Ausweitung von Teilen des Anwendungsbereiches auf die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) oder
- die Einrichtung einer zentralen Monitoring- und Beschwerdestelle zur Gewaltprävention.

Gleichzeitig sieht die Kommission die Notwendigkeit, das WTG NRW im Bereich des Gewaltschutzes weiter zu stärken, indem die unten genannten Regelungen in das Gesetz aufgenommen werden.

Meldepflicht besonderer Vorkommnisse an die Aufsichtsbehörde

In vielen Heimgesetzen auf Landesebene ist eine Meldepflicht der Einrichtungen an die Aufsichtsbehörde enthalten, die sich auf besondere Vorkommnisse bezieht, die Auswirkungen auf die Rechtsgüter der Bewohnerinnen und Bewohner haben.⁸ Dies betrifft unter anderem durch Personal, Mitbewohnende oder Dritte begangene sexuelle Übergriffe und Gewalttaten sowie erhebliche Beeinträchtigungen der körperlichen und psychischen Unversehrtheit oder der persönlichen Freiheit. Entsprechende

⁸ Rabe H., Leisering B.; Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2018): Die Istanbul-Konvention, S. 39-45

Vorkommnisse müssen der zuständigen Behörde unverzüglich mitzuteilen sein, so dass die Behörde konkrete Schritte einleiten kann, bis hin zum Beschäftigungsverbot, auch unabhängig davon, ob ein Vorfall bereits zur Anzeige gebracht wurde.

Hinweis auf externe, trägerneutrale Beschwerde- und Beratungsangebote

Es ist von zentraler Bedeutung für Gewaltbetroffene, einen niedrighschwelligigen Zugang zum Hilfesystem und Beratungsstellen zu haben. Die Hürden bei der Suche nach Rechtsschutz müssen für die Opfer so niedrig wie möglich sein. Sie müssen über die notwendigen Informationen und Kenntnisse verfügen, um Rat und Hilfe auch außerhalb der Einrichtung einzuholen und sich damit aus Abhängigkeitsverhältnissen in der Beziehung zum Personal und/oder Mitbewohnenden freimachen zu können.

Im WTG NRW besteht bisher lediglich die Pflicht, „die Nutzerinnen und Nutzer schriftlich über vorhandene Beratungs- und Beschwerdestellen zu informieren“ (§ 6 Abs. 1 Nr. 2). In Anbetracht des Gesetzeszweckes des Schutzes der Rechtsgüter der Bewohnerinnen und Bewohner erscheint diese Regelung zu schwach. Aus Sicht der Expertenkommission ist sie daher maßgeblich auszuweiten: So sind Informationen auch in „barrierefreien Formaten“ (das kann Leichte Sprache und Gebärdensprache sowie das Aushängen von Fotos von den Nutzerinnen und Nutzern bekannten externen Ansprechpersonen sein) zur Verfügung zu stellen und es ist ausdrücklich auch über „vorhandene externe und trägerunabhängige Beratungs- und Beschwerdestellen“ in der Gemeinde zu informieren und ein regelmäßiger Kontakt mit den Ansprechpersonen des externen Hilfe- und Unterstützungssystems zu gewährleisten, zum Beispiel durch „regelmäßige Besuche externer Beratungspersonen“ in den Einrichtungen.

Meldepflicht von Freiheitsentziehenden Maßnahmen an die Monitoring- und Beschwerdestelle

Die Lebenssituation von Menschen, die von Freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind oder sein könnten, ist in besonderer Weise von einer extremen Abhängigkeit zu professionellen Helferinnen und Helfern geprägt. In solchen Situationen können Menschen mit Behinderung ihre Rechte aufgrund der

bestehenden strukturellen Machtasymmetrie häufig nicht oder nicht umfassend verwirklichen – entweder weil sie diese Rechte nicht kennen oder sich aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sehen, diese anhand der vorhandenen Strukturen einzufordern. Deshalb kann nicht allein auf allgemeine Beschwerde- und Beratungsangebote gesetzt werden, um dem besonderen Schutzbedarf dieses Personenkreises gerecht zu werden und einen kritischen Einsatz von FEM oder problematischen Entwicklungen in Einrichtungen zu erkennen.

Die Leistungserbringer sollten daher verpflichtet werden, die Durchführung einer Freiheitsentziehenden Maßnahme nach § 8a Satz 1 (anonym) der geplanten Monitoring- und Beschwerdestelle nach § 16 Abs. 1 GE-WTG NRW mitzuteilen. Ein Monitoring und die Berichterstattung durch die Monitoring- und Beschwerdestelle gegenüber der Öffentlichkeit, einschließlich des Landtags, kann Fehlentwicklungen aufdecken und ein Gegensteuern ermöglichen.

Frauenbeauftragte in Wohneinrichtungen

Angesichts dessen, dass Frauen mit Behinderungen in stationären Wohneinrichtungen in besonderem Maße von Gewalt und Missbrauch betroffen sind,⁹ empfiehlt die Expertenkommission die Einsetzung von Frauenbeauftragten, wie dies bereits in Bremen, Rheinland-Pfalz und Thüringen der Fall ist. Die Leistungsanbieter sollten darauf hinwirken, dass eine Frauenbeauftragte aus dem Kreis der Bewohnerinnen gewählt wird, die die Interessen und besonderen Belange der Nutzerinnen vertritt. Die Frauenbeauftragte ist Ansprechpartnerin und berät die Nutzerinnen insbesondere bei psychischer und körperlicher Gewalterfahrung oder sexueller Belästigung. Sie kann zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben fachkundige Personen ihres Vertrauens hinzuziehen. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

⁹ Vgl. Schröttle M., Hornberg C.(2014)

6.2.3 Gesamtstrategie zum Gewaltschutz in der Eingliederungshilfe

Eine Stärkung der Vorkehrungen zum Gewaltschutz im WTG NRW und eine damit ermöglichte Ausweitung der Prüftätigkeiten der WTG-Aufsichten in diesem Bereich kann immer nur Teil einer umfassenderen Gesamtstrategie zum Gewaltschutz in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen sein. Wirksamen Gewaltschutz und präventive Vermeidung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen erfordern eine Stärkung des Regelsystems der Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen mit Behinderung. Ausführungen dazu finden sich im Abschnitt „Empfehlungen zum Wohnen“.

Darüber hinaus sind aus Sicht der Expertenkommission

- demokratische Strukturen in Einrichtungen der Behindertenhilfe einschließlich der Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer zu verankern,
- Menschen mit Behinderungen von Seiten der Leistungsanbieter konsequent als Rechtsträgerinnen und Rechtsträger zu begreifen,
- die Ziele der Angebote grundsätzlich in der Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens und dem Schutz der Würde und Rechte der Bewohnerinnen und Bewohnern zu verankern,
- Menschen mit Behinderungen über ihre Rechte, unter anderem durch Empowerment-Schulungen aufzuklären,
- externe Unterstützungssysteme, wie Beratungsstellen, Frauenhäuser und Frauennotrufe barrierefrei auszubauen.

7. Schutz und Hilfe bei individuell kritischen Erfahrungen im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen

7.1 Recht auf Schutz und Hilfe

Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit Behinderung sind massive Eingriffe in die Grundrechte. Ihre Rechtfertigung, ihr Einsatz und die Durchführung sind daher an strenge Anforderungen gebunden. Sie sind auf das absolut notwendige Maß einzuschränken und kommen ausschließlich als letztes Mittel in Betracht, wenn mildere Maßnahmen gescheitert sind oder nicht ausreichen, um erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung zu verhindern. Gesicherte Erkenntnisse und eine valide Datenlage über den Einsatz und die Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe liegen nicht vor¹. Ebenso wenig liegen gesicherte Erkenntnisse über die Anwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen bei Menschen mit Behinderung in der Praxis vor.

Die Geschehnisse, die zur Einsetzung dieser Kommission führten, zeigen, dass die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen auch ein Indiz für gravierende Handlungsprobleme, für fachliche Mängel, für unzureichende quantitative und qualitative personelle Ausstattung und für fehlende Präventionskonzepte sein können. Die Tatsache, dass die nicht rechtskonforme Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen über Jahre nicht nach außen gedrungen und auch der staatlichen Aufsicht entgangen ist, deuten auf eine mangelnde interne und externe Kontrolle hin.

Das soziale Netz von erwachsenen Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten besteht häufig nahezu ausschließlich aus den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtungen, in denen sie leben. Ein vom Wohnbereich unabhängiger zweiter Lebensbereich ist oft nicht vorhanden. Soweit Kontakte zu Angehörigen bestehen, befinden auch sie sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu der betreuenden Einrichtung, da für diesen Personenkreis selten alternative Lebensmöglichkeiten zu erschließen sind. Ein Sozialraumbezug des Betreuungsangebots, der Kontakte der Bewohner nach Außen ermöglicht und den

¹ s. Kapitel 5 und 10

Blick auf die Betreuungssituation gewährleistet, ist selten vorhanden. Der Forschungsbericht des BMAS „Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderung“ bestätigt die Erfahrungen der Kommissionsmitglieder, dass Menschen mit Behinderung oft keinen Zugang zu externen allgemein zugänglichen Beratungs- und Schutzangeboten haben. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Sie reichen von fehlenden Kenntnissen der Betroffenen über die Existenz der Angebote, Kommunikationsprobleme, einschließlich eingeschränkter oder fehlender Nutzung digitaler Medien, mangelnde Barrierefreiheit der Angebote, unzureichende Kenntnisse der Beratungskräfte über die Menschen mit Behinderung und ihrer Lebenssituation in Einrichtungen der Behindertenhilfe, bis hin zu Abschottungstendenzen der Einrichtungen der Behindertenhilfe.²

Unabhängige Beschwerdestelle

Die Lebenssituation dieses Personenkreises ist in besonderer Weise von einer extremen Abhängigkeit zwischen professionellen Helferinnen und Helfern und den Nutzerinnen und Nutzern der Einrichtungen geprägt. In solchen Situationen können Menschen mit Behinderung ihre Rechte aufgrund der bestehenden strukturellen Machtasymmetrie häufig nicht oder nicht umfassend verwirklichen, entweder weil sie diese Rechte nicht kennen oder sich aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sehen, diese anhand der vorhandenen Strukturen einzufordern.

So wichtig ein internes Kontroll- und Beschwerdemanagement in den Einrichtungen der Behindertenhilfe ist, so notwendig ist darüber hinaus eine von der Einrichtung und ihrem Umfeld unabhängige Beschwerdestelle. Menschen, die in Einrichtungen leben und dort Gewalt erfahren sowie deren Angehörige müssen die Möglichkeit erhalten, eine unabhängig agierende Unterstützung und Klärung einzufordern. Das gilt insbesondere für Personen, die von institutionell-strukturell angewandeter Gewalt, wie sie freiheitsentziehende Maßnahmen darstellen, betroffen sind. Es muss sichergestellt sein, dass sie die Möglichkeit haben, subjektiv kritisch empfundene Erfahrungen im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen unabhängig von Entscheidungs-, Kostenträger- und Leistungserbringerstrukturen bedenkenlos

² BMAS Forschungsbericht: Gewaltschutzstrukturen (2021), S. 114

vortragen zu können. Nur so ist gewährleistet, dass den Vorgängen frei von Interessen der an den Einzelfällen Beteiligten nachgegangen werden kann.

Monitoring

Aufgrund der extremen Abhängigkeit von Menschen mit herausforderndem Verhalten und deren Lebenssituation in besonderen Wohnformen, nicht selten in Groß- und Komplexeinrichtungen, kann nicht allein auf ein internes Beschwerde- und Beratungsangebot gesetzt werden, um dem besonderen Schutzbedarf dieses Personenkreises gerecht zu werden und einen kritischen Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder problematischen Entwicklungen in Einrichtungen zu erkennen. Eine systematische zentrale Erfassung freiheitsentziehender Unterbringung und Anwendung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen kann Fehlentwicklungen aufdecken und ein Gegensteuern ermöglichen. Das gilt in besonderer Weise für freiheitsentziehende Maßnahme deren Genehmigungsdauer ein oder gar zwei Jahre beträgt und für freiheitseinschränkende Maßnahmen, die keinem richterlichen Genehmigungsvorbehalt unterliegen. Ein unabhängiges Monitoring eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, gesicherte Daten über die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen in NRW zu erhalten. Die Berichterstattung über die Verbreitung und Anwendung freiheitentziehender Maßnahmen gegenüber der (Fach-) Öffentlichkeit und der Politik kann zur Bewusstseinsbildung, zur systematischen Qualitätskontrolle und fachlichen Weiterentwicklung sowie zur Verbreitung geeigneter präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen beitragen.

Besuchskommissionen

Die zentrale Erfassung freiheitsentziehender Maßnahmen durch eine Monitoringstelle kann auch zum gezielten Einsatz von Besuchskommissionen genutzt werden.

Während bei der Aufsicht und Kontrolle und als zusätzliches Hilfs- und Schutzangebot in psychiatrischer Einrichtungen Besuchskommissionen vorgesehen sind, wie in § 23 PsychKG NRW, kennt die Eingliederungshilfe keine pro-aktiven, aufsuchenden

Angebote für Menschen in besonders belastenden Situationen. Bei Besuchskommissionen handelt es sich um Einrichtungen der öffentlichen Kontrolle, deren Aufgabe es ist, neben Missständen auch strukturelle Defizite in der Versorgung aufzudecken. Sie überprüfen, ob die mit der Betreuung und Behandlung psychisch Kranker betraute Einrichtung den gesetzlichen Anforderungen entsprechend geführt wird und die Rechte der Unterbrachten gewahrt werden. Die Besuche erfolgen in periodischen Abständen oder anlassbezogen. Bei Vorliegen entsprechender Einwilligungen können Patientenunterlagen eingesehen werden und geschützte Gespräche mit Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt werden. Berichte der Besuchskommission können der aufsichtsführenden Behörde vorgelegt werden, nach dem PsychKG NRW sind sie innerhalb von drei Monaten nach dem Besuch vorzulegen. Die Mitglieder der Besuchskommissionen sind nicht weisungsgebunden.³

Die Lebenssituation von Menschen, die von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind und in geschlossenen oder fakultativ geschlossenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben, weist Parallelen zur Situation in psychiatrischen Einrichtungen auf. Pro-aktive aufsuchende Angebote können zusätzlichen Schutz und Hilfe bieten.

7.2 Empfehlungen Expertenkommission

Monitoring und Beschwerdestelle

Die Kommission empfiehlt die Einrichtung einer landeszentralen Monitoring- und Beschwerdestelle zur Gewaltprävention, Beobachtung und Beratung im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem WTG NRW in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

³ vgl. Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages: Zur Aufsicht und Kontrolle psychiatrischer Einrichtungen und zu Hilfsangeboten für Betroffene, Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 082/18, 29. Oktober 2018)

Die Monitoring- und Beschwerdestelle arbeitet unabhängig und ist fachlich nicht weisungsgebunden.

Zu den Aufgaben der Monitoring- und Beschwerdestelle gehören insbesondere

- die Bereitstellung geeigneter Informationen zur Vermeidung und Anwendung von freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, sowie der Entscheidungsverantwortung und von Entscheidungsabläufen,
- die Entgegennahme, Auswertung und Berichterstattung über freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Einrichtungen nach dem WTG NRW,
- der Informationsaustausch, die Beratung und Unterstützung der kommunalen Ombudspersonen und die Entgegennahme von Beschwerden im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Einrichtungen nach dem WTG NRW.

Meldepflichten

Die Leistungserbringer sollen verpflichtet werden, die Durchführung einer freiheitsentziehenden Maßnahme (anonymisiert) der Monitoring- und Beschwerdestelle zu melden. Die Monitoring- und Beschwerdestelle wertet die Meldungen aus und unterrichtet die Öffentlichkeit, einschließlich des Landtages über Art und Umfang von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in NRW. Sie zeigt Entwicklungstendenzen auf und weist auf Erfolge oder Handlungsbedarf hinsichtlich präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen hin.

Besuchskommissionen

Hinsichtlich proaktiver aufsuchender Angebote in Einrichtungen der Eingliederungshilfe empfiehlt die Kommission die gesetzliche Verankerung der Einrichtung von Besuchskommissionen analog zu § 23 PsychKG NRW. Vorstellbar ist, die kommunalen Ombudspersonen, deren vorgesehener verbindlicherer Einsatz die Kommission begrüßt, mit entsprechenden Funktionen und Rechten auszustatten.

Die Expertenkommission begrüßt, dass ihre Anregungen zur Einrichtung einer landeszentralen Monitoring- und Beschwerdestelle im Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes aufgegriffen wurden.

8. Betreuungsrecht – Kooperation und Qualifizierung

Schnittstelle Rechtliche Betreuerinnen und Betreuer und Bevollmächtigte – Betreuungsgericht

Der Expertenkommission wurde die Aufgabe gestellt, Handlungs- und Lösungsansätze zu erarbeiten, mit denen die Betreuungs- und Leistungsangebote im Einklang mit den Grund- und Menschenrechten der Nutzerinnen und Nutzer, die insbesondere durch die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert werden, weiterentwickelt werden können.

Ein signifikanter Anteil der Nutzerinnen und Nutzer in Betreuungs- und Leistungsangeboten wird durch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer oder Bevollmächtigte unterstützt bzw. vertreten (Daten dazu liegen nicht vor, bzw. werden nicht erhoben). Im Verhältnis zwischen Leistungsanbietenden, Nutzerinnen und Nutzern und den rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer / bzw. Bevollmächtigten gibt es in der Praxis verschiedene Problem- und Konfliktsituationen mit unterschiedlichen Ursachen. Diese Ursachen liegen z.B. darin begründet, dass Verantwortung und rechtliche Befugnisse von Betreuerinnen und Betreuern ebenso unzutreffend eingeschätzt werden, wie die Handlungs- und Entscheidungsbefugnisse der Nutzerinnen und Nutzer selbst. Dabei werden auch die rechtlichen Befugnisse der Leistungsanbieter gegenüber den Nutzerinnen und Nutzern, also auch die Befugnisse der Betreuerinnen und Betreuer missdeutet, aber auch die Einschätzung über die Rolle und Aufgaben des Betreuungsgerichts unterliegen Fehlannahmen. Diese Einschätzungen führen nicht nur zu Verantwortungsdiffusionen, sondern vor allem auch zu Verletzungen der Rechte der Nutzerinnen und Nutzer, wie dem Selbstbestimmungsrecht, dem Recht auf Fortbewegungsfreiheit oder dem Recht auf körperliche Unversehrtheit.

Die Schnittstelle zwischen Rechtlicher Betreuung und Eingliederungshilfe wurde bisher zu meist unter dem Aspekt der Abgrenzung betrachtet; einerseits unter dem Blick des Vorrangs von Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber der Betreuung als andere Hilfe (§ 1896 Abs.2 BGB), oder im Hinblick auf die Frage von Zuständigkeiten für eine konkrete Unterstützungsleistung eines Menschen mit Behinderung im Einzelfall, wie die Begleitung beim Arztbesuch, wenn dieser Mensch

zeitgleich Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe erhält und einen rechtlichen Betreuer hat.¹

Die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Rechtlicher Betreuung betrifft aber auch die Frage nach rechtlichen Befugnissen und wird hier zunächst erläutert mit einem Schwerpunkt auf Maßnahmen, die mit Freiheitsentziehung und Freiheitsbeschränkung verbunden sind. Die Rechte der Nutzerinnen und Nutzer sowie die Pflichten und Rechte der Akteure werden hier dargelegt und analysiert. Anschließend werden Handlungsempfehlungen vorgestellt.

8.1. Die Rechtliche Betreuung und Freiheitsentziehende Maßnahmen

8.1.1 Ausgangslage und kurzer Rückblick

Einführung des Betreuungsrechts 1992 - Die Abschaffung der Entmündigung!

Das Betreuungsrecht trat 1992 in Kraft und hatte die vormaligen Institute der Vormundschaft, die mit Entmündigung verbunden war, und der Gebrechlichkeitspflegschaft abgelöst. Diese Reform stand auch im Zusammenhang mit der Psychiatrieenquete aus dem Jahr 1975, die u.a. Missstände im Bereich der Erwachsenenvormundschaft zeigte, wie z.B. Einrichtungsleitungen die Vormünder für die Bewohnerinnen und Bewohner waren und daher im Betreuungsrecht als Betreuer von Bewohnerinnen und Bewohnern ausgeschlossen wurden (§ 1897 Abs. 3 BGB). Nach der Wertung des Gesetzes sind diese Personen von einer Betreuung ausgeschlossen, um Interessenkollisionen von vornherein zu vermeiden, weil in vielen Fällen eine Aufgabe des Betreuers in der Wahrnehmung der Rechte des Betroffenen gerade gegenüber diesen Einrichtungen bestehen wird.² Hier wird deutlich, welche Intension das Gesetz verfolgte. Mit der Einführung des Betreuungsrechts sollte die Selbstbestimmung rechtlich betreuter Personen gegenüber dem früheren System insgesamt deutlich verbessert werden. Eine weitere bedeutsame Folge der Einführung

¹ Rosenow, R.: Eingliederungshilfe und rechtliche Betreuung, in RP Reha 2021, S. 12f = BtPrax 2021, 163 ff.

² Jürgens A. Betreuungsrecht (2019) § 1897 Rn. 8

des Betreuungsrechts war die Trennung der Bestellung eines Vertreters von der rechtlichen Handlungsfähigkeit des Betreuten. Dies wird als die Abschaffung der Entmündigung beschrieben und hat zur Folge, dass eine Betreuerbestellung weder die Geschäftsfähigkeit noch die Einwilligungsfähigkeit tangiert. Wie bei allen volljährigen Menschen, wird auch bei Menschen, die einen rechtlichen Betreuer haben, vermutet, dass sie rechtlich handlungsfähig sind. Weder die Betreuerbestellung noch die Behinderung an sich führen zu Beschränkungen. Unabhängig von einer Betreuerbestellung sind aber Regelungen über die rechtliche Handlungsunfähigkeit in spezifischen Teilbereichen, wie der Geschäftsunfähigkeit (§§ 104 ff. BGB) und der Einwilligungsunfähigkeit (§ 630d BGB) vorgesehen, die jeweils im Einzelfall situationsabhängig zu bestimmen sind. Die Einwilligungsfähigkeit ist keine Eigenschaft, sondern bezieht sich stets auf einen konkreten Sachverhalt. Mit Unterstützter Entscheidungsfindung im Sinne von Art. 12 UN-BRK können Barrieren abgebaut und Betroffenen zum eigenen Handeln verholfen werden.³ Die Rechte, der Wille und die Präferenzen sind bei jeder Form von Unterstützung oder Vertretung zu achten.

In den letzten 30 Jahren gab es einige Gesetzesänderungen und Einfluss durch obergerichtliche Rechtsprechung oder des BVerfG auf das Betreuungsrecht. Auch hat die UN-BRK, insbesondere Art. 12 mit dem Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht, das Rechtsverhältnis von Betreuer und betreuten Menschen, wie aufgezeigt, weiterentwickelt. In diesem Zusammenhang steht auch das im Frühjahr 2021 verabschiedete Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts⁴, das am 01.01.2023 in Kraft treten wird. Das Gesetz verfolgt das Ziel, das Selbstbestimmungsrecht rechtlicher betreuter Menschen zu stärken, und will einen Paradigmenwechsel in der Betreuungspraxis weiter forcieren.⁵

³ Dazu auch Stellungnahme Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin der Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2016

⁴ Bundesgesetzblatt v. 12.05.2021 Teil I, S. 882.

⁵ Regierungsentwurf, Bundestags-Drucksache 19/ 24445, S. 2.

8.1.2 Kurzer Überblick rechtliche Betreuung

Nach § 1896 BGB (§ 1814 BGB-neu) bestellt das Betreuungsgericht einen Betreuer, soweit ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Der Umfang richtet sich nach Aufgabenkreisen, die im Einzelfall erforderlich sind, ein personenzentrierter, am persönlichen Bedarf orientierter Umfang der rechtlichen Betreuung ist damit bereits vorgesehen. Eine Vollmacht oder andere Hilfen lassen das Erfordernis der rechtlichen Betreuung regelmäßig ganz oder teilweise entfallen. Der entgegenstehende freie Wille des Betroffenen verhindert die Betreuerbestellung (§ 1896 Abs. 1a BGB= § 1814 Abs. 2 BGB-neu). Dahinter steht ein weiteres Prinzip der rechtlichen Betreuung, welches sich aus der Verfassung ergibt. So hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt: „Die Bestellung eines Betreuers von Amts wegen, also ohne Antrag des Volljährigen und, wie hier, gegen seinen Willen, setzt aber voraus, dass der Betreute aufgrund einer psychischen Erkrankung seinen Willen nicht frei bestimmen kann. Dies sagt das Gesetz zwar nicht ausdrücklich, ergibt sich aber aus einer verfassungskonformen Auslegung des Gesetzes. Denn der Staat hat von Verfassungs wegen nicht das Recht, seine erwachsenen und zur freien Willensbestimmung fähigen Bürger zu bessern oder zu hindern, sich selbst zu schädigen“⁶. Auch im Rahmen einer bestehenden Betreuung ist der freie Wille eines betreuten Menschen bindend und darf zur Abwehr einer Selbstgefährdung nicht mit Zwang überwunden werden. Aber auch wenn betreute Menschen im Einzelfall, z.T. situativ, nicht zur freien Willensbestimmung fähig sein sollten, ist das Gespräch zu suchen und die Wünsche sind grundsätzlich zu berücksichtigen, auch hier darf Zwang als ultima ratio zur Abwehr einer erheblichen Gefahr für den betreuten Menschen selbst und unter sehr strengen Voraussetzungen angewendet werden, wenn alle anderen Maßnahmen gescheitert oder aussichtslos sind und es dafür rechtliche Grundlage im Gesetz gibt, wie §§ 1906, 1906 a BGB (§§ 1831, 1832 BGB-neu). Aus den Grundrechten ergibt sich aber auch die Schutzpflicht des Staates, für nicht einsichtsfähige Betreute bei drohenden erheblichen gesundheitlichen

⁶ BVerfGE, 22, 180, 219 f.; ständige Rechtsprechung seit BayObLGZ 1994, 209, 211 und ausdrückliche gesetzliche Regelung seit 1.7.2005.

Beeinträchtigungen unter strengen Voraussetzungen eine ärztliche Behandlung als letztes Mittel auch gegen ihren natürlichen Willen vorzusehen.⁷

Als Betreuer bestellt werden nach dem Gesetz vorrangig ehrenamtliche Betreuer aus dem Kreis der Familienangehörigen. Die Gesamtzahl der Betreuungen liegt bei ca. 1,3 Mio., wovon ca. 50 % beruflich und ca. 50 % ehrenamtlich geführt werden. Durch die vermehrte Nutzung von Vorsorgevollmachten⁸, insbesondere im Bereich der Vorsorge älterer Menschen, sind die ehrenamtlichen Betreuungen in den letzten Jahren deutlich gesunken. Es bestehen aber Lücken an Daten, da nur Betreuungsverfahren und diese auch nur unvollständig erhoben werden.⁹

Im Hinblick auf die Person des Betreuers ist der Wunsch des Betroffenen zu berücksichtigen¹⁰. Berufliche Betreuer dürfen erst bestellt werden, wenn kein geeigneter Ehrenamtler zur Verfügung steht (§ 1897 Abs. 6 BGB, § 1816 BGB-neu)¹¹. Die Frage der Eignung eines (ehrenamtlichen) Betreuers war in der Vergangenheit vielfach Gegenstand von Entscheidungen des BVerfG und des BGH. Zuletzt hat das BVerfG¹² die vom BGH entwickelten Kriterien aufgegriffen und dahin ergänzt, dass bei familienangehörigen Betreuern ggfs. Defizite hinzunehmen sind, um den Schutz der Familie aus Art. 6 GG zu gewährleisten. Verlangt wird allerdings, dass sich ein (potentieller) Betreuer erforderlichenfalls fachkundiger Hilfe bedient. In der Praxis lässt sich teilweise feststellen, dass ehrenamtliche Betreuer nicht ausreichend zu den Genehmigungsvorbehalten und ihren Befugnissen und Verpflichtungen im Bereich der Unterbringung/ Freiheitsentziehender Maßnahmen informiert sind. Teilweise kennen sie die gerichtlichen Verfahrensabläufe nicht, fühlen sich überfordert und ziehen sich entgegen ihren betreuungsrechtlichen Aufgaben zurück. Eine Hilfestellung kann hier z. B. durch Fortbildungen sowie Handlungsempfehlungen, wie etwa die Handreichung der ÜAG NRW „Freiheitserhaltende und freiheitsentziehende Maßnahmen bei pflegebedürftigen Menschen“, erfolgen. Die Eignung der Betreuer wird ab dem

⁷ BVerfG, BtPrax 2016, S. 182 ff.

⁸ vgl. Zentrales Vorsorgeregister der BNotK.

⁹ vgl. Stellungnahme des Kasseler Forums 2021, BtPrax 2021, 144; weitere Daten Matta V., Engels, D., Brosey D. u.a. 2017

¹⁰ Zuletzt BVerfG, NJW 2021, 2355 = BtPrax 2021, 146.

¹¹ BGH, NJW-RR 2021, 650 = BtPrax 2021, 155.

¹² BVerfG, N JW 2021, 2355 = BtPrax 2021, 146, Rn. 23.

1.1.2023 neu ausgestaltet. Nach § 1816 BGB neu müssen sie geeignet sein, die nachfolgenden Grundsätze einhalten zu können. Berufliche Betreuer haben zudem einen Sachkundenachweis (§ 23, 24 BtOG) zu erbringen. Ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer erhalten durch die Betreuungsvereine mehr Angebote, damit sie Unterstützung bei der Entscheidungsfindung bzw. beim rechtlichen Handeln im Sinne des Art. 12 UN-BRK im Rahmen der rechtlichen Betreuung ausüben. Dazu sind Vereinbarungen über eine Begleitung und Unterstützung mit einem anerkannten Betreuungsverein oder mit der zuständigen Behörde abzuschließen. Für ehrenamtliche Betreuer, bei denen keine familiäre Beziehung oder persönliche Bindung zum Betroffenen besteht, soll eine solche Vereinbarung vor der Bestellung abgeschlossen werden (§ 22 BtOG). Flankiert werden diese Maßnahmen dadurch, dass § 1815 Abs. 2 Nr. 1 und 2 BGB-neu vorsieht, dass ein Betreuer Entscheidungen über eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung bzw. eine freiheitsentziehende Maßnahme unabhängig davon, wo sich der Betreute aufhält, nur treffen darf, wenn dieser Aufgabenbereich vom Betreuungsgericht ausdrücklich angeordnet worden ist. In diesem Rahmen wird das Betreuungsgericht zukünftig auch gesonderte Überlegungen dazu anstellen müssen, ob der (potentielle Betreuer) für Entscheidungen in diesem Bereich eine ausreichende Eignung aufweist.

Die rechtliche Betreuung umfasst alle Tätigkeiten, die erforderlich sind, um die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften rechtlich zu besorgen (§ 1901 Abs. 1 BGB = § 1821 Abs. 1 BGB-neu). Der Betreuer ist damit im Aufgabenkreis immer verpflichtet, das „Erforderliche“ zu tun; ist die Einschränkung oder Erweiterung des Aufgabenkreises angezeigt, so muss er dies veranlassen (§ 1901 Abs. 5 BGB).

Ab dem 01.01.2023 werden diese Pflichten des Betreuers durch die neuen §§ 1821 und 1823 BGB-neu ausgestaltet, um das Selbstbestimmungsrecht betreuter Menschen zu stärken. Der Betreuer „unterstützt den Betreuten dabei, seine Angelegenheiten rechtlich selbst zu besorgen, und macht von seiner Vertretungsmacht nach § 1823 nur Gebrauch, soweit dies erforderlich ist.“ Die Vertretung ist in der Regel erst erforderlich, wenn der Betroffene seine rechtliche Handlungsfähigkeit – auch mit Unterstützung- nicht selbst ausüben kann. Die Vertretung ist bei höchstpersönlichen Angelegenheiten ausgeschlossen, wenn der

Betroffene einwilligungsfähig ist, dies betrifft Einwilligungen in ärztliche Untersuchungen oder Maßnahmen ebenso wie zu Maßnahmen, die mit Freiheitsentziehung oder -beschränkung verbunden sind. Unterstützung zur Achtung der Rechte, des Willens und Präferenzen ist aber geboten. Der Betreuer ist hier in der Verantwortung. Das rechtliche Dürfen des Betreuers ist im Innenverhältnis durch § 1821 BGB-neu begrenzt; verstößt der Betreuer gegen diese Pflichten handelt er pflichtwidrig, was Maßnahmen der gerichtlichen Aufsicht zur Folge hat (s. unten). Die Vertretungsbefugnis des Betreuers ist zudem beschränkt durch gerichtliche Genehmigungsvorbehalte, wie §§ 1906, § 1906a BGB (§§ 1831, 1832 BGB-neu). Aber auch wenn Genehmigungsvorbehalte vorliegen, so ist es die Befugnis und Verantwortung des Betreuers, Entscheidungen zu treffen und Maßnahmen einzuleiten oder zu überwachen, um die Rechte der betreuten Menschen zu wahren. Wie genau die Überwachung ausgestaltet ist, sagt das Gesetz nicht konkret, auch richtet sich diese nach dem im Einzelfall Erforderlichen.

8.1.3 Maßnahmen, die die Fortbewegungsfreiheit betreffen

Wie bereits erläutert, führt die Bestellung eines Betreuers nicht dazu, dass der betreute Mensch von Entscheidungen ausgeschlossen wird. Dies gilt auch für Entscheidungen über die Gesundheit und die Bewegungsfreiheit, auch dann, wenn der Betreuer einen entsprechenden Aufgabenbereich hat.

Für die Einwilligung in eine Freiheitsentziehung kommt es daher auf die situative Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen an, die so lange anzunehmen ist, bis Einwilligungsunfähigkeit festgestellt ist. Bei einer Einwilligung handelt sich um eine Gestattung zur Vornahme von Handlungen Dritter, die in rechtlich geschützte Güter eingreifen.¹³ Einwilligung ist danach die im Augenblick der Freiheitsentziehung vorhandene, freiwillige und ernstliche Zustimmung in die beabsichtigte Rechtsgutverletzung.¹⁴ Der Betroffene muss dabei den Wert und Bedeutung des betroffenen Freiheitsrechts sowie die Folgen und Risiken seiner Zustimmung

¹³ BGH NJW 1964, 1177; OLG München FGPrax 2007, 43.

¹⁴ BGH NJW 1964, 1177.

erkennen können und bei seiner Entscheidung die Alternativen, d. h. die zur Erreichung des angestrebten Zwecks weniger belastenden Mittel, einbeziehen bzw. sein Handeln danach bestimmen können.¹⁵ Dies setzt aber auch voraus, dass die Entscheidung ohne unzulässigen Druck oder unter Angabe falscher Tatsachen erfolgt ist. Liegen die Voraussetzungen vor, beruht die Legitimation auf einer Einwilligung und ein Eingriff in das Freiheitsrecht scheidet damit aus. Sollte ein Betreuer bestellt sein, so sollte dieser auch zur Unterstützung und Wahrung der Rechte eingebunden sein, es sei denn der betreute Mensch widerspricht. Die Einwilligung kann von dem Betroffenen jederzeit widerrufen werden.

Der Betreuer ist zur vertretenden Entscheidung nicht befugt, solange der betreute Mensch selbst einwilligungsfähig ist, bei Zweifeln ist entsprechend § 630d Abs. 2 Satz 2 BGB ein Arzt hinzuzuziehen.

Kann der Betroffene selbst auch nach Unterstützter Entscheidungsfindung nicht rechtswirksam einwilligen, so ergeben sich weitere Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Betreuerentscheidung, sowie weitere Verantwortlichkeiten.

Will aber der Einwilligungsfähige nicht einwilligen, sondern lehnt eine Maßnahme ab, so ist dieser Wille beachtlich. Es gibt betreuungsrechtlich keine Möglichkeit der Legitimation einer Maßnahme zur Abwehr einer Selbstgefährdung gegen einen zur freien Willensbildung fähigen Menschen.¹⁶

Nach dem Betreuungsrecht ist der Betreuer (seit 1.1.1999 auch der Bevollmächtigte) für Einwilligungen in die Unterbringung und in Freiheitsentziehende Maßnahmen zur Abwendung einer erheblichen Gefahr oder auch im Falle einer Behandlungsnotwendigkeit zuständig, soweit er den entsprechenden Aufgabenbereich hat. Ab dem 1.1.2023 sieht § 1815 Abs. 2 Nr. 1 und 2 BGB-neu vor, dass als Aufgabenbereich eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB-neu) oder eine Freiheitsentziehende Maßnahme (§ 1831 Abs. 4 BGB-neu) ausdrücklich angeordnet werden muss. Ein Aufenthaltsbestimmungsrecht

¹⁵ Amelung R&P 1995, 20.

¹⁶ so die Rechtsprechung BGH, FamRZ 2016, 1068, Rn. 11, zu § 1906 BGB; BVerfG, FamRZ 2017, 1708, Rn. 32 zur Zwangsbehandlung; BGH, NJW 2021, 2582 zum BayPsychKHG.

reicht damit nach dem 1.1.2023 nicht mehr aus, um über eine Freiheitsentziehung zu entscheiden.

Das Genehmigungserfordernis bleibt unverändert bestehen, so dass die übertragene Befugnis des Betreuers von der vorherigen Genehmigung des Betreuungsgerichts abhängig gemacht wird. Es handelt sich hierbei um eine präventive Schutzvorschrift, nach der das Gericht die Voraussetzungen dieses Rechtseingriffs in einem geregelten Verfahren unter Einbeziehung weiterer Akteure prüft (§§ 312 ff FamFG).

Genehmigung bedeutet, dass der Betreuer die Entscheidung trifft und das Gericht diesem lediglich die Erlaubnis zum Treffen der Entscheidung gibt. Der Betreuer trägt die Verantwortung im Zeitraum der Genehmigung. Er entscheidet im Zusammenwirken mit Ärzten, ob von der Genehmigung im Einzelfall gebraucht gemacht werden muss, oder ob im Einzelfall Alternativen bestehen. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung/Freiheitsentziehende Maßnahme nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen (§ 1906 Abs. 2 BGB = § 1831 Abs. 2 BGB-neu). Auch hieran sieht man die Verantwortung des Betreuers. Die Einrichtung/Wohnform selbst hat keine eigenen Entscheidungsbefugnisse. Ist der Betreuer nicht erreichbar, kann aber das Betreuungsgericht Entscheidungen im Wege der einstweiligen Maßregel treffen (§ 1846 BGB= 1867 BGB-neu). Allerdings können Mitarbeiter der Einrichtung erforderliche Maßnahme zur Gefahrenabwehr, die ihre Rechtfertigung in der Notwehr bzw. Nothilfe (§ 32 StGB) oder dem übergesetzlichen Notstand (§ 34 StGB) finden können, treffen und haben den Betreuer/Bevollmächtigten bzw. Gericht unverzüglich zu unterrichten.

Hinweis: Nicht vom Erfordernis einer gerichtlichen Genehmigungspflicht umfasst sind Freiheitsentziehende Maßnahmen 1. in der eigenen Wohnung¹⁷ und 2. in Einrichtungen, wenn diese von kurzer Dauer sind (Zeitraum: BVerfG bei Fixierung unter 30 Minuten) oder nicht regelmäßig vorkommen (Umkehrschluss aus § 1906 Abs. 4 BGB/§ 1831 Abs. 4 BGB-neu).

Es ist gerade wegen des Fehlens von Freiheitsentziehenden Maßnahmen in der eigenen Wohnung besonders wichtig, Menschen, die außerhalb von Einrichtungen

¹⁷ kritisch *Brosey*, BtPrax 2020, 94; *Rodenbusch*, FamRZ 2021, 411 ff.

und Wohnformen leben, mit in die Gewaltschutzprävention einzubeziehen und entsprechende Angebote für Betreuer und pflegende Angehörige vorzuhalten.

8.1.4 Voraussetzungen Unterbringung und FEM

Das Gesetz differenziert in § 1906 Abs. 1 und Abs. 4 BGB (§ 1831 Abs. 1 und 4 BGB-neu) zwischen einer Unterbringung und Freiheitsentziehenden Maßnahmen und legt hier Anforderungen an die Legitimität der Entscheidung durch den Betreuer fest. Die Pflicht, die Entscheidung durch das Betreuungsgericht zuvor genehmigen zu lassen, ergibt sich aus Absatz 2. Gerade hier ergeben sich verfahrensrechtliche Unterschiede; so wird für die Freiheitsentziehenden Maßnahmen kein ärztliches Gutachten, sondern lediglich ein Attest benötigt.

Die Unterbringung muss mit Freiheitsentziehung verbunden sein, etwa in einer *geschlossenen Einrichtung, einem geschlossenen Krankenhaus oder einem geschlossenen Heim* bzw. in einem abgeschlossenen Teil einer der genannten Einrichtungen. Ebenfalls kann eine sogenannte halboffene oder offene Unterbringung die Voraussetzungen der Freiheitsentziehung erfüllen, wenn keine Möglichkeit des freien Zutritts und keine Möglichkeit des Ausgangs ohne Aufsicht für den Betroffenen besteht und sich im Einzelfall nach der Eingriffsintensität und Dauer der Maßnahme bestimmt.¹⁸

8.1.5 Genehmigung des Gerichts liegt vor

Die betreuungsgerichtlichen Genehmigungen können nach § 329 FamFG eine recht lange Dauer haben, denn diese endet spätestens mit Ablauf **eines Jahres**, bei offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit spätestens mit Ablauf von **zwei Jahren**, wenn sie nicht vorher verlängert wird. Das bedeutet, dass der Betreuer/Bevollmächtigte für diesen Zeitraum die Einwilligung erteilen darf in

¹⁸ BVerfG, NJW 2018, 2619.

Freiheitsentziehungen, die durch die Leistungsanbieterinnen durchgeführt werden. Nach Genehmigung liegt die Verantwortung für das Vorliegen der Voraussetzungen der eingreifenden Maßnahme aber auch bei dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten. § 1906 Abs. 3 BGB regelt dazu, dass der Betreuer die Unterbringung/FEM zu beenden hat, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung/FEM dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.

Der Gesetzgeber hat bislang davon abgesehen, weitere Vorschriften über den Vollzug der zivilrechtlichen Unterbringung zu erlassen. Anders als im öffentlichen Unterbringungsrecht liegen daher alle Maßnahmen während einer Unterbringung (Besuch, Ausgang, Schriftverkehr, medizinische Behandlungen, FEM) in der ausschließlichen Verantwortung des Betreuers, soweit diesem der entsprechende Aufgabenbereich zugewiesen ist.

Die Einrichtung ist aus eigenem Recht nicht zu Eingriffen in die Rechte des Betroffenen befugt, es sei denn es liegt Gefahr im Verzug vor oder eine erhebliche Gefahr für Dritte oder deren Rechtsgüter.

Werden Maßnahmen vorgenommen, muss bei einem Nutzer, der nicht einwilligungsfähig ist, neben der gerichtlichen Genehmigung immer auch die Einwilligung des Betreuers vorliegen.

Unabhängig von der Einwilligungsfähigkeit ist der Nutzer stets und verständlich vorab über Rechtseingriffe aufzuklären. Diese müssen verhältnismäßig sein und dokumentiert werden.

Die gerichtliche Genehmigung hat das verbundene Ausmaß des Freiheitsentzugs *konkret festzulegen* (s. § 323 Abs. 1 Nr. 1 FamFG: „nähere Bezeichnung der Unterbringungsmaßnahme“) sowie das Ende.

Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, die über den vom Gericht genehmigten Freiheitsentzug hinausgehen, stellen daher eine Modifikation der Unterbringungsart dar, die neuer Genehmigung bedarf.

8.1.6 Verantwortung des Betreuers

Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen nach § 1906 BGB weggefallen sind.

Das Vorliegen aller Voraussetzungen der Maßnahme ist *fortwährend* zu prüfen.

Eine Beendigung der Unterbringung oder FEM ist geboten, wenn

- der Betroffene (wieder) zur freien Willensbestimmung fähig ist,
- oder keine erhebliche Gefahr mehr vorliegt,
- oder die erhebliche Gefahr durch mildere Mittel abgewendet werden kann,
- oder die Unterbringung sich als ungeeignet erweist, die Gefahr abzuwenden, bzw.
- der Nutzen der Unterbringung - entgegen der bisherigen Erwartung - die Beeinträchtigungen durch die Unterbringung nicht überwiegt, diese Erwartung sich also nicht erfüllt hat.

Das Nachkommen dieser rechtlichen Verpflichtung unterliegt der Aufsicht und Kontrolle durch die Betreuungsgerichte. Es gibt keine Belege dafür, inwieweit die Betreuungsgerichte dieser Aufgabe nach erteilter Genehmigung verantwortungsvoll nachkommen.

8.2 Gerichtliche Aufsicht und Kontrolle

8.2.1 Überblick

Das Betreuungsgericht berät die Betreuer und führt sie in ihre Aufgaben ein, §§ 1908i Abs. 1, 1837 Abs. 1 BGB (§§ 1861, 1862 BGB-neu). Neben der Beratung der Betreuer obliegt ihm die Aufsicht über die gesamte Tätigkeit der Betreuer, in deren Rahmen es darüber wacht, dass der Pfleger seinen gesetzlichen Pflichten und den Anordnungen des Gerichts nachkommt. Bei Pflichtwidrigkeiten schreitet das Betreuungsgericht

durch geeignete Gebote und Verbote ein, § 1837 Abs. 1 S. 1 BGB. Alle seine Anordnungen kann das Betreuungsgericht dem Betreuer gegenüber nach vorheriger Androhung mit Zwangsgeld bis zu 25.000 Euro oder Zwangshaft durchsetzen, § 1837 Abs. 3 BGB, Art. 6 EGStGB, § 35 Abs. 1 S. 1 und 3 FamFG. Einer vorherigen Androhung des Zwangsgeldes bedarf es nicht. Es genügt, dass die Ausgangsentscheidung auf die Folgen einer Zuwiderhandlung hinweist, § 35 Abs. 2 FamFG. Die Zwangsgeldfestsetzung gegen die Betreuungsbehörde bzw. ihren Mitarbeiter oder den Betreuungsverein ist nicht möglich. Als zweites Mittel der Aufsicht steht dem Betreuungsgericht die Möglichkeit zu, eine Entlassung des Betreuers in Erwägung zu ziehen, § 1908b BGB (§ 1868 BGB neu). Daneben erfolgt gerichtliche Kontrolle im Rahmen von Berichtspflichten und Genehmigungsvorbehalten. Sie bestehen im Bereich von Freiheitsentziehenden Unterbringungen und Freiheitsentziehenden Maßnahmen nach §§ 1906 Abs. 1, 2 BGB für Betreuer und i.V.m. Abs. 5 für Bevollmächtigte sowie 1906 Abs. 4 BGB für Betreuer und i.V.m. Abs. 5 für Bevollmächtigte.

8.2.2 Zuständigkeiten

Zuständig für die Aufsicht über einen Betreuer ist ausschließlich das Betreuungsgericht, funktionell dort der Rechtspfleger, soweit die Geschäfte nicht dem Richter vorbehalten sind. Richterliche Zuständigkeiten bestehen insbesondere für den Bereich der Freiheitsentziehenden Unterbringungen und Freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie der Entlassung eines Betreuers aufgrund von Pflichtwidrigkeiten. Der Rechtspfleger ist vorrangig in Bezug auf Eingangs- und Jahresberichte sowie Betreuungspläne zuständig.

8.2.3 Gegenstand der Aufsicht

Der Betreuer übt sein Amt im Rahmen des Aufgabenkreises selbstständig und eigenverantwortlich aus. Seine Entscheidungen trifft er unter Achtung der Gesetze und

nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei hat er nach § 1901 BGB (§ 1821 BGB-neu) die Wünsche und den Willen des Betreuten zu beachten. Das Betreuungsgericht schuldet die Aufsicht dem Betreuten. Insoweit nimmt der Staat die Rechte des Betreuten gegenüber dem Betreuer wahr, auch im Sinne von Art 12 Abs. 4 UN-BRK. Bei der Kontrolle ist das Betreuungsgericht auf die Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Handelns des Betreuers beschränkt. Das Betreuungsgericht wird nicht repressiv tätig, sondern unterstützend. Die Aufsicht des Betreuungsgerichtes umfasst den gesamten Aufgabenkreis des Betreuers. Sie ist allerdings keine Fachaufsicht, sondern eine reine Rechtsaufsicht, und beschränkt sich deshalb auf die Aufsicht über die Gesetzmäßigkeit des Handelns mit einer Weisungsbefugnis in rechtlichen Fragen¹⁹. Stellt das Betreuungsgericht indes Pflichtwidrigkeiten fest, muss es durch geeignete Gebote und Verbote einschreiten, §§ 1908i Abs. 1, 1837 Abs. 2 BGB (§ 1862 BGB-neu). Als Pflichtwidrigkeiten bezeichnet die Rechtsprechung Verstöße gegen konkrete, sich aus dem Gesetz oder einer Anordnung des Gerichts gegebene Handlungspflichten bzw. allgemein gegen die Pflicht zur gewissenhaften Führung der Betreuung²⁰. Als Beispiele für Pflichtwidrigkeiten lassen sich die Nichtbefolgung berechtigter Wünsche des Betreuten oder die Überschreitung des Aufgabenkreises nennen²¹. Eine Pflichtwidrigkeit kann nur angenommen werden, wenn der Betreuer den Rahmen dessen, was ein vernünftiger Mensch für vertretbar hält, verletzt, nämlich er den ihm gegebenen Spielraum überschreitet oder missbraucht²². Bei Pflichtwidrigkeiten steht dem Betreuungsgericht nicht hinsichtlich des „Ob“, sondern nur hinsichtlich des „Wie“ des Einschreitens ein Ermessen zu. Ein Schaden ist nicht erforderlich, auch keine Gefährdung; es genügt die Pflichtwidrigkeit an sich²³.

Reine Zweckmäßigsfragen entscheidet der Betreuer dagegen selbst, eine Weisung des Betreuungsgerichts ist dabei nicht zulässig²⁴. Das Betreuungsgericht ist nicht befugt, seine (abweichende) eigene Meinung durchzusetzen, wenn das

¹⁹ BayObLG, FamRZ 1992, 108.

²⁰ OLG München, BtPrax 2008, 47.

²¹ BayObLG, FamRZ 2000, 565; BayObLG, FamRZ 1991, 1481.

²² OLG Schleswig, FamRZ 1996, 1368.

²³ OLG Karlsruhe, FamRZ 2006, 507; Dodegge G., Roth, Praxiskommentar Betreuungsrecht, (2018) Teil D, Rn. 97.

²⁴ Vgl dazu BayObLG, FamRZ 1985, 101; OLG Schleswig, FamRZ 1996, 1368; OLG Hamm, FamRZ 2012, 1312; OLG München, BtPrax 2010, 35 und 2009, 237.

Verhalten des Betreuers keine Pflichtwidrigkeit darstellt.²⁵ Es kann den Betreuer nur beraten, ihm behilflich sein und ermahnen, keine Pflichtwidrigkeit zu begehen²⁶. Das Betreuungsgericht kann auch keine präventiven Weisungen erteilen²⁷. Daraus ergibt sich auf der anderen Seite aber auch, dass Dritten kein Recht darauf zusteht, dass das Betreuungsgericht gegenüber behaupteten Pflichtwidrigkeiten des Pflegers im Wege der Aufsicht tätig wird.²⁸ Ebenso kann der Betreuer keine bindenden Weisungen für seine Tätigkeit verlangen.

8.2.4 Dokumentation

Anfangs- und Jahresbericht

Nach §§ 1908i, 1840 BGB (§ 1863 BGB-neu) hat der Betreuer über die persönlichen Verhältnisse des Betreuten dem Betreuungsgericht mindestens einmal jährlich zu berichten. Der Bericht hat auch Angaben zu den persönlichen Kontakten des Betreuers zu dem Betreuten zu enthalten. Die Justiz hält dafür Vordrucke bereit, die u.a. Abfragen dazu enthalten, ob der Betreute im Berichtszeitraum einer Freiheitsentziehenden Unterbringung bzw. einer Freiheitsentziehenden Maßnahme unterworfen war, wie oft und wann zuletzt persönlicher Kontakt bestand.²⁹ Ab 1.1.2023 muss der Bericht nach § 1863 Abs. 3 BGB-neu „Art, Umfang und Anlass der persönlichen Kontakte und der persönliche Eindruck vom Betreuten“ , sowie die Sichtweise des Betreuten dazu ausdrücklich enthalten.

Darüber hinaus hat der Betreuer gemäß §§ 1908i, 1839 BGB (§ 1864 Abs. 1 BGB neu) dem Betreuungsgericht auf Verlangen jederzeit über die Führung der Betreuung und über die persönlichen Verhältnisse des Betreuten Auskunft zu erteilen. Dies wird in der Regel zu Anfang der Betreuung als Anforderung eines sog. Anfangsbericht genutzt,

²⁵ OLG Karlsruhe, NJW-RR 2005, 1313. Eine Ausnahme gilt, wenn der Betreuer sich von sachfremden Erwägungen leiten lässt.

²⁶ Dodegge/Roth, Dodegge G., Roth,(2018), Teil D, Rn. 96.

²⁷ OLG München, BtPrax 2010, 35: Keine Untersagung der Verlegung des Betroffenen in ein anderes Heim.

²⁸ OLG Zweibrücken NJW-RR 2003, 870.

²⁹ Vordruck BS 25, dort Seite 1, Punkt 2 zu FEM, Seite 3, Punkt 12 zu persönlichem Kontakt.

später bei Nachfragen zu festgestellten oder gemeldeten (angeblichen) Pflichtverletzungen, Mängeln oder Auffälligkeiten.

8.2.5 Datenlage und Gewaltschutz

Gewaltschutzkonzepte existieren in den Gerichten nicht.

Ob und an wen Mängel in Einrichtungen an die Aufsichtsbehörden gemeldet werden, hängt vom persönlichen Engagement der einzelnen Rechtspfleger und Richter ab.

Es ist zu vermuten, dass in der Praxis nur wenige Mängelmeldungen an die WTG-Behörden erfolgen. Mangels gesetzlicher Grundlage ist auch keine Rückmeldung durch die WTG-Behörden an die hinweisgebenden Gerichte vorgesehen. Hier ist eine bessere Kooperation anzustreben.

Betreuungsstellen erhalten Rückmeldungen, wenn Betreuer ungeeignet erscheinen, m. d. B. um Stellungnahme bzw. Vorschlag eines neuen Betreuers. Indirekte Kontrollmechanismen können sich ergeben durch Rückmeldungen des Medizinischen Dienstes, Verwertung von deren Gutachten, vgl. § 282 FamFG, sowie durch Meldungen durch Angehörige, das soziale Umfeld und/oder Pflegekräfte. Das Betreuungsgericht ist in diesen Fällen über § 26 FamFG verpflichtet, im Wege der Amtsermittlung Hinweisen auf Ungeeignetheit des Betreuers, Mängel in der Einrichtung oder Freiheitsentziehungen ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung nachzugehen und das Erforderliche zu veranlassen.

Zur mangelhaften statistischen Datenlage vgl. Übersicht des Ministeriums für Justiz NRW³⁰ und die Stellungnahme des Kasseler Forums³¹.

³⁰ TOP 3 Sitzung 06.05.2021 und Schreiben des Kasseler Forum vom 29.06.2021.

³¹ BtPrax 2021, 144.

8.2.6 Zwangsmittel

Alle seine Anordnungen kann das Betreuungsgericht dem Betreuer gegenüber mit Zwangsgeld bis zu 25.000 Euro oder Zwangshaft durchsetzen, §§ 1908i Abs. 1, 1837 Abs. 3 BGB, Art. 6 EGStGB, § 35 Abs. 1 Satz 1 und 3 FamFG. Die Androhung kann entfallen, es genügt, dass die Ausgangsentscheidung auf die Folgen einer Zuwiderhandlung hinweist, § 35 Abs. 2 FamFG.³².

Die Zwangsmittel des Betreuungsgerichtes sind darauf ausgerichtet, die Anordnung durchzusetzen, zu erzwingen. Sie stellen keine Bestrafung dar. Aus diesem Grund ist eine Durchsetzung untersagt, wenn der mit der Anordnung bezweckte Erfolg eintritt. Der Verhängung von Zwangsgeld kommt, falls nicht etwa die Vorlage von Berichten, Belegen oder Auskünften erzwungen werden soll, in der Praxis bei schwerwiegenden Fällen geringe Bedeutung zu³³.

8.2.7 Genehmigungsvorbehalte im Rahmen der personalen Angelegenheiten

Eine Konkretisierung der Aufsicht durch das Betreuungsgericht erfolgt durch die gesetzlichen Genehmigungsvorbehalte, die der präventiven Kontrolle eines pflichtgemäßen Handelns dienen.

8.2.8 Genehmigungsvorbehalte

Sie sieht das Betreuungsrecht für besonders gravierende Eingriffe in die persönlichen Rechtspositionen vor. Dazu gehören im Einzelnen:

Kündigung des Wohnraumes, § 1907 BGB (§ 1833 BGB-neu)

In diesem Rahmen trifft den Betreuer eine Mitteilungspflicht gegenüber dem Betreuungsgericht über Umstände, die zur Beendigung des Mietverhältnisses führen

³² vgl. OLG München, FGPrax 2010, 168.

³³ Dodegge G., Handbuch der Rechtspraxis, Betreuungssachen, 8. Auflage, Rn. 239.

können. Aufgrund der Änderungen durch das BTHG bestehen jetzt auch in EGH Einrichtungen Mietverträge mit den Nutzerinnen und Nutzern. Das Betreuungsgericht kann bei Pflichtwidrigkeit einschreiten und z.B. die Aufforderung aussprechen, gegen eine Kündigung oder Räumung der Wohnung/ des Heimplatzes vorzugehen.

Ärztliche Maßnahmen, § 1904 BGB (§ 1829 BGB-neu)

§ 1904 BGB sieht für Einwilligungen bzw. Nichteinwilligungen des Betreuers in ärztliche Maßnahmen einen Genehmigungsvorbehalt vor. Tatbestandlich verlangt § 1904 BGB, dass aufgrund einer der in Abs. 1 oder 2 genannten Fallkonstellationen die begründete Gefahr besteht, dass der Betroffene stirbt oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Es bedarf allerdings keiner Genehmigung nach § 1904 Abs. 1, 2 BGB, wenn zwischen Arzt und Betreuer Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung bzw. der Widerruf einer Einwilligung dem festgestellten Willen des Betreuten entspricht, § 1904 Abs. 4 BGB³⁴.

Unterbringung und Zwangsbehandlung, §§ 1906, 1906a BGB (§§ 1831, 1832 BGB-neu) - Genehmigungsvoraussetzungen Unterbringung/ FEM

8.2.9 Gerichtliche Kontrolle im Genehmigungsverfahren

Seitens des Gerichtes findet keine initiative Überprüfung des Betreuerhandelns im Rahmen der Zustimmung zu Freiheitsentziehenden Unterbringungen bzw. Freiheitsentziehenden Maßnahmen statt. Vielmehr ist das Betreuungsgericht darauf beschränkt, nach Anzeige des Betreuers zu überprüfen, ob die Genehmigungsvoraussetzungen vorliegen. Das Gericht kann also nicht zu gestaltend tätig werden. Im Ergebnis der Überprüfung steht die Erteilung einer Genehmigung bzw. deren Ablehnung. In der Praxis wird häufig höher gerügt, dass die gerichtlichen Genehmigungen eher vage ausfallen. Nach § 38 FamFG muss ein Genehmigungsbeschluss allerdings auch nur den Betroffenen, die Beteiligten, die mitwirkenden Gerichtspersonen, einen Beschlusstenor, eine Begründung und eine

³⁴ Vgl. BGH, NJW 2014, 3772, Rn. 17.

Rechtsmittelbelehrung enthalten. Nach § 323 Abs. 1 FamFG muss der Beschlusstenor nur die Art der Maßnahme (z.B. Anlegen eines Bauchgurtes, Anbringung eines Bettgitters, Abschließen eines Raumes etc.), den Zeitpunkt des Ablaufes der Genehmigung (idR 1 Jahr, höchstens 2 Jahre, vgl. § 329 Abs. 1 FamFG) und den zeitlichen Rahmen (z.B. während der nächtlichen Bettruhe, während der Mahlzeiten oder während der Infusionen) enthalten. Die Formulierungen sollten nicht zu eng sein. Die konkrete Ausgestaltung obliegt dem gesetzlichen bzw. gewillkürten Vertreter.

Nach dem rechtskräftigen Abschluss des Genehmigungsverfahrens bzgl. Freiheitsentziehender Unterbringungen bzw. Freiheitsentziehender Maßnahmen erfolgt seitens des Betreuungsgerichtes keine Aufsicht und Kontrolle mehr. In der Praxis werden die entsprechenden Verfahren ca. 2 bis 4 Monate vor Ablauf der Anordnungs- bzw. Genehmigungsfrist dem Richter wieder vorgelegt und es erfolgt eine Abfrage zur Notwendigkeit einer Verlängerung.

Kontrolle und Aufsicht erfolgt nach der gesetzgeberischen Konzeption alleine durch den Betreuer (Näheres siehe oben).

8.2.10 Entlassung

Das stärkste Aufsichtsmittel ist die Betreuerentlassung. Sie ist in § 1908b BGB (§ 1868 BGB-neu) geregelt, der zwischen zwingenden und den ins Ermessen gestellten Entlassungsgründen unterscheidet. Die Entlassung ist bei wiederholtem Verstoß gegen Betreuungspflichten möglich, auch wenn nicht sämtliche Aufsichtsmaßnahmen zuvor erschöpft wurden. Die Verweigerung jeglicher Kooperation mit dem Gericht über einen längeren Zeitraum rechtfertigt die Entlassung³⁵.

Zwingende Entlassungsgründe

Zwingende Entlassungsgründe sind nach § 1908b Abs. 1 S. 1 BGB die mangelnde Eignung oder sonstige wichtige Gründe.

³⁵ Dodegge G., Roth, A.: Praxiskommentar Betreuungsrecht, (2018) Teil D, Rn. 96.

Fehlende Eignung

Die Eignung kann entfallen oder sich als von Anfang an nicht bestehend erweisen. Das Entfallen der Eignung muss allerdings mit konkreten Gefährdungen für den Betroffenen einhergehen³⁶. Bei familienangehörigen Betreuern hat das Gericht den in Art. 6 GG verankerten Schutz der Familie hinreichend Rechnung zu tragen. Dabei ist dem Wert der familiären Beziehungen, dem nach familiärem Zusammenhalt und der Familie als Schutzraum der betreuten Person Bedeutung beizumessen³⁷. Der letzte Aspekt kann allerdings in den Hintergrund treten, wenn keine familiäre Hausgemeinschaft mehr besteht.

Sonstige wichtige Gründe

Zu den sonstigen wichtigen Gründen zählen nachhaltige Pflichtverletzungen, konkrete Interessenkonflikte des bestellten Betreuers, aber auch ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Betreutem und Betreuer³⁸. Ein die Entlassung rechtfertigender wichtiger Grund liegt auch vor, wenn der Betreuer den im Einzelfall erforderlichen Kontakt zum Betreuten nicht hält, § 1908b Abs. 1 S. 2 BGB.

Daneben gibt es weitere, hier nicht interessierende Entlassungsgründe.

³⁶ KG, BtPrax 2008, 265.

³⁷ BVerfG, FamRZ 2021, 1055 ff., Rn. 25, 28.

³⁸ BayObLG, FamRZ 2005, 751.

8.3. Handlungsempfehlungen

Schnittstelle Betreuungsrecht und Betreuungsgericht

Stichworte: Fortbildung, Meldepflichten, Kooperation, Gewaltschutzprävention

Adressat: MAGS, Landes- und Bundesgesetzgeber, Betreuungsgericht, Einrichtungen der EGH, WTG Behörden, Leistungsträger, Justizministerium NRW

Vorbemerkung

Im Kontext der Schnittstelle Betreuungsrecht und Betreuungsgericht begrüßt die Expertenkommission den Gesetzentwurf der Landesregierung vom 24.09.2021 (Drs. 17/15188) zu § 8 - § 8 b WTG NRW. Insbesondere die Regelungen zur Vermeidung, Durchführung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Unterbringungen und freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen, die sich zwingend aus bundesrechtlichen Vorgaben ergeben. Dies gilt auch für die Regelung über die Einwilligungen der Nutzerinnen, Nutzer und Werkstattbeschäftigten, Betreuerinnen und Betreuer. Um zu gewährleisten, dass die Rechte der Nutzerinnen und Nutzer im Geltungsbereich des WTG NRW gewahrt werden, ist das ausdrückliche Aufgreifen in § 8 - § 8b GE-WTG NRW zu begrüßen.

Um die Freiheitsrechte der Nutzerinnen und Nutzer - insbesondere im Geltungsbereich des WTG – zur Wirkung zu bringen, sind weitere Maßnahmen erforderlich:

Vorschläge an Land NRW: Geltung

- Fortbildung über die Rechte und Pflichten von Betreuerinnen und Betreuer in allen Einrichtungen nach dem WTG NRW,

Notwendiger Gegenstand:

- Verantwortlichkeiten
 - Gesetzliche Voraussetzungen von Unterbringung und Freiheitsentziehenden Maßnahmen nach dem BGB und PsychKG NRW
 - Gerichtliches Verfahren
 - Verantwortung des Betreuers nach dem Beschluss und Vollzug der Unterbringung bzw. Freiheitsentziehenden Maßnahme (BGB und PsychKG NRW),
- Fortbildung der Fallmanager der Leistungsträger zur Schnittstelle rechtliche Betreuung – Eingliederungshilfe,
 - Fortbildung und Empowerment der Nutzerinnen und Nutzer über ihre Rechte mit rechtlicher Betreuung und Möglichkeiten der Beratung und Beschwerde,
 - Zurverfügungstellung von Informationsmaterialien, wie z.B. der Handreichung „Freiheitserhaltende und freiheitsentziehende Maßnahmen bei pflegebedürftigen Menschen“ der ÜAG-NRW, an Betreuerinnen und Betreuer,
 - Finanzierung von speziellen Angeboten der Betreuungsvereine für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer, wenn der Aufgabenbereich Unterbringung oder Freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet wird (§ 1815 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 BGB-neu),
 - Verpflichtende Fortbildungen für Richterinnen und Richter zu Unterbringungen und FEM da UN-BRK vom Gesetzgeber verlangt, Maßnahmen zu ergreifen, die die Achtung der Rechte von Menschen mit Behinderung in der Praxis sicherstellen und *unzulässigen Praktiken*³⁹ *entgegenwirken*⁴⁰ in Hinblick auf Sensibilisierung für die Folgen von Unterbringungen und FEM bei den Nutzern und Nutzerinnen sowie zu Fragen der Vermeidung von Unterbringungsmaßnahmen,
 - Erreichbarkeit der Betreuungsgerichte, bzw. des richterlichen Eildienstes sicherstellen,

³⁹ S. DSW oder LG Düsseldorf v.8.12.2020 Az: DG – 6/2020 – 6/20, MedR 2021, S. 919 ff.

⁴⁰ Vgl. dazu Glaab, BtPrax 2020, 86 ff (90).

- Fortbildung für die Qualifizierung von Verfahrenspflegerinnen und -pfleger für alle Unterbringungsverfahren entsprechend des Werdenfelser Wegs,
- Zusammenarbeit von Betreuungsbehörden und WTG-Behörden verbessern und regelmäßige Beteiligung an Betreuungsverfahren nach § 315 Abs. 3 FamFG (Die Betreuungsbehörde ist auf ihren Antrag als Beteiligte am Unterbringungsverfahren hinzuzuziehen.) im Bereich von Einrichtungen nach dem WTG NRW,
- Meldepflicht von FEM durch Betreuer oder Einrichtung an WTG-Behörde und Träger einer Eingliederungshilfe,
- Werden durch ein Gericht Mängel in Einrichtungen/Werkstätten angezeigt, so sind die Gerichte über das Vorgehen zu unterrichten,
- Gewaltschutzprävention bei Menschen, die nicht in Wohnformen/Einrichtungen leben (→ Konsulentendienste),
- Zum Schutz Betroffener, Anforderungen an Freiwilligkeitsvereinbarungen für FEM regeln (vgl. § 8b WTG NRW) und Einbeziehung durch rechtliche Vertretungen (Betreuer, Bevollmächtigte),
- Zum Schutz der Betroffenen Erweiterung des § 13 Abs. 2 PsychKG NRW auf Betreuerinnen und Betreuer sowie Bevollmächtigte, soweit ihnen Vertretungsrechte bzgl. der Gesundheitsfürsorge und/oder der Bestimmung von Freiheitsentziehenden Unterbringungen bzw. FEM eingeräumt sind. Hilfsweise Meldepflicht von Unterbringungen nach dem PsychKG NRW bei den WTG Behörden durch die Einrichtung.

Vorschläge an den Bundesgesetzgeber: Betreuungsrecht – Betreuungsgerichte

- Vermeidung von Interessenskollusion bei der Betreuerbestellung durch Begrenzung der Anzahl der Betreuungen eines Betreuers oder Betreuungsvereins von Menschen, die in einer Einrichtung leben
- Defizite bei der Formulierung der Beschlüsse, § 323 FamFG:
 - Ungenauigkeiten und daher Problem beim Anwendungsbereich

- Rückmeldung der Praxis: Beschlusstenor beschreibt Art und Umfang von FEM unzulänglich, weil die Ausgestaltung – ohne gesetzliche Vorgaben – Betreuern bzw. Bevollmächtigten obliegt. Es fehlen Vorgaben zur Verpflichtung von Dokumentation, Qualitätssicherung, externer Kontrolle und Gewaltschutz
- Überprüfung der Notwendigkeit, den Vollzug der Unterbringung im BGB neu zu regeln, um die Pflichten des Betreuers klarzustellen.
- Handlungsempfehlung: Gerichtliche Aufsicht:
 - Gerichtliche Begleitung mit dem Ziel der Verkürzung von Genehmigungen im Rahmen von Unterbringungsmaßnahmen (max. 1 Jahr bei erstmaliger Genehmigung)
 - Regelmäßige Berichtspflicht bei Unterbringung und FEM mit Zwischenkontrolle nach max. 6 Monaten mit Anhörung des Betroffenen und des Verfahrenspflegers
 - Eignungskriterien für Verfahrenspfleger in Unterbringungsverfahren (mind. Schulungserfordernis , vgl. Werdenfelser Weg⁴¹).

Überprüfung des PebbSy Produktes RA 360 zur Arbeitsbelastung der Richterinnen und Richter⁴².

Rechtstatsachenforschung

Die Datenlage zu betreuungsgerichtlichen Maßnahmen und Entscheidungen ist unzureichend und dringend zu verbessern. Die Rechtstatsachenforschung hat das Ziel der Einführung bindender rechtlicher, ethischer und professioneller Standards auf gesicherter Datenlage.⁴³ Seit 2017 wurden seitens des Bundesamtes für Justiz keine Daten mehr veröffentlicht⁴⁴.

⁴¹ Dazu s. <https://www.werdenfelser-weg-original.de/fortbildungen/basisschulungen/>.

⁴² Dazu Dodegge, NJW 2021, 2695, 2701.

⁴³ vgl. auch Glaab, BtPrax 2020, 86 ff (90).

⁴⁴ Erklärung: Kasseler Forum 29.06.2021.

Datenlage EGL⁴⁵

Es ist zu vermuten, dass es unterschiedliche Hindernisse dafür gibt, dass Betreuerinnen und Betreuer ihre Verpflichtungen im Rahmen von Unterbringung und Freiheitsentziehende Maßnahmen nicht im gebotenen Maß erfüllen. Hier bedarf es wissenschaftlicher Untersuchungen und Evaluationen.

⁴⁵ Reumschüssel-Wienert, NDV 2021, 458 ff.

9. Konsulentendienste als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke

9.1 Ausgangslage

Der Expertenkommission wurde zur Aufgabe gestellt, Handlungs- und Lösungsansätze zu erarbeiten, mit denen die Betreuungs- und Leistungsangebote nach Maßstäben der UN-BRK und des BTHG weiterentwickelt werden sollen. Dabei im Fokus sollen qualifizierte Unterstützungsangebote und regionale Versorgungsstrukturen für Menschen mit kognitiver und mehrfacher Beeinträchtigung mit zusätzlich erheblich herausforderndem, insbesondere selbst- und fremdgefährdendem Verhalten stehen, einschließlich solcher, die zur Prävention von Gewalt sowie freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen beitragen.¹

Anknüpfend an die Verpflichtungen der UN-Behindertenrechtskonvention, hier insbesondere Artikel 19, empfiehlt die Expertenkommission für diesen Personenkreis individuelle Unterstützungsdienstleistungen, die darauf ausgerichtet sind, das Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und Isolation und Absonderung zu vermeiden. Die Expertenkommission schlägt ein Unterstützungssetting vor, das eine Konzentration auf wenige Standorte vermeidet und wohnortnah eine Stärkung und Qualifizierung regionaler Unterstützungsangebote im Wohn- und Beschäftigungsbereich vorsieht. Dies umfasst für das Wohnen sehr individualisierte Wohnarrangements einschließlich kleiner intensiv betreuter Wohngruppen von 4-6 Personen sowie das Angebot eines zweiten Lebensbereichs außerhalb des Wohnangebots im Bereich Arbeit und Beschäftigung. Die Kommission folgt damit im Wesentlichen den Empfehlungen einer von Theunissen und Kulig im Auftrag des Kommunalverbands für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg erstellten Studie sowie den dort zitierten internationalen Erfahrungen.²

¹ Beschreibung des Personenkreises: siehe Kap. 2

² Ausführlicher in Kap. 10

Für ein solches regionales Setting sind zwei Voraussetzungen unabdingbar:

1. *Schaffung und Ausbau geeigneter regionaler Angebotsstrukturen* für Wohnen und Arbeiten im Sozialraum: Hierfür ist eine Anpassung von Förderstrukturen erforderlich (Landschaftsverbände, Wohnraumförderung Land, Stiftung Wohlfahrtspflege). Umzusetzen sind Ergebnisse aus dem Projekt „Wohnen Selbstbestimmt.“³
2. *Ein Beratungs- und Kompetenznetzwerk* im Rahmen dieser Angebotsstruktur. Die Kommission folgt hier Erfahrungen aus den Niederlanden (Centra voor Consultatie en Expertise / CCE) sowie des Konsulentendienstes des LVR (LVR-Institut Kompass).⁴

9.2 Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW

Vorgeschlagen werden für Menschen mit kognitiver oder mehrfacher Beeinträchtigung und erheblich herausforderndem Verhalten sowie für deren Angehörige und Bezugspersonen und Fachkräfte in Diensten und Einrichtungen in NRW der Aufbau und das Vorhalten eines Beratungs- und Kompetenznetzwerks, bestehend aus

(1) einer zentralen *landesweiten Kompetenzstelle zum Gewaltschutz*

(2) *flächendeckende Konsulentendienste* als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke.

Das Angebot richtet sich im Rahmen der Eingliederungshilfe insbesondere an Menschen mit kognitiver und mehrfacher Beeinträchtigung und erheblich herausforderndem Verhalten bzw. in kritischen Lebenslagen oder Betreuungssituationen,

- die noch in ihren Familien leben

³ Ausführlicher in Kap. 10.4

⁴ Vgl. Vortrag/PPT von Bradl im Anhang, dort auch weitere Literatur

- die in Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut werden
- vorübergehend in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht sind
- im Maßregelvollzug zur Entlassung in die Eingliederungshilfe anstehen.

Das Angebot bezieht alle leistungsberechtigten Personen der Eingliederungshilfe, einschließlich leistungsberechtigte Minderjährige ein.

Das Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW

- *unterstützt Menschen mit Behinderungen* bei der Suche nach geeigneten Lösungsansätzen in besonders schwierigen oder kritischen Lebens- und Betreuungslagen, um
 - o ein selbstbestimmtes Leben in ihrem jeweiligen Wohn- und Sozialraum in einem individuell passenden Unterstützungssetting zu realisieren
 - o eine gewünschte Wohn- und Beschäftigungssituation nach Möglichkeit zu sichern oder eine passende Wohn- oder Beschäftigungsperspektive zu finden
 - o Handlungsalternativen zum herausfordernden Verhalten und im Umgang mit Konflikten zu entwickeln
 - o freiheitsentziehende oder -einschränkende Maßnahmen zu vermeiden oder reduzieren.
- *unterstützt Leistungserbringer und Leistungsträger*, den zusätzlichen Bedarf nach geeigneten Wohn- und Unterstützungssettings, nach Qualifizierung sowie nach erweiterten Beratungsmöglichkeiten und personenzentrierten Leistungen für kognitiv beeinträchtigte Menschen und erheblich herausforderndem Verhalten in Besonderheit des Einzelfalls zu sichern, um damit freiheitseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen bei der Umsetzung von Teilhabeleistungen zu vermeiden und zum Gewaltschutz beizutragen
- *unterstützt das Land NRW und die Aufsichtsbehörden* im Rahmen ihrer Aufgaben nach dem Wohn- und Teilhabegesetz, den Gewaltschutz bei der Erbringung von Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen sowie Handlungsalternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen sicherzustellen.

Das Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW soll aus zwei Bausteinen bestehen:

(1) Die zentrale landesweite Kompetenzstelle zum Gewaltschutz NRW

- koordiniert und vernetzt landesweit multidisziplinäre Expertise im Umgang mit Problemverhalten bei kognitiv und mehrfach beeinträchtigten Menschen, insbesondere zu geeigneten regionalen Versorgungsstrukturen sowie zu Handlungsalternativen zu Gewalt, freiheitseinschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen
- koordiniert *Konzeption, Arbeitsweise und Qualität* der regionalen Beratungsteams nach einheitlichen Grundsätzen
- koordiniert und bietet, gemeinsam mit den regionalen Konsulentendiensten, *Fortbildungen und Fachveranstaltungen* für die Fachkräfte des Beratungs- und Kompetenznetzwerks sowie für Leistungserbringer der Behindertenhilfe, Leistungsträger der Eingliederungshilfe und WTG-Aufsichtsbehörden
- organisiert und fördert den *Austausch und die Kooperation* mit Leistungserbringern, Hoch- und Fachschulen, weiteren Ausbildungsinstituten sowie mit Fachkräften und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren.

Das zentrale landesweite Kompetenznetzwerk soll in geeigneter Weise mit der vorgeschlagenen *Monitoringstelle und Ombudsfunktion zum Gewaltschutz* verknüpft sein. Dabei muss das Anliegen einer vertrauensvollen und fachgerechten Beratung der Beteiligten gewährleistet sein. Die Kompetenzstelle muss die Unabhängigkeit und Fachlichkeit gewährleisten. Eine strukturelle Einbindung aller Anspruchsgruppen (Leistungserbringer, Leistungsträger, Selbsthilfe, -vertretung, WTG-Behörden) kann die Unabhängigkeit und Akzeptanz des Kompetenznetzwerks erhöhen.

Mittelbedarf für zentrales Kompetenzwerk:

- Personalbedarf: ca. 5 VZÄ
- Qualifikationen: Heil-/Sozialpädagoginnen und Heil-/Sozialpädagogen, Psychologinnen und Psychologen, möglichst mit Zusatzqualifikationen, z.B.

systemische Beratung/Familientherapie; Verhaltenstherapie; unterstützte Kommunikation; TEACCH; videogestütztes Arbeiten; körperorientierte Verfahren; Supervision

(2) Konsulentendienste als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke

- nehmen *Beratungsanfragen* von Menschen mit Behinderung, Angehörigen und Bezugspersonen in Diensten und Einrichtungen aus ihrer jeweiligen Region in besonders schwierigen oder kritischen Lebens- und Betreuungslagen an
- bieten zeitnah und niederschwellig *einen beratenden Erstkontakt* und weitere Beratungseinheiten an
- stellen je nach individueller Problem- und Bedarfslage, ggf. unter Einbezug weiterer Expertinnen und Experten *ein Beratungsteam* zusammen
- *koordinieren* je nach individueller Problem- und Bedarfslage mit der Klientin bzw. dem Klienten sowie den jeweiligen Akteuren (Angehörige, gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Bezugspersonen in Wohndiensten oder WfbM usw.) den Beratungsprozess
- erarbeiten mit der Klientin bzw. dem Klienten und den jeweiligen Akteuren in den Beratungen eine *gemeinsame Problemanalyse* sowie gemeinsame Zielsetzungen unter Einbezug personenbezogener, systemischer, struktureller und sozialräumlicher Aspekte
- unterstützen die jeweilige Klientin bzw. den jeweiligen Klienten *bei erweitertem Beratungsbedarf* und bei zusätzlichem erforderlichen Unterstützungs- und Therapiebedarf bei der Teilhabeplanung und Leistungsbeantragung und werden (mit Zustimmung des Leistungsberechtigten) in die Teilhabe- bzw. Gesamtplankonferenz einbezogen
- nutzen klientenbezogen *medizinisch-psychiatrische Expertise* und kooperieren mit psychiatrischen Fachdiensten, insbesondere den MZEB, sowie mit weiteren relevanten Fachdiensten oder Beratungsstellen
- nutzen für Beratungen *Fachkräfte aus Einrichtungen* und dem System der niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten (Psychotherapie, Heilmittel)

- *beraten betreffende Dienste* hinsichtlich geeigneter Assistenzkonzepte; Angebotsstrukturen für Wohnen und Sozialraumarbeit, Beschäftigung und zusätzlicher Angebote; Qualifizierung von Personal, Gewaltprävention, Vermeidung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen
- bieten im Rahmen des Qualifizierungskonzepts der landesweiten Kompetenzstelle für Gewaltschutz NRW *Fortbildungen und Fachveranstaltungen* schwerpunktmäßig für Leistungserbringerinnen und -trägerinnen der Behindertenhilfe zu o.g. Beratungsthemen.

Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von allgemeinen und spezialisierten medizinisch-psychiatrischen Diensten, insbesondere von Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) ist von wesentlicher Bedeutung für eine regionale Versorgungsstruktur und ein regionales Beratungsnetzwerk.⁵

Mittelbedarf pro regionale Beratungseinheit:

- Personalbedarf: ca. 3 VZÄ
- Für die Inanspruchnahme von weiteren Beraterinnen und Beratern sowie Expertinnen und Experten im Rahmen eines Kompetenznetzwerks ist ein ausreichendes Budget vorzusehen
- Heil-/Sozialpädagoginnen und Heil-/Sozialpädagogen, Psychologinnen und Psychologen, möglichst mit Zusatzqualifikationen, z.B. systemische Beratung/Familientherapie; Verhaltenstherapie; unterstützte Kommunikation; TEACCH; Videogestütztes Arbeiten; körperorientierte Verfahren; Supervision.

9.3 Regionale Verteilung und Standorte

Vorgeschlagen werden flächendeckende Konsulentendienste in NRW. Für die Startphase soll *je ein regionales Beratungsnetzwerk pro Regierungsbezirk* aufgebaut werden, d.h. jeweils ein Konsulentendienst im

⁵ Vgl. dazu Empfehlungen in Kap. 11

- (1) Regierungsbezirk Detmold
- (2) Regierungsbezirk Münster
- (3) Regierungsbezirk Köln
- (4) Regierungsbezirk Arnsberg
- (5) Regierungsbezirk Düsseldorf

Empfohlen wird eine organisatorische Anbindung an vorhandene fachliche Strukturen der Behindertenhilfe. Dabei müssen *die Grundsätze des Beratungsnetzwerks gewährleistet* sein, insbesondere

- die fachliche Zielsetzung
- die Klientenzentrierung
- die Unabhängigkeit der Beratung.

Insofern kommen als Standorte organisatorische Anbindungen infrage z.B. an regionale Dienste oder Einrichtungen von Freien Trägern oder Organisationseinheiten der Landschaftsverbände.

9.4 Trägerschaft und Finanzierung

Im Rahmen eines gemeinsamen Interesses und Auftrags für geeignete Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen für Menschen mit kognitiver und mehrfacher Beeinträchtigung mit zusätzlich erheblich herausforderndem Verhalten sowie zur Vermeidung von Gewalt und freiheitseinschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Teilhabeleistungen (Gewaltschutz) wird für das Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW vorgeschlagen,

- eine *gemeinsame Trägerschaft* von Land NRW, Landschaftsverbänden (LWL, LVR) sowie der Freien Wohlfahrtspflege in einer dafür geeigneten Rechts- und/oder Kooperationsform zu bilden

- die *gemeinsame Finanzierung* von Land NRW, Landschaftsverbänden (LWL, LVR) sowie der Freien Wohlfahrtspflege im Rahmen des Landesrahmenvertrags zu regeln.

Mittelbedarf:

Die Kommission empfiehlt für das Beratungs- und Kompetenznetzwerk Gewaltschutz NRW einen Ansatz (eine Startfinanzierung) von ca. 3 Mio. Euro, das entspricht 0,1 % des derzeitigen Aufwands für Eingliederungshilfe in Wohneinrichtungen.

./.

10. Geeignete Angebotsstrukturen für Menschen mit herausforderndem Verhalten in der Eingliederungshilfe schaffen

10.1 Grundsätzliche Anforderungen an die Eingliederungshilfe

Das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz-BTHG) hat das Recht der Eingliederungshilfe zum 01.01.2020 als zweiten Teil in das SGB IX überführt. Mit den Regelungen der „neuen Eingliederungshilfe“ sollen die gesellschaftlichen Entwicklungen und die moderne Gesetzgebung für Menschen mit Behinderung auch die Menschen erreichen, die für die Verwirklichung von Teilhabe und Selbstbestimmung nicht nur Barrierefreiheit und rechtliche Gleichstellung benötigen, sondern auch im alltäglichen Leben auf Einrichtungen und Dienste angewiesen sind. Den Maßstab dafür setzt die UN-Behindertenrechtskonvention.¹

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen eine individuelle und würdevolle Lebensführung ermöglichen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern (§ 90 Abs. 1 SGB IX). Dieser Anspruch gilt unabhängig von der Art und dem Ausmaß der Behinderung. Auch wenn die gesetzliche Neudefinition des berechtigten Personenkreises im Jahr 2023 erfolgen soll, so ist unbestritten, dass Menschen mit komplexen Behinderungen und einem intensiven Unterstützungsbedarf jetzt und in Zukunft dazu gehören.

Ebenso unbestritten ist, dass Bedarfe von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und herausforderndem Verhalten, das zur Eigengefährdung führen kann, bei der Ermittlung und Leistungsplanung berücksichtigt werden müssen. Auch wenn die Leistungen der Eingliederungshilfe und die Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen beruhen,² so vollziehen sich die gesetzlich gebotene Prävention, Vermeidung und Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe, für deren Ausgestaltung der Träger der Eingliederungshilfe und die Leistungserbringer gleichermaßen verantwortlich sind.

¹ s. hierzu Kapitel 4

² Berichtsvorlage LWL Drucksache 14/2274 (2010): Eingliederungshilfe und Freiheitsentziehung, S. 2

Eine Eingliederungshilfe mit den Grundprinzipien der individuellen Bedarfsdeckung, einem umfassenden Blick auf den ganzen Menschen und seine Lebenslage und einem offenen Leistungskatalog erscheint grundsätzlich geeignet, auch die Bedarfe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausforderndem Verhalten, die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen sein können, angemessen decken zu können. Eine Ausgrenzung des Personenkreises aus dem Regelangebot der Eingliederungshilfe erscheint weder vertretbar noch erforderlich.

Grundlage für die Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen ist die Gesamtplanung. In einem personenzentrierten Verfahren soll der individuelle Bedarf ermittelt und die Leistung geplant und gestaltet werden (§ 117 ff SGB IX). Ausgangs- und Endpunkte der Bedarfsermittlung sind die Wünsche und Vorstellungen der leistungsberechtigten Person und selbstverständlich die Wahrung ihrer Grundrechte. Im Hinblick auf Menschen mit herausforderndem Verhalten, die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen sein können, *wird die Bedarfsermittlung und Leistungsplanung im Rahmen der Gesamtplanung zu einer besonders anspruchsvollen Aufgabe*. Neben der Erfassung der aktuellen Situation sind biografische Aspekte, insbesondere traumatisierende Erfahrungen von Ausgrenzung und Gewalt in institutionellen Zusammenhängen zu erkennen und zu berücksichtigen. In biografischen Analysen von Menschen mit herausforderndem Verhalten haben Theunissen und Kulig im Rahmen der KVJS Studie herausgearbeitet, wie sich Verhaltensauffälligkeiten im Laufe der Lebensgeschichte herausgebildet und verändert haben und wie in institutionellen Rahmen, oft in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, darauf reagiert wurde. Sie stellten fest, „...“, dass vorausgegangene Hilfen und ihre lebensgeschichtliche Relevanz häufig nur unzureichend beleuchtet und reflektiert werden.“³ Die *Berücksichtigung biografischer Aspekte* bei der Leistungsplanung können dazu beitragen, geeignete Betreuungssettings zu gestalten, die nicht an die negativen Erfahrungen der Nutzerinnen und Nutzer anknüpfen.

Die Ermittlung des Bedarfs der Leistungsberechtigten muss nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 118 SGB IX) durch ein Instrument erfolgen, das sich an der ICF orientiert. Es sieht die Berücksichtigung der neun von der ICF aufgerufenen Lebensbereiche vor

³ Theunissen/Kulig (2019): KVJS-Forschungsprojekt: Ergebnisbericht, 2019, S. 41

und sollte damit grundsätzlich geeignet sein, den gesamten Bedarf zu erfassen. Bei der Anwendung der Bedarfsermittlungsinstrumente müssen jedoch die Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Leistungsberechtigten berücksichtigt werden und die Verfahren ggf. angepasst werden. *Angesicht der komplexen Beeinträchtigungen und des intensiven Unterstützungsbedarfs des Personenkreises erscheint die regelhafte Durchführung einer Gesamtplankonferenz, wie sie bei leistungsberechtigten Müttern und Vätern (§ 119 Abs. 4) vorgesehen ist, angezeigt.* Während an der Hilfeplanung der Kinder- und Jugendhilfe (§ 36 SGB VIII) und an einer Teilhabepankonferenz (§ 20 Abs. 3 SGB IX) mit Zustimmung der Leistungsberechtigten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer beteiligt werden können, ist dies bei einer Gesamtplankonferenz nicht vorgesehen. Die Bedarfsermittlung und Leistungsplanung für den Personenkreis stellen, nicht zuletzt durch ihre Lebensgeschichte und die oft eingeschränkten Beteiligungsmöglichkeiten, eine besondere Herausforderung dar. Es erscheint sinnvoll, neben der Vertrauensperson und mit Zustimmung der Leistungsberechtigten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungserbringer, die mit der Person vertraut sind, in die Gesamtplanung einzubeziehen. Ebenso sinnvoll erscheint die Einbeziehung eines MZEB, des Konsulentennetzes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder der Psychiatrie. Nicht zuletzt deshalb, um auf der Grundlage dieser Expertise weitere Leistungen neben der Eingliederungshilfe für den Personenkreis zu erschließen.

Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit einer komplexen Behinderung und einem intensiven Unterstützungsbedarf in der Eingliederungshilfe, auch für weitere Leistungen anderer Rehabilitationsträger in Frage kommen. Als leistender Rehabilitationsträger kann der Träger der Eingliederungshilfe von den Regelungen des § 15 SGB IX Gebrauch machen und mit den beteiligten Rehabilitationsträgern *eine Teilhabekonferenz* durchführen und einen Teilhabepan erstellen. Eine Teilhabekonferenz soll dann durchgeführt werden, wenn eine Vielzahl von Leistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen, großem Umfang oder langer Laufzeit in Frage kommen oder wenn die Feststellung des Bedarfs besondere Herausforderungen birgt, zum Beispiel weil widersprüchliche oder unvollständige Informationen vorliegen.⁴ Eine trägerübergreifende Teilhabekonferenz kann auf der individuellen Ebene der

⁴ BAR (2019): Gemeinsame Empfehlungen Reha-Prozess, 2019, S. 55

Leistungsberechtigten der Auftakt für „Akteur*innen regelmäßig in den Austausch bringen“⁵ sein.

Ein großer Teil der heutigen Nutzer und Nutzerinnen von Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe hat nie einen Bedarfsermittlungs- und Leistungsplanungsprozess durchlaufen, wie ihn das SGB IX mit der Gesamt- und Teilhabeplanung vorsieht. Insbesondere bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausforderndem Verhalten, die von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betroffen sein können, sollen die Verfahren und Instrumente konsequent und zeitnah, auch bei laufenden Leistungen der Eingliederungshilfe, zur Anwendung kommen.

10.2 Angebotsstrukturen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten

Wohnformen im Wandel

Wohnmöglichkeiten für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert und sollen sich, verstärkt durch das neue Teilhaberecht, weiter in Richtung selbstbestimmter Wohnformen entwickeln⁶. Mit der Personenzentrierung im BTHG ist die Differenzierung nach stationären, teilstationären und ambulanten Hilfen aufgehoben. Hinsichtlich der Wohnformen wird jedoch weiter unterschieden nach *besonderen Wohnformen* (früher: stationäre oder teilstationäre Wohneinrichtungen) und *Wohnen im eigenen Wohnraum* in Form des Einzel- oder Paarwohnens oder Wohngemeinschaften (früher: ambulant unterstütztes Wohnen).

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) schätzt im *aktuellen 3. Teilhabebericht*, dass in Deutschland rund eine Millionen Menschen mit Beeinträchtigungen in stationären Einrichtungen leben. Davon leben im Rahmen der Eingliederungshilfe rund 200.000 Menschen in Wohneinrichtungen (60% Männer; 40% Frauen; 98% Erwachsene).⁷

⁵ LVR Vorlage Nr. 15/593 (2021) Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten, S. 32

⁶ Redaelli M.; Tebest R.; von Lonski M.; Bouamoud H.; Bergmann T.; Koch F.; Schafer C.; Paulus M.; Hulsmann D.; Wacker R. (2019): Abschlussbericht Wohnen selbstbestimmt! Köln, Dortmund, Bielefeld

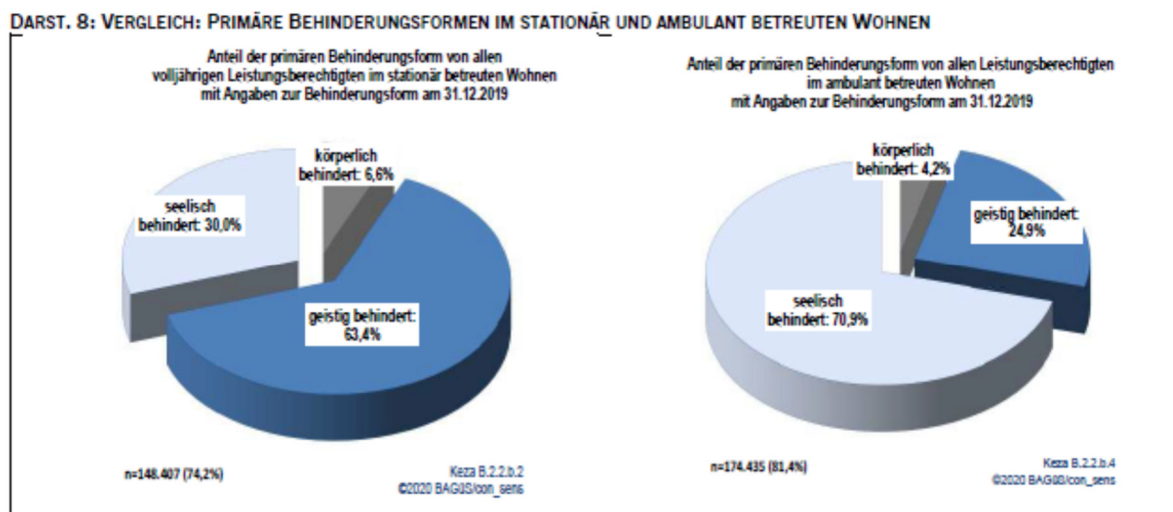
⁷ BMAS (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. S.50.

Der *Kennzahlenbericht* der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BAGüS) liefert jährlich Daten zur Entwicklung der stationären und ambulanten Eingliederungshilfe mit rund 417.00 leistungsberechtigten Menschen mit seelischen, geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen in Deutschland (2019)⁸. Der Bedarf nach Wohnhilfen für erwachsene Menschen in der Eingliederungshilfe nimmt weiter kontinuierlich zu. Einige Kennzahlen für das Jahr 2019:

- Rund 40 Prozent der Leistungsberechtigten im stationären Wohnen waren weiblich, 60 Prozent männlich.
- Der Anteil ambulant unterstützter Menschen mit Beeinträchtigungen (Ambulantisierungsquote) beträgt im bundesweiten Durchschnitt 52,1 Prozent. Die höchsten Quoten weisen Berlin (71,8 Prozent), Hamburg (68,3 Prozent), der Landschaftsverband Rheinland (65,1 Prozent) und der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (60,1 Prozent) auf.
- In Nordrhein-Westfalen leben 20.875 (LVR) bzw. 21.929 Leistungsberechtigte (LWL) in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe; anteilig sind dies 2,6 (LVR) bzw. 3,2 (LWL) pro 1.000 Einwohner.
- In NRW befinden sich 38.700 (LVR) bzw. 32.315 (LWL) Leistungsberechtigte im ambulant betreuten Wohnen; anteilig sind dies 4,8 (LVR) bzw. 4,7 (LWL) pro 1.000 Einwohner. Die Fallzahl für ambulante Unterstützung steigerte sich im jährlichen Durchschnitt seit 2010 um 5,9% (LVR) bzw. 6,4% (LWL).
- Zum weitaus größten Teil leben *Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung* noch im stationär betreuten Wohnen (63,4 %), ein deutlich geringerer Teil im ambulant betreuten Wohnen (24,9 %). Diese Verteilung ist seit Jahren nahezu unverändert (vgl. Abbildung).
- In NRW leben 39,8% (LVR) bzw. 36,9% (LWL) der Leistungsberechtigten mit einer geistigen oder körperlichen Beeinträchtigung in einer ambulant unterstützten Wohnform.

⁸ BAGüS (2021): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021. Berichtsjahr 2019, S. 6.

Abbildung:
Anteile Leistungsberechtigte stationär und ambulant betreutes Wohnen
nach Art der Beeinträchtigung⁹



Zusammenfassend ist festzuhalten: Der Anteil von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mit ambulanter Unterstützung zum Wohnen im eigenen Wohnraum hat in den letzten Jahren zugenommen; dennoch ist davon auszugehen, dass große Anteile dieses Personenkreises auch weiterhin vielfach auf besondere Wohnformen verwiesen sind. Und je komplexer bzw. intensiver der Unterstützungsbedarf bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist, umso eher sind diese auf stationäre Wohneinrichtungen oder größere Komplexeinrichtungen angewiesen. „Es ist aber bekannt, dass insbesondere Menschen mit schweren Beeinträchtigungen häufig in stationären Wohneinrichtungen bzw. besonderen Wohnformen leben, auch wenn dies nicht immer den individuellen Wünschen entspricht.“¹⁰

Wohnformen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten

Es gibt wenig Studien und kaum Daten zur Versorgungssituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten in Deutschland.

⁹ BAGÜS (2021), S.18

¹⁰ MAGS-NRW 2020: Teilhabebericht NRW, S. 149

Besonders herauszustellen sind zunächst zwei Studien zu Sondergruppen in Baden-Württemberg:

- Die Evaluation eines *Modellversuchs zu Therapeutischen Wohngruppen* für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten in Baden-Württemberg von 2007¹¹
- Ein weiteres *Forschungsprojekt im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS)* zu Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sog. herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg.¹²

Ein interdisziplinärer Forschungsverbund in München, Würzburg und Leipzig beschäftigte sich 2017-2020 im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums mit stationären Einrichtungen für Kinder- und Jugendliche, mit den Schwerpunkten Reduktion von freiheitseinschränkenden und -entziehenden Maßnahmen sowie Begleitung von intensiv betreuten Wohngruppen.¹³ Eine österreichische Studie beschäftigte sich 2013-2016 mit Gewalt und Machtmissbrauch gegen Menschen mit Lernschwierigkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe.¹⁴ Das Schweizer Projekt HEVE erforschte 2018-2020 herausfordernde Verhaltensweisen von Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Institutionen des Behindertenbereichs in der Schweiz.¹⁵ Aus dieser Studie legten Zambrino, Büschi und Calbrese eine Übersicht über den englischsprachigen Forschungsstand über den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Institutionen vor.¹⁶ Aktuell sind „Teilhabebedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen“ Gegenstand eines laufenden Forschungsprojekts in Bayern, in dem es auch um freiheitsentziehende Maßnahmen geht.¹⁷ Die als „ZIPHER-Studie“ bezeichnete erste bundesweite Studie zur geschlossenen Heimunterbringung bezieht sich auf Menschen

¹¹ Dieckmann/Haas (Hg.) (2007)

¹² Theunissen/Kulig: KVJS-Forschungsprojekt: Gesamtbericht (2019b); Ergebnisbericht (2019a)

¹³ Projektverbund SEKiB – Stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung. In: Teilhabe 2018 (4) S. 187-188; vgl. auch Dworschak W. u.a. (2018)

¹⁴ Kresmsner G. (2020): Gewalt und Machtmissbrauch gegen Menschen mit Lernschwierigkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe. In: Teilhabe 2020 (1) S. 10-15

¹⁵ <https://www.fhnw.ch/plattformen/heve/>

¹⁶ Zambrino N.; Büschi E.; Calabrese S. (2020); vgl. auch Calabrese/Büschi (2016)

¹⁷ Markowetz, R.; Wolf, M.; Lang, A.; Arndt, S.; Scherer, K. (2021): Projekt Intensivwohnen Netzwerk Oberbayern (PINO).

mit psychischen Beeinträchtigungen; sie kann jedoch auch Hinweise auf Maßnahmen zur Prävention von geschlossener Unterbringung bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bieten.¹⁸

Hinsichtlich der *Prävalenz herausfordernden Verhaltens* finden sich Hinweise lediglich in der KVJS-Studie. Theunissen und Kulig gehen für Baden-Württemberg von 6.100 – 8.200 erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen *in Einrichtungen der Behindertenhilfe* in Baden-Württemberg aus. Dies entspräche anteilig 5,5 – 7,4 Personen pro 10.000 Einwohner. Rund 620 Menschen davon (7,5 – 10%) wurden im Kontext ihrer herausfordernden Verhaltensweisen in spezifischen Wohnformen betreut, und zwar im *Therapeutischen Wohnen* TWG (120) und im *längerfristig intensiv betreuten Wohnen* LIBW (500).

In einer Befragung aller Leistungserbringer mit ambulanten und stationären Wohnangeboten zur *Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung in Bremen*¹⁹ zeigten diese in einer subjektiven Einschätzung bei 42,5 % das Vorliegen psychischer Störungen an. „Bei 23,4 % der Frauen und 21,5 % der Männer liegt eine ärztliche Diagnose vor. Es ist davon auszugehen, dass beide Angaben ungenau sind. Zum einen basiert der Anteil der angegebenen Personen mit einer psychischen Störung auf einer subjektiven Einschätzung der Leistungserbringer und lässt vermuten, dass eine Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen ... nicht erfolgen konnte. Der Anteil lässt sich mit dem Ergebnis einer Studie vergleichen, die angibt, dass etwa 30-40 % der Menschen mit geistiger Behinderung irgendeine psychische oder Verhaltensstörung aufweisen.“²⁰ Hingewiesen wird hier, wie in anderen Studien, auf eine hohe Heterogenität von Problemlagen und zusätzlichen Beeinträchtigungen wie Traumatisierungen, schwere kommunikative Beeinträchtigungen und komplexe Mehrfachbehinderungen, Epilepsie, Autismus, jeweils mit geschlechtsspezifischen Unterschieden.²¹

In den beiden Studien aus Baden-Württemberg ging es um die Eignung und *Wirksamkeit von Sondergruppen* für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und

¹⁸ Jenderny S.; Schreiter J.; Steinhart I. (2020): Psychiatrische Wohnheime in Deutschland – Transparenz und Strukturen. Psychiatr. Praxis 2020; 47(05): 260-266

¹⁹ Freie Hansestadt Bremen (2015): Versorgungssituation von seelisch verletzten und psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung verbessern. Bericht für das Land Bremen.

²⁰ Ebd. S. 24; zur Prävalenz vgl. auch Kap. 2.2

²¹ Ebd. S. 28 ff

schwerwiegend herausforderndem Verhalten. Resümee der Studie von *Dieckmann und Giovis*: Befristete therapeutische Gruppen können zu neuen Lösungsansätzen führen, allerdings mit qualifizierter multiprofessioneller Diagnostik und entsprechenden professionellen Handlungskonzepten, wenn sie außerdem mit systematischem Casemanagement und einem unabhängigen Beratungsprozess verknüpft sind, und eine konkrete Perspektive zur Reintegration ins Regelsystem besteht. Allerdings eröffnen *individuell zugeschnittene Lösungen* dem Einzelnen größere Teilhabechancen und erscheinen ökonomisch vernünftiger als standardisierte Kollektivlösungen.²²

Theunissen und Kulig führen – im Vergleich zur Betreuung in regulären Wohneinrichtungen - als Merkmale von Menschen, die in Sondergruppen leben u.a. an: 70% männlich; häufiger zusätzliche psychische Störungen; häufiger und mehr Psychopharmaka; häufiger freiheitsentziehende Maßnahmen; häufiger überregional und in großen Einrichtungen versorgt; sehr heterogener Personenkreis. Zwar verfügten die Sondergruppen in der Regel über mehr Personal und spezifischere Qualifikationen des Personals, und es gebe einzelne positive Beispiele kleinerer Gruppen, großzügigere Räume, gute Praxisberatung, konkrete Gewaltprävention. Jedoch dominiere vielfach eine „reaktive Praxis pädagogisch-therapeutischer Arbeit“ bis hin zum Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen. Dies werde verstärkt durch vielfach unzureichende Personalausstattung, gerade in Krisensituationen, und oftmals fehlende oder unzureichend umgesetzte Fachkonzepte. Besonders kritisch wird die Größe der Sondergruppen (6-15 Plätze) gewertet und „oftmals karge, trostlose Räumlichkeiten.“²³

Im Vergleich mit internationalen Angebotsstrukturen sehen Theunissen und Kulig eine eklatante Versorgungslücke und unzureichende fachliche Konzepte auf lokaler Ebene, „die Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung, leichten Lernschwierigkeiten oder einem signifikanten autistischen Verhalten und zusätzlichen schwerwiegenden herausfordernden Verhaltensweisen, schweren psychischen Beeinträchtigungen oder Persönlichkeitsstörungen kein adäquates (unterstütztes) Wohnen und Leben in ihrem

²² Dieckmann/Giovis (2007), S. 114ff.

²³ Theunissen/Kulig (2019a): S.41, 47; zu Merkmalen, Strukturen und Auswirkungen von Sondergruppen, auch zu positiven und kritischen Aspekten des Intensivwohnens vgl. Literaturrecherchen bei Markowetz u.a. (2021), a.a.O. S. 43f

vertrauten Gemeinwesen sowie gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen.“²⁴ Die in Baden-Württemberg und anderen Bundesländern praktizierte Kopplung zwischen Leistungstyp, Grad der Behinderung, Art oder Schwere des herausfordernden Verhaltens führe zu institutionellen Lösungen. Stattdessen müssen künftig „auf der Grundlage des Rechts auf ein selbstbestimmtes Wohnen *personenzentrierte Entscheidungen und Maßnahmen* getroffen“ werden.²⁵

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Forensik

Eine besondere Problematik mit ungelösten Versorgungsfragen stellt sich für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, die in forensischen Einrichtungen untergebracht sind. Es handelt sich hier in der Regel um Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, jedoch einem erheblich *herausfordernden, hier delinquenten Verhalten*. In der o.g. Bremer Studie lag bei 7% der Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug des Landes Bremen eine kognitive Beeinträchtigung vor. „Auch bundesweit trifft es zu, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich überdurchschnittlich hohes Risiko haben, in den Maßregelvollzug eingewiesen zu werden.“²⁶

Aus dem Rheinland (LVR) berichtet Höhner (2013), rund 15 % der im Maßregelvollzug Unterbrachten seien Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, knapp 200 Personen; die Zahl der Neuaufnahmen sei über die vergangenen 20 Jahre hinweg mit rund 40 Personen pro relativ gleichgeblieben. Kritisch wird die oftmals fehlende Entlassperspektive, vor allem nach Sexualdelikten gesehen.²⁷

Wiederholt wurde in den letzten Jahren für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Forensik hingewiesen auf die überlange Verweildauer, die fehlende Eignung des forensischen Milieus für eine menschenwürdige Betreuung dieses Personenkreises, fehlende spezifische Angebote, unzureichende Konzepte zur Wiedereingliederung sowie eine mangelnde Bereitschaft, fehlende Konzepte und unzureichende

²⁴ Theunissen/Kulig (2019a), S.79

²⁵ Theunissen/Kulig (2019a), S.80

²⁶ Freie Hansestadt Bremen (2015), S. 21 (Angaben für 2013)

²⁷ Höhner G. (2013) S. 62 ff

Ressourcen der Eingliederungshilfe.²⁸ Die *Vorschläge für einen „multidisziplinären Dialog“* und auch ein „Appell für bessere *Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe* für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug“ der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB)²⁹ ist weithin bislang ohne Konsequenzen geblieben.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Die Datenlage zu *freiheitsentziehenden Maßnahmen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe* ist äußerst dürftig; wenn überhaupt beziehen sich die Daten auf geschlossene Unterbringung und nicht auf sog. unterbringungsähnliche Maßnahmen wie z.B. Fixierungen, Time-Out-Räume, Sedierungen.

Eine interne bundesweite Umfrage der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGÜS)³⁰ unter ihren Mitgliedern als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, an der allerdings nur 18 von 23 Mitgliedern teilnahmen, weist 4.229 geschlossene Plätze aus, und zwar solche in (a) ausschließlich geschlossenen Einrichtungen, (b) geschlossenen Gruppen oder (c) eingestreuten Einzelplätzen; darunter sind 1.513 Plätze (35,8%) für Menschen mit geistiger Behinderung ausgewiesen, 777 (18,4%) weitere Plätze ohne Zuordnung.

„In den meisten Bundesländern existieren *spezialisierte Wohnformen für Menschen mit einem Unterbringungsbeschluss*. Das Vorhalten spezieller Wohnmöglichkeiten für diese Zielgruppe innerhalb besonderer Wohnformen wird von der überwiegenden Zahl der Mitglieder benannt. Häufig handelt es sich um einzeln geführte spezialisierte Wohngruppen innerhalb größerer Komplexe. Wenige Mitglieder (Berlin, Bremen) haben keine spezialisierten Wohnmöglichkeiten in besonderen Wohnformen

²⁸ DHG (2014): Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Handlungsbedarfe und Perspektiven Positionspapier. <https://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Positionspapier-MRV-2014.pdf> (Aufruf 27.11.21).

²⁹ DHG / DGSGB (2017): Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug

³⁰ BAGÜS-Fachausschuss I zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Eingliederungshilfe (Juli 2021)

vereinbart. Nur wenige Mitglieder benennen intensiv betreute, ambulante Wohnsettings als vereinbarte Angebote (Bremen, Rheinland, Westfalen, Saarland).³¹

Besonders bemerkenswert erscheint hinsichtlich der mit Leistungsträgern vereinbarten geschlossen geführten Plätze, dass

- die meisten der ausschließlich geschlossen geführten Plätze neben Oberbayern (425) in Westfalen-Lippe (229) geführt werden
- die meisten der in geschlossenen Gruppen ansonsten nicht geschlossener Wohnheime geführten Plätze in Westfalen-Lippe geführt werden (1246).

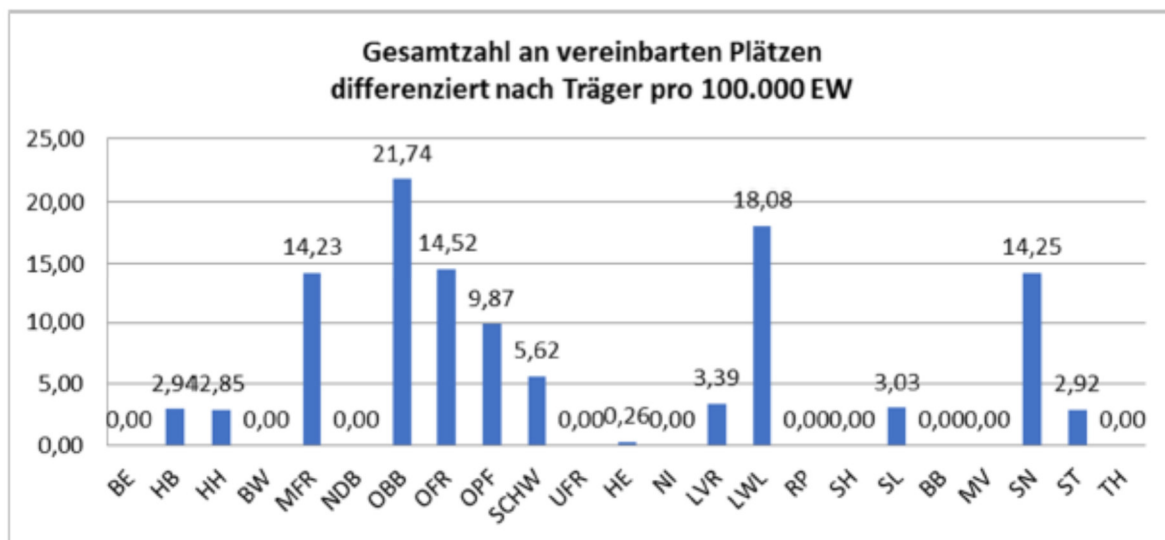


Abbildung: Gesamtzahl an vereinbarten geschlossenen Plätzen differenziert nach Trägern der EGH pro 100.000 Einwohner³²

Was die Gesamtzahl der geschlossen geführten Wohnplätze angeht, werden für Nordrhein-Westfalen beim LWL 1493, beim LVR 328 Plätze angeführt. Dies entspricht 18,08 (LWL) bzw. 3,39 Plätze (LVR) pro 100.000 Einwohner (siehe Abbildung).

„Berücksichtigt man auch die in Baden-Württemberg im Rahmen einer regelmäßigen Abfrage erhobenen Daten, lässt sich feststellen: von den 159.000 insgesamt

³¹ BAGüS-Fachausschuss (2021), S. 6.

³² BAGüS-Fachausschuss (2021), S. 11

genannten Plätzen *im Bereich der EGH sind 5.100 geschlossen* geführt.“³³ Da es sich aber nur um „vereinbarte Plätze“ handelt, kann angenommen werden, dass die tatsächliche Anzahl höher liegt.

Zur *Anzahl gerichtlich genehmigter Unterbringungen* beziffert die Bundesregierung für das Jahr 2015, bundesweit *ohne Angaben über Art der Beeinträchtigung oder Einrichtung*,

- die Anzahl genehmigter Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 und 2 BGB) auf 56.646 Fälle
- die Anzahl genehmigter unterbringungsähnlicher Maßnahmen (§ 1906 Abs. 4 BGB) auf 59.945 Fälle.³⁴

Die „Statistiken zeigen, dass die Anzahl der von Betreuungsgerichten ausgesprochenen Unterbringungsbeschlüsse bundesweit sehr unterschiedlich ausfallen: Das Spektrum reicht von einer Quote von 0,16 *angeordneten Unterbringungen* pro 1.000 Einwohner in Thüringen bis 1,46 *angeordneten Unterbringungen* pro 1.000 Einwohner in Bayern. Es erscheint nicht plausibel, dass diese extremen Unterschiede bei der Anordnung von Unterbringungsbeschlüssen ausschließlich durch eine besonders hohe regionale Präsenz der Menschen erklärbar sind, die tatsächlich einer freiheitsentziehenden Unterbringung/ Maßnahme nach § 1906 BGB bedürfen.“³⁵

Maßnahmen zur Vermeidung geschlossener Unterbringung

In der BAGüS-Umfrage werden folgende „*Strukturen, Maßnahmen und Angebote als Unterbringungsbeschlüsse vermeidend oder verkürzend*“ benannt:

- *Gemeindepsychiatrische Verbände*, als Gremien der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen, teils mit vertraglich vereinbarter Versorgungsverpflichtung

³³ BAGüS-Fachausschuss (2021), S. 11

³⁴ Deutscher Bundestag Drucksache 18/1161 (22.03.2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen, S. 15

³⁵ Bericht des BAGüS-Fachausschusses (2021), S. 5

- *zielgruppenspezifische Arbeitsgruppen, Netzwerke und Gremien*, wie regelmäßige Treffen mit konzeptionell und regional in Betracht kommenden Leistungserbringern zur Stärkung der Vernetzung und Kooperation
- *Teilhabeplankonferenzen* sowie neue Modelle und Verfahren im Anschluss an bereits etablierte Hilfeplankonferenzen zur *personenzentrierten Hilfekoordination*
- *Wohnverbände*, mit ambulanten sowie besonderen Wohnformen (geschlossen und offen geführt)
- *Konsulentenarbeit* durch externe Beratungsfachdienste und Beratungsmodelle, die den Verbleib im Regelangebot für die Zielgruppe sichern sollen
- die Einrichtung von *Krisendiensten und Kriseninterventionsteams* die Bewilligung von Einzelfallhilfen in Form von Zusatzpersonal, zur Vermeidung geschlossener Unterbringung
- *sonstige Angebote*, wie Übergangswohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung, integrierte Versorgung, ambulante psychiatrische Krankenpflege oder Soziotherapie (SGB V).³⁶

Grenzen von Gruppensettings bei herausforderndem Verhalten³⁷

Insbesondere für den Personenkreis kognitiv beeinträchtigter Personen mit intensiv herausforderndem Verhalten bedarf es eines Lösungsansatzes, welcher *den Anforderungen der UN-BRK und des BTHG entspricht*. Die Vorstellungen, Wohnbedürfnisse und Bedingungen guten Wohnens in der Gesellschaft entwickeln sich in einem dynamischen Prozess. Wohnen von Menschen mit Behinderungen weist dazu noch eine große, nur leicht schließende Differenz, aus. Der Umfang der besonderen Wohnformen, die Investitionsregelungen der Träger der Eingliederungshilfe, die historisch gewachsenen Entwicklungspfade der Leistungsanbieter, das Festhalten an institutionellen Versorgungsmustern und die durchaus unterschiedliche Bereitschaft und Geschwindigkeit, von

³⁶ Bericht des BAGüS-Fachausschusses (2021), S. 12

³⁷ Die Ausführungen dieses Abschnitts basieren auf dem Vortrag von R. Wacker zu „Wohnangeboten für Menschen mit außergewöhnlich intensivem Unterstützungsbedarf“ im Rahmen einer Sitzung der Expertenkommission (PPT im Anhang)

Komplexeinrichtungen als totaler Institution Abschied zu nehmen, kennzeichnen die derzeitige ambivalente Situation.

Aktuell werden in Deutschland und Nordrhein-Westfalen Menschen mit einem besonders intensiven Unterstützungsbedarf auf Wohn- und Unterstützungsangebote in besonderen Wohnformen verwiesen. Wohnformen mit intensiverer Unterstützung sind in den letzten Jahren hauptsächlich in Komplexeinrichtungen oder in Form von Wohnheimen für 24 Menschen, überwiegend in Gruppen für je 8 Personen entstanden. Grundlage für die Planung und den Bau solcher Sonderbauten waren in Nordrhein-Westfalen die Vorgaben der Leistungsträger, in Nordrhein-Westfalen der beiden Landschaftsverbände. Aufgrund dieser Vorgaben entstanden Wohngruppen mit kleinen Individualbereichen und gemeinschaftliche Bereiche, die durch viele Personen genutzt werden, was regelhaft zu angespannten Gruppensettings und eskalierenden Situationen führt, vor allem in folgenden Bereichen:

- *Individueller Wohnbereich:* Die mögliche Größe des individuellen Wohnbereiches ist durch die Flächenvorgaben der Landschaftsverbände (45m² Nettogeschossfläche je „Platz“) meist auf ein Mindestmaß von 15m² beschränkt. Es handelt sich in der Regel um Wohn-/Schlafräume, in denen das Bett den Raum dominiert. Viele Funktionen des alltäglichen Lebens lassen sich in solchen Räumen nicht abbilden.
- *Schallschutz:* Die Wände zwischen den Wohn-/Schlafräumen solcher Wohngruppen sind keine Wohnungstrennwände, die Anforderungen an den Schallschutz erfüllen müssen. Sie sind in der Regel wie Wände innerhalb einer Wohnung ausgeführt. Geräusche, wie Musik, Schreien oder Lautieren aus dem benachbarten Wohn-/Schlafraum sind so deutlich wahrnehmbar. Die Türen zu den Wohn-/Schlafräumen sind keine Wohnungseingangstüren, sondern wie Zimmertüren innerhalb einer Wohnung ausgeführt. Lediglich Auflagen aus dem Brandschutz können dazu führen, dass diese dichtschießend ausgeführt sind. Besonderen Schallschutzanforderungen genügen sie nicht. Geräusche aus dem Flur sind in Wohn-/Schlafräumen wahrnehmbar.
- *Flure:* Der Zugang zum individuellen Wohnbereich erfolgt über einen Flur, der auch von den anderen Personen genutzt wird. Der Flur wird, aufgrund der

Flächenvorgaben, in der Regel auf eine Mindestgröße reduziert. Ausweichen und Deeskalation sind hier kaum möglich.



Abbildung: Beispielgrundriss einer Wohngruppe
(hier für 6 Personen zuzüglich eines Krisenzimmers) mit kritischen Bereichen

- **Gemeinschaftsräume:** Viele Funktionen des Lebens werden innerhalb von Wohnheimen in gemeinschaftlich zu nutzenden Räumen abgebildet. So ist beispielsweise der Zugang zu Nahrung und gekühlten Getränken nur in der Gemeinschaftsküche möglich. Der gemeinschaftliche Wohnbereich wird von allen Personen, die die Wohngruppe bewohnen, genutzt. Im o.g. Beispiel ist der gemeinschaftliche Wohnbereich für sechs Menschen, die die Wohngruppe dauerhaft bewohnen, und die Person, die das Krisenzimmer nutzt, geplant. Es wird ein gewisses Maß an sozialer Kompetenz, Toleranz und Konfliktfähigkeit vorausgesetzt. Beengte Situationen, Unruhe und die Anzahl von Menschen in einem Raum führen häufig zu angespannten Gruppensettings.

- *Autonomie und Selbstbestimmung:* Eine bauliche Struktur mit kleinen individuellen Wohnbereichen und der Verlagerung vieler Funktionen des täglichen Lebens in gemeinschaftliche Bereiche schränken Autonomie und Selbstbestimmung ein und fördern Spannungen und Konflikte, zumal bei ohnehin psychosozial belasteten Menschen. Dies betrifft sowohl die Bewohnerin oder den Bewohner mit dem herausfordernden Verhalten selbst, aber auch die Mitbewohner; alle haben in besonderen Wohnformen in der Regel keinen Einfluss darauf, mit wem sie unter den jeweiligen Bedingungen zusammenleben.

Dies führt zu folgender Schlussfolgerung: Der Wohneinrichtungstyp der 24-Plätze-Einrichtung ist eine Antwort des letzten Jahrtausends auf die Auflösung der Langzeitbereiche von Psychiatrie und großen Einrichtungen der Eingliederungshilfe. An ihr festzuhalten ist allein finanziellen und institutionellen Interessen geschuldet, den Bedürfnissen und Anforderungen behinderter Menschen entsprechen sie nicht. Ein weiteres Festhalten würde sowohl der UN-BRK sowie auch dem BTHG widersprechen.

10.3 Angebotsstrukturen in Nordrhein-Westfalen

Bedarf an unterstützten Wohnformen für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf

Wie aus den o.g. BAGüS-Kennzahlen hervorgeht, wurden das ambulant betreute Wohnen in Nordrhein-Westfalen in den vergangenen zwei Jahrzehnten – mehr als in vielen anderen Bundesländern - deutlich ausgebaut, wenn auch stärker für Menschen mit psychischer und weniger bei geistiger Behinderung. Dennoch bleibt vor allem Menschen mit komplexerem bzw. intensivem Unterstützungsbedarf weiterhin ihr Recht auf Wohnen und Leben im Gemeinwesen verwehrt, weil häufig Angebotsstrukturen und Fachkonzepte vor Ort fehlen, und außerdem oftmals weiter an überregionalen Versorgungsstrukturen festgehalten wird. Dies wird durch die Monitoring-Stelle in ihrer Analyse zur Umsetzung der UN-BRK in Nordrhein-Westfalen deutlich kritisiert:

„Insbesondere das Ziel der Deinstitutionalisierung ist nicht ausreichend gesetzlich verankert und bisher nicht mit politischen Maßnahmen unterlegt.“³⁸

In der bisherigen Leistungs- und Finanzierungssystematik (vor Umsetzung BTHG) sind leistungsberechtigte erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten im stationären Wohnen in Nordrhein-Westfalen vorwiegend dem *Leistungstyp 10 „Wohnangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung und hohem sozialen Integrationsbedarf“* zugeordnet; außerdem gibt es für intensive Unterstützungsbedarfe z.B. zusätzliche Einzelfallhilfen oder Sondervereinbarungen über erhöhte Leistungsentgelte. Daten zur Inanspruchnahme liegen nicht vor.

Der aktuelle *Teilhaberbericht für Nordrhein-Westfalen* im Auftrag des MAGS sieht große Datendefizite und einen großen *Bedarf an Angeboten an unterstützten Wohnformen insbesondere für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf*.

„Während in Bezug auf die Wohnformen somit eine Reihe von Informationen vorliegt, fehlt es aktuell an Daten zu wohnbezogenen Unterstützungsangeboten für bestimmte Personengruppen wie etwa für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen oder Menschen mit Beeinträchtigungen und Migrationsgeschichte, Menschen mit erworbenen Beeinträchtigungen oder Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Die Erfahrungen der Standorte des Projekts ‚Selbstbestimmt Wohnen in Nordrhein-Westfalen‘ des Landesverbandes für Menschen mit Körper- und Mehrfachbehinderung NRW e.V. haben dem Träger zufolge gezeigt, dass das Angebot an unterstützten Wohnformen insbesondere für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf noch unzureichend ist. Dies wird vor allem auf einen Mangel an barrierefreiem Wohnraum zurückgeführt. Derzeit mangelt es an geeigneten Baugrundstücken wie auch an Investoren zur Umsetzung inklusiver Wohnprojekte im Sozialraum. Darüber hinaus fehlt es an adäquaten Unterstützungsangeboten zur Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen und ihren Familien bei dem Wechsel in eine unterstützte Wohnform außerhalb des Elternhauses.“³⁹

³⁸ Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR 2019): Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen. Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in den Bereichen Wohnen, Mobilität, Bildung und Arbeit. Berlin, S.24

³⁹ MAGS-NRW (2020): Teilhaberbericht NRW, S. 143/144

Neben den beschriebenen Faktoren spielt insbesondere die *unzureichende Refinanzierung inklusiver Wohnprojekte* die entscheidende Rolle. Die Begrenzung der Kosten im selbstständigen Wohnen nach § 42 a SGB XII ist die allentscheidende Ausbaubremse.

Unter Bezug auf *besondere Wohnformen* wird in diesem Zusammenhang in einem Gutachten des Deutschen Vereins die Übernahme erhöhter Kosten für den Wohnraum im Einzelfall als verfassungsrechtliche Aufgabe der Eingliederungshilfe gesehen:

„Der Gesetzgeber hat für den Bereich der besonderen Wohnformen die Entscheidung getroffen, dass durch eine Behinderung bedingte Abweichungen der Kosten für die Unterkunft von den Angemessenheitsgrenzen, die in der Praxis von den Kommunen festgelegt werden, den Leistungen der Eingliederungshilfe und damit der Fachleistung zuzuordnen sind. Da durch die 25-%-Deckelung in § 42a Abs. 5 SGB XII das soziokulturelle Existenzminimum nicht in jedem Einzelfall gedeckt wäre, wäre die Regelung verfassungswidrig, wenn nicht die Eingliederungshilfe zur Übernahme von im Einzelfall höheren Kosten verpflichtet wäre.“⁴⁰

Angebotsstrukturen bei herausforderndem Verhalten

Was Studien bzw. Projekte zu Angebotsstruktur für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten *in Nordrhein-Westfalen* angeht, ist vor allem zu verweisen auf:

- Die *Onlinebefragung von Reichstein und Schädler* (ZPE Siegen) von Einrichtungen in Einrichtungen und Diensten zur Lebens- und Betreuungssituation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und herausforderndem Verhalten in Nordrhein-Westfalen.⁴¹

⁴⁰ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (2021): Gutachten zur Frage der Angemessenheit von Aufwendungen für Unterkunft und Heizung bei ambulant betreuten Wohnformen für Menschen mit Behinderungen. <https://www.deutscher-verein.de/de/mitglieder-mitgliederportal-gutachten-pflege-rehabilitation-2401.html>

⁴¹ Reichstein M., Schädler J. (2016): Zur Lebens- und Betreuungssituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten in Nordrhein-Westfalen. ZPE Siegen

- Abschlussberichte zum *Modellprojekt KIBA.netz* (Bethel.regional) zur Kompetenzentwicklung und –wahrung in hoch strukturierten und intensiv unterstützten Wohnangeboten.⁴²
- Ein soeben vom LVR vorgelegten *Projektbericht von Neise und Magaletta zur geschlossenen Unterbringung* im Rahmen der Eingliederungshilfe.⁴³
- Zur Angebotsstruktur und *Weiterentwicklung von Wohnformen* für Menschen mit Behinderung: Abschlussbericht zum Projekt „Wohnen selbstbestimmt!“⁴⁴

Der Fokus von Reichstein und Schädler liegt auf *geschlossenen Betreuungsplätzen* vorwiegend in Wohneinrichtungen (§ 1906 BGB), aber auch im Übergang von Maßregelvollzug auf die Eingliederungshilfe. Eruiert wurden für geschlossene Betreuungsplätze folgende Merkmale: Sehr heterogene Einrichtungsstrukturen (groß/klein; eingestreute geschlossene Plätze, Einrichtungen mit geschlossenen Gruppen, komplett geschlossene Einrichtungen); keine Auf- bzw. Abbaudynamik geschlossener Plätze; im Rheinland eher eingestreute Plätze, in Westfalen-Lippe deutlich mehr geschlossene Plätze, eher geschlossene Gruppen und komplett geschlossene Einrichtungen; Fachkonzepte für herausforderndes Verhalten und externe Fortbildungsangebote liegen nur teilweise vor (25% in Westfalen-Lippe, 41% im Rheinland). Bei Dezentralisierungen dominiert die gruppenorientierte Wohneinrichtung mit 24 Plätzen.

In Westfalen-Lippe wie auch im Rheinland wird über *verstärkte, teils hohe Nachfragen nach geschlossenen Plätzen* berichtet, vor allem hinsichtlich „*der langfristigen Anschlussversorgung nach dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik... Vorhandene Angebote zur Umsetzung von Unterbringungsbeschlüssen haben mitunter eine hohe Nachfrage aus dem gesamten Bundesgebiet.*“⁴⁵ Im Bericht einer Arbeitsgruppe in Westfalen-Lippe heißt es dazu: „Die Nachfragen nach geschlossenen Wohnplätzen der Eingliederungshilfe in Westfalen-Lippe sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Westfalen-Lippe als traditioneller Standort vieler Wohnplätze der

⁴² Vortrag von Frau M. Emmel im Rahmen der Expertenkommission (siehe PPT im Anhang). Vgl auch: Bresch-Zinselmeier/ K.; Honert-Schmidt P. (2017): Abschlussbericht zum Modell-Projekt; außerdem: Schädler J.; Reichstein M. (2017): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt

⁴³ Neise/Magaletta (2021): die geschlossene Tür als Schlüssel zur Teilhabe? Geschlossene Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe. Ergebnisbericht (Kurzversion).

⁴⁴ Redaelli M u.v.a.: Abschlussbericht Wohnen selbstbestimmt! (2019)

⁴⁵ BAGüS-Fachausschuss (2021), S. 13

Eingliederungshilfe wird insbesondere für besondere Zielgruppen auch deutlich überregional nachgefragt und belegt. Ohne Steuerung besteht die Gefahr eines regional nicht bedarfsgerechten Ausbaus an Plätzen mit geschlossenen Strukturen.“⁴⁶

Schädler und Reichstein befürchten in diesem Zusammenhang die „*Schaffung eines neuen Exklusionsbereichs*“ und befürworten, Lösungsansätze im Sinne der UN-BRK im Sinne regionaler Versorgung und Kooperation zu entwickeln. „Als problematisch können demgegenüber Entwicklungen gelten, die die Perspektive in einem flächendeckenden Netz an neuen geschlossenen Wohnformen für den Personenkreis der Menschen mit Behinderungen und herausforderndem Verhalten sehen.“⁴⁷

Ausgangspunkt des *Modellprojekts KIBA.netz (Bethel.regional)* war das Leitbild „*Inklusion ist unteilbar*“ und damit die Aufgabe, „alle Menschen mit Unterstützungsbedarf - unabhängig von individueller Ausprägung, Intensität und Umfang der erforderlichen Leistungen - im Gemeinwesen und im Sozialraum zu unterstützen.“⁴⁸ Eine zur qualifizierten Betreuung von Menschen mit herausforderndem Verhalten erforderliche Fachkompetenz ist nicht, so eine der zentralen Positionen des Projekts, an die Umgebungsbedingungen komplexer Einrichtungen oder Anstalten gebunden. „Gerade durch ... dezentral generiertes Wissen und die Berücksichtigung unterschiedlicher Umgebungsbedingungen kam es zu einer signifikanten Verbesserung und Differenzierung von Standards und Qualität.“⁴⁹ Eruiert wurden *wesentliche Kompetenzfelder* einer kompetenten Dienstleistung in „dezentralisierten, hoch strukturierten und intensiv unterstützen Wohnangeboten“ (siehe Abbildung).

⁴⁶ Arbeitsgruppe Westfalen-Lippe (AK Wohnen Westfalen-Lippe mit Vertretern des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe LWL) „Geschlossene Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX.“ Stand: Oktober 2015/ überarbeitet im März 2020, S. 8 (Unveröffentlicht)

⁴⁷ Schädler J.; Reichstein M. (2018): Geschlossene Wohneinrichtungen, ein (neuer) örtlicher Exklusionsbereich? In: *Teilhabe* 2018 (3) S. 115f

⁴⁸ Bresch-Zinselmeier/Honert-Schmidt (2017), S. 7

⁴⁹ Vortrag von M. Emmel (2021) im Rahmen der Expertenkommission: PPT im Anhang

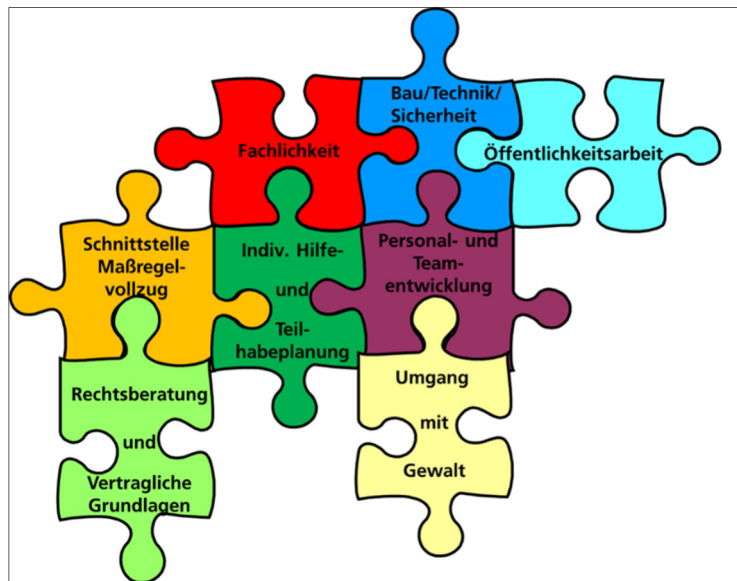


Abbildung: Kompetenzfelder für dezentralisierten, hoch strukturierten und intensiv unterstützen Wohnangeboten im KIBA.netz⁵⁰

Prävention freiheitsentziehender Maßnahmen als Aufgabe von Leistungsträgern

Dass sich verstärkt die Landschaftsverbände als Leistungsträger mit der Thematik beschäftigen zeigen zwei aktuelle Vorlagen bzw. Berichte:

Das Projekt *„Die Geschlossene Tür als Schlüssel zur Teilhabe? Geschlossene Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe“*⁵¹ wurde initiiert durch den LVR und verfolgt als „die Analyse der Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit besonders herausforderndem Verhalten im Rheinland“ mit Handlungsempfehlungen für die Akteure einer regionalen Versorgungslandschaft, für eine bestmögliche wohnbezogene Unterstützung von Menschen mit besonders herausfordernden Verhaltensweisen und Anspruch auf EGH.

Im Rahmen einer Expertenbefragung wird versucht, neben einer Einschätzung der strukturellen Versorgungsrealität auch zu einer *Einschätzung des regionalen Bedarfs* zu kommen, differenziert nach geistiger Behinderung und psychischer Behinderung/Sucht. „Die Ergebnisse vermitteln eine Übersicht über die geschätzte Anzahl an Personen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Beeinträchtigung oder einer substanzbedingten Erkrankung, die regelhaft besonders

⁵⁰ PPT Emmel M. im Anhang

⁵¹ Neise/Magaletta (2021).

herausforderndes Verhalten zeigen und einen Anspruch auf EGH nach SGB IX haben, und in den jeweiligen Regionen in den letzten 12 Monaten Gegenstand der Fallbearbeitung oder regionalen Hilfeplanung waren. Über alle Regionen und Einschätzungen hinweg wird diese Personenzahl auf *durchschnittlich 16-20 Personen pro Region geschätzt.*⁵²

„Die Ergebnisse zeigen, dass insgesamt fast in allen Regionen ein *Bedarf an weiteren Wohn- und Betreuungsangeboten* der Eingliederungshilfe für Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten gesehen wird (97%).“ Favorisiert werden regionale Handlungsansätze, so u.a.: Bereithalten von intensiv geschützten Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten mit fakultativ geschlossenen Plätzen, die allerdings schwerpunktmäßig auf eine *Öffnung der jeweiligen Plätze* hinarbeiten; kontinuierliche Fallkonferenzen und eine gute Vernetzung aller Anbieterinnen und Anbieter in der Region; detaillierte konzeptionelle Beschreibung der jeweiligen Angebote und Zugang zu diesen konzeptionellen Beschreibungen.⁵³

Auch die schon genannte *Arbeitsgruppe in Westfalen-Lippe* im Auftrag des Arbeitskreises Wohnen Westfalen-Lippe von Vertretern des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und Vertretern von Anbietern von Wohnangeboten für Menschen mit Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe bemüht sich um eine Bestandsaufnahme und Vorschläge für die Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen. Ausgegangen wird von insgesamt 1475 (davon 1246 fakultativ) geschlossenen stationären Plätzen der Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe im Einzugsbereich des LWL für Menschen mit Behinderungen und einem Beschluss nach § 1906 BGB zum Stichtag 31.12.2019.⁵⁴ Es gebe geschlossen geführte Wohneinrichtungen „mit Abstimmung der Konzeption zwischen Leistungserbringer und LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe,“ aber auch Leistungsangebote einer Komplexeinrichtung, deren Strukturen sich in Abhängigkeit von den Aufnahmeanfragen ohne eine konkrete Abstimmung mit dem LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe entwickelt haben. So existieren Wohngruppen, die eine geschlossene Unterbringung umsetzen können, *aber nicht explizit ein qualitativ*

⁵² Neise/Magaletta (2021), S. 10

⁵³ Neise/Magaletta (2021), S. 15f

⁵⁴ Arbeitsgruppe Westfalen-Lippe 2020, S. 8 (unveröffentlicht)

*angemessenes Betreuungs- und Personalkonzept mit dem LWL-Inklusionsamt Soziale Teilhabe vereinbart haben.*⁵⁵

Zur „Steuerung der Zugänge mit dem Ziel der Reduzierung von geschlossenen Unterbringungen“ werden in Westfalen-Lippe verschiedene Vorschläge genannt, so u.a. Fallkonferenzen zur kollegialen Beratung bei schwierigen und überfordernden Betreuungssettings; Aufbau spezialisierter regionaler Konsulentenangebote für eine frühzeitige Fachberatung von anfragenden Einrichtungen, Teams und Einzelpersonen (der Aufbau sollte auf den Regionalplanungskonferenzen angestoßen und in Kooperation mit der Kommune organisiert werden); erweiterte Hilfeplankonferenz vor Beantragung einer geschlossenen Unterbringung zur Beratung über Alternativen; Aufbau von festen regionalen Konsultationsverbänden im Sinne kollegialer Beratung und von klar strukturierten Fallkonferenzen in Ergänzung der Hilfeplankonferenzen; regionale Verortung und Regionalplanungskonferenzen.⁵⁶

10.4 Bedarfe zum Wohnen von Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf

Wohnwünsche - Erkenntnisse aus Projekt WOHNEN selbstbestimmt⁵⁷

Zum Wohnen von Menschen mit Behinderung, explizit auch solchen mit hohen Unterstützungsbedarfen, zu ihren Wohnwünschen und zu baulich-konzeptionellen Anforderungen liegt die Studie des *Projekts „WOHNEN selbstbestimmt!“* vor. Das Projekt wurde durch die Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen gefördert, von der Lebenshilfe NRW und der Stiftung Bethel in Kooperation geleitet und vom Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Uniklinik Köln wissenschaftlich begleitet.⁵⁸ Die Betroffenen wurden als Expertinnen und Experten in eigener Sache auf allen Ebenen des Projektes beteiligt (Projektlenkungsgruppe, World

⁵⁵ Arbeitsgruppe Westfalen-Lippe 2020, S. 7f

⁵⁶ Arbeitsgruppe Westfalen-Lippe 2020, S. 9ff

⁵⁷ Vorgestellt mit einem Vortrag von R. Wacker, erweitert auf die Frage zu „Wohnangeboten für Menschen mit außergewöhnlich intensivem Unterstützungsbedarf“ im Rahmen einer Sitzung der Expertenkommission (PPT im Anhang)

⁵⁸ Redaelli M. u.a. Abschlussbericht (2020) a.a.O.

Cafés, Fokus- und Referenzgruppen und Einzel-Interviews). Parallel zu dieser Beteiligung hatte das Institut für Gesundheitsökonomie nationale und internationale Studien der letzten 10 Jahre zum Thema Wohnen für Menschen mit Behinderungen recherchiert und diese ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertung sind im Abschlussbericht Wohnen selbstbestimmt dargestellt.

*Als zentrales Ergebnis war festzustellen, dass Menschen mit Behinderungen so leben möchten, wie wir alle, allein, mit dem Partner oder in kleinen Wohngemeinschaften.*⁵⁹

Was das Wohnen von *Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten* angeht, benennt Wacker einige besondere Anforderungsbereiche. Als mögliche Auslöser für herausforderndes Verhalten werden biologische, psychische und soziale Risikofaktoren benannt. Für den Bereich des Wohnens sind dem zu folge die materielle Umwelt (Bauform, Bausubstanz, Außenanlagen und deren Zugang und Wege) und sensorische Umwelt (Licht, Akustik, Farbe, Temperatur) sowie Mitmenschen und Situationen als Einflussfaktoren zu nennen, die auf individuelle Faktoren wie Wahrnehmung, Interaktionsmuster, Erfahrungen, Denken, Lernen wirken und nach individueller Interpretation zu einer Reaktion führen.⁶⁰

Aus der Wirkung der materiellen Umwelt bzw. des Wohnsettings auf den Menschen lassen sich *Anforderungen an Wohnangebote* auch für Menschen mit erheblich herausforderndem Verhalten herleiten. Als *besondere Anforderungsbereiche* sind vor allem zu benennen:

- Sicherstellung von Privatheit und Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten
- Schaffung von Vertrautheit und weitgehende Verhinderung von Überstimulation
- Berücksichtigung von Schutzbedürfnissen aller Personen im Wohnsetting
- Sicherstellung der Unterstützungssicherheit
- Sicherstellung größtmöglicher Autonomie und Selbstbestimmung
- Schaffung der notwendigen Voraussetzungen für die digitale Lebensunterstützung und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

⁵⁹ Redaelli M. u.a. Abschlussbericht (2020), S. 143

⁶⁰ Redaelli M. u.a. Abschlussbericht (2020), S. 77

- Umsetzung von Anpassungen aufgrund individueller Anforderungen (bspw. besondere Ausstattungsmerkmale im Sanitärbereich, an Wänden etc.).

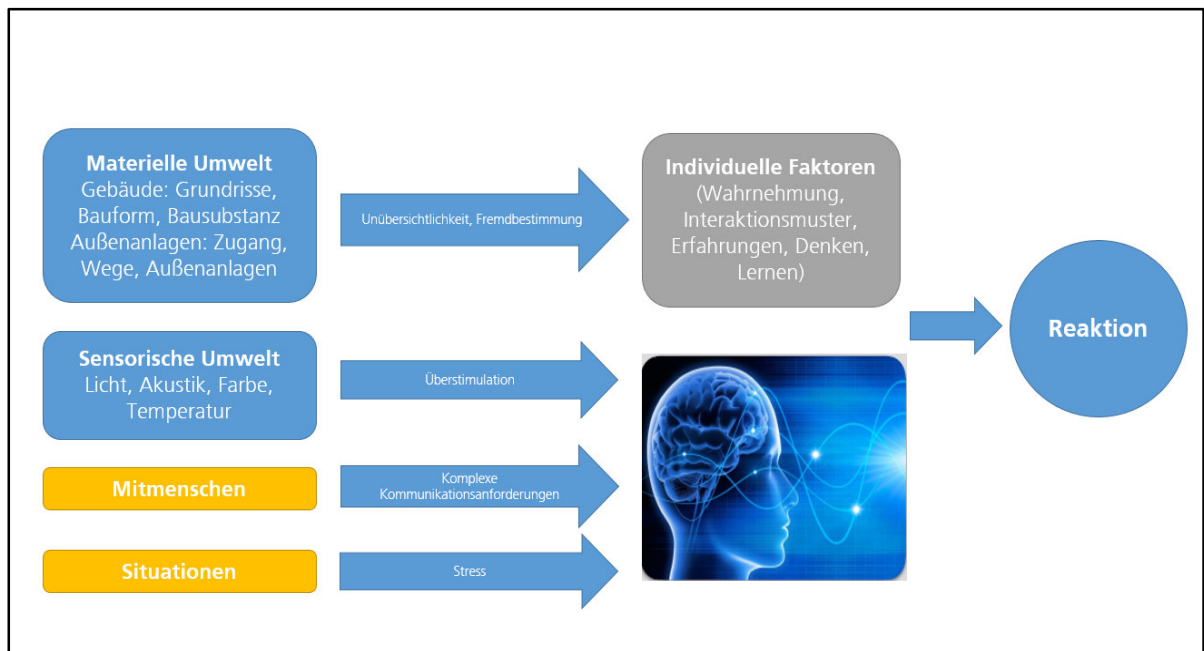


Abbildung: Auslöser für herausforderndes Verhalten
(Grafik: Rolf Wacker, eigene Darstellung
auf Grundlage einer Darstellung von Tamara Kessel, freie Architektin)⁶¹

KVSJ-Studie: 10 Punkte Programm

Theunissen/Kulig untersuchten in ihrer Studie im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) die *Auswirkungen spezifischer Wohnformen* (Therapeutischen Wohnen / TWG und längerfristig intensiv betreutes Wohnen / LIBW) auf Wohnqualität und Wirksamkeit zur Reduzierung herausfordernden Verhaltens. *Große Wohngruppen und Komplexeinrichtungen haben demnach keinen*

⁶¹ Vortrag zu autismusfreundlicher Barrierefreiheit, Deutscher Autismuskongress, 2020 in Lübeck.
[https://www.autismus.de/fileadmin/VERANSTALTUNGEN/Bundestagung/Tagungsrueckschau_BUTA_2020/Aktualisiert - Autismusfreundliche Barrierefreiheit planen und bauen Tamara Kessel.pdf](https://www.autismus.de/fileadmin/VERANSTALTUNGEN/Bundestagung/Tagungsrueckschau_BUTA_2020/Aktualisiert_-_Autismusfreundliche_Barrierefreiheit_planen_und_bauen_Tamara_Kessel.pdf)
(Abruf 15.11.21)

*Nachweis einer Wirksamkeit zur Auflösung herausfordernden Verhaltens erbracht.*⁶²

Als besonders erfolglos werden – auch in einer früheren Studie aus Baden-Württemberg - die Bemühungen um eine Reintegration aus Sondergruppen in reguläre Wohnformen bewertet.⁶³

Stattdessen zu empfehlen seien, vor allem unter Verweis auf internationale Recherchen, kleinere Wohnformen, die an die individuellen Bedürfnis - und Bedarfslagen anzupassen sind, in denen maximal 4 Personen zusammenleben, die im Sozialraum vernetzt sind und dort beratende und interdisziplinäre Unterstützung erhalten. Die Wohnsettings müssen weiterhin geeignet sein, die “spezifischen Wahrnehmungsbesonderheiten, Vorlieben für bestimmte Regeln, Rituale, Tagesabläufe, Speisen sowie Routinehandlungen“ zu ermöglichen.⁶⁴ Geeignete *individualisierte und kleinteilige Wohnformen* sind außerdem eine wesentliche Bedingung zur Prävention herausfordernden Verhaltens.⁶⁵

Zurecht sind - rechtlich wie fachlich - *Gruppenlösungen bei ausgeprägtem auto- und fremdaggressivem Verhalten* in Frage zu stellen, entsprechend der BMAS-Studie zu Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen: „Generell muss dringend hinterfragt werden, ob es zu verantworten ist, Menschen mit ausgeprägtem auto- und fremdaggressivem Verhalten in Wohngruppen unterzubringen. Das Zusammenleben mit Menschen, die man sich nicht ausgesucht hat, ist generell herausfordernd, für Menschen mit geringer sozialer Kompetenz schnell überfordernd. In Konsequenz werden sie zur Gefahr und psychischen Belastung für ihre Mitbewohnerinnen und Mitbewohner.“⁶⁶

Die Empfehlungen aus der KVJS-Studie für intensive Unterstützungsbedarfe bei herausforderndem Verhalten fassen Theunissen und Kulig in einem 10 Punkte Programm⁶⁷ zusammen:

⁶² Theunissen, G. (2021b), S.202ff.: Theunissen G.; Kulig W. (2019b) Gesamtbericht); Theunissen G.; Kulig W. (2019a) Ergebnisbericht

⁶³ Dieckmann/Giovis (2007), in: Dieckmann F.; Haas G. (Hg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart: Kohlhammer 2007, S. 116ff

⁶⁴ Theunissen G.; Kulig W. (2019b), S. 202

⁶⁵ Theunissen, G. (2021b), S.202ff

⁶⁶ Schröttle M. u.a. (2021): Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen. BMAS, S. 81

⁶⁷ Theunissen G.; Kulig W. (2019a), S.72

- Einführung eines flächendeckenden Konsulentendienstes
- Stärkung regulärer Unterstützungssysteme (Wohnen, Arbeit) statt Sondergruppen
- Regionale Unterstützungsverpflichtung und Vermeidung einer überregionalen Versorgung
- Schaffung kleinerer (häuslicher) Wohnformen (möglichst bis 4 Personen, höchstens bis 6)
- Zwei-Milieuprinzip (Wohnen/Arbeit) unter Berücksichtigung spezieller Räumlichkeiten
- Personenzentrierte Finanzierung eines erhöhten Unterstützungsbedarfs ohne Bindung an bestimmte Wohnform
- Priorisierung empirisch gestützter, breit angelegter Fachkonzepte mit Praxisberatung
- Vermeidung restriktiver Interventionen
- Spezielle Schulung/ Qualifizierung von Mitarbeitenden
- Konkrete Zielvereinbarungen zwischen allen am Unterstützungsprozess Beteiligten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass den Bedarfen von Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf in einem gruppenorientierten Wohnsetting nicht entsprechen lässt. Zu empfehlen ist ein Wohnsetting, das auf ein sehr individualisiertes Unterstützungsarrangement zugeschnitten ist und in sozialräumliche Unterstützung eingebunden sein muss.

Bauliche Anforderungen für geeignete Wohnangebote⁶⁸

Wohn- und Unterstützungsangebote für Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf sollten größtmögliche Autonomie und Selbstbestimmung

⁶⁸ Basierend auf einen Vortrag von R. Wacker zu „Wohnangeboten für Menschen mit außergewöhnlich intensivem Unterstützungsbedarf“ im Rahmen einer Sitzung der Expertenkommission (PPT im Anhang)

ermöglichen und den oben beschriebenen besonderen Anforderungen entsprechen. Insbesondere ist den individuellen Anforderungen zu entsprechen.

Der individuelle Wohnraum sollte grundsätzlich als Wohnung (Apartment), mit allen Räumen und Ausstattungsmerkmalen, die für die Führung eines eigenständigen Haushaltes notwendig sind, konzipiert sein. Der Grad der Ausstattung soll sich nach den individuellen Fähigkeiten des Menschen richten, der die Wohnung bewohnt, und individuell anpassbar sein. Zur Unterstützung des Tag- und Nachtrhythmus und um unterschiedliche Temperaturen im Wohn- und Schlafbereich zu ermöglichen, ist ein separates Schlafzimmer zu planen. Die Wohnung sollte einen guten Schallschutz zu den benachbarten Räumlichkeiten aufweisen. Alle verbauten Materialien sollten eine hohe Widerstandsfähigkeit gegen mechanische Beanspruchung aufweisen. Die Wohnung sollte sowohl Wohnlichkeit und Geborgenheit vermitteln als auch unabhängig von den individuellen Lebensäußerungen gut hygienisch zu versorgen sein. Die Wohnung solle über einen eigenen Zugang und über einen Zugang zu einem geschützten Gartenbereich verfügen. Es sollten Vorbereitungen für den Einsatz assistiver Technik getroffen werden. Gruppen- und Gemeinschaftsangebote sollten in Abhängigkeit mit den individuellen Bedarfen optional möglich, und nicht aufgrund baulicher Gegebenheiten notwendig sein.

Gemeinschaftlich genutzte Bereiche sollten den gleichen Anforderungen an Materialität entsprechen. Diese Bereiche sollten, ebenso wie alle Verkehrsflächen, auf denen Begegnung stattfindet, so bemessen sein, dass ein Ausweichen und Deeskalation möglich sind. Auch ein guter Schallschutz, sowie gegebenenfalls erforderliche zusätzliche akustische Maßnahmen sollten berücksichtigt werden.

Bei allen Räumen sind Fluchtmöglichkeiten, beispielsweise durch eine zweite Tür, zu berücksichtigen. Gefangene Räume sind zu vermeiden. Es sind zudem technische Vorrichtungen für Ortungssysteme und Notrufe, auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorzusehen.

Wohnflächen: Um den oben beschriebenen Anforderungen gerecht werden zu können sind für die individuellen Wohnbereiche ca. 40 m² Wohnfläche, für die Gemeinschaftsbereiche ca. 10 m² je Person vorzusehen. Räume für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zusätzlich zu berücksichtigen.

Die Wohnangebote sollten in einem *solitären Baukörper* oder als separater Gebäudeteil mit eigener Erschließung und *eigenem Außenbereich* geplant werden.

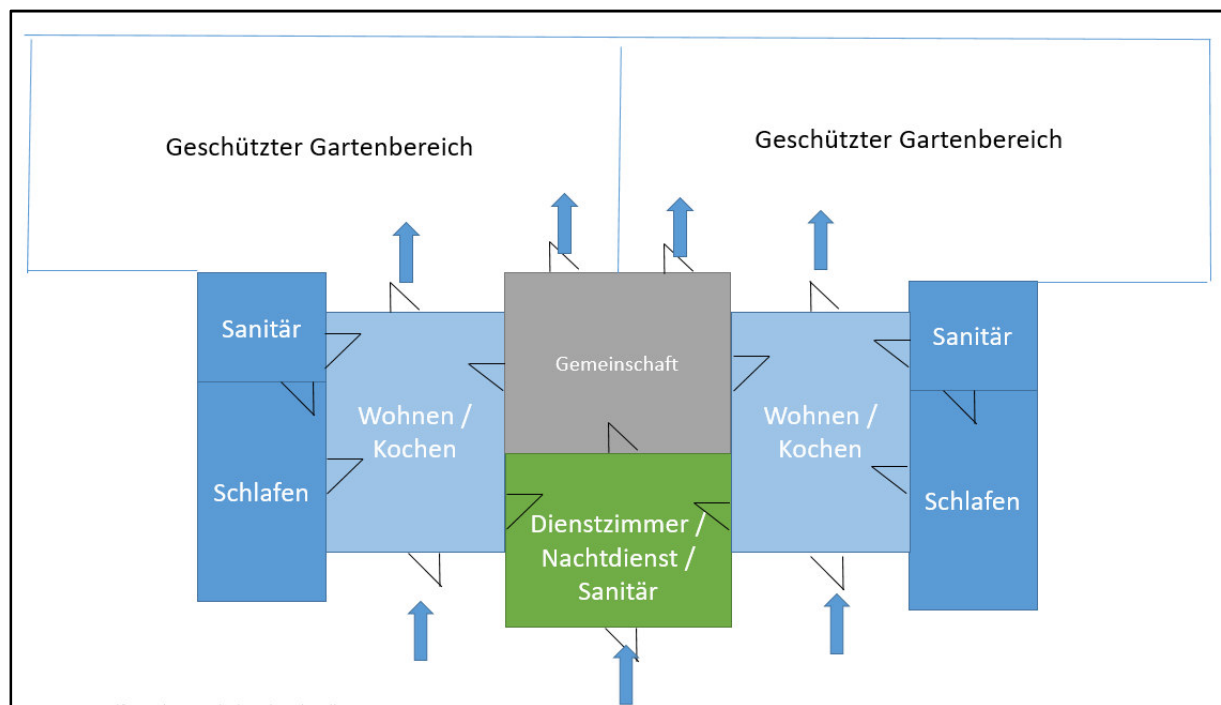


Abbildung: Beispielhafte Darstellung der Funktionen, hier für zwei Personen

Fachkonzept Wohnen mit intensivem Unterstützungsbedarf

Übereinstimmend sehen alle vorliegenden Studien und Empfehlungen zu intensivem Unterstützungsbedarf bei Menschen mit herausforderndem Verhalten die Notwendigkeit eines hoch qualifizierten Fachkonzepts, verbunden mit einem professionellen Personalkonzept in einer regionalen, gut mit Unterstützungssystemen insbesondere des Gesundheitswesens vernetzten Angebotsstruktur. Dass komplexere und intensivere Unterstützungsbedarfe auch höhere und spezifischere Ressourcen benötigen und vor allem, dass kurzzeitiger oder längerfristiger dafür eine sehr intensive Personalausstattung erforderlich ist, sollte hier ausdrücklich betont werden, einerseits als *fachlicher Standard* zur Sicherung von Teilhaberechten⁶⁹, andererseits zum *Gewaltschutz*: „Zentrale Grundlage für einen wirksamen Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind eine adäquate personelle Ausstattung mit

⁶⁹ DHG 2021, S. 41

qualifizierten Fachkräften und die angemessene Finanzierung der Arbeit.⁷⁰ Es wird empfohlen, gemeinsam mit der Fachpraxis, den Fachverbänden, Kostenträgern und politisch Verantwortlichen einheitliche verbindliche Standards der personellen Ausstattung, adäquaten Vergütung und Konditionen für unterschiedliche Arbeitsbereiche im Kontext der Behindertenhilfe zu entwickeln und als Rahmenvorgabe festzulegen.⁷¹

Kernkompetenzen eines solchen Fachkonzepts zum Wohnen bei intensivem Unterstützungsbedarf sollten sein, *sehr individuelle Wohn- und Unterstützungsarrangements* zu ermöglichen auf der Basis einer *personenzentrierten Bedarfsermittlung und Teilhabe- und Gesamtplanung*, in die neben dem Leistungsberechtigten und Leistungsträgern alle relevanten Akteure, Fachkräfte wie informelle Kontakte involviert sind. Einen wichtigen Part einer konzertierten Teilhabeplanung sollten dabei auch *Konsulenten im Rahmen eines flächendeckenden Konsulentennetzes*⁷² und beteiligte spezialisierte Fachdienste des Gesundheitswesens (z.B. psychiatrische Dienste, MZEB) einnehmen.

Das *Fachkonzept für das Wohnen* mit intensivem Unterstützungsbedarf kann kein Sammelsurium einzelner Fördermaßnahmen sein; gefordert ist ein stringentes, professionell in einem Betreuungsteam implementiertes, multiprofessionell fundiertes Konzept mit klaren Leitideen, Handlungsgrundsätzen und Methoden, basierend vor allem auf Kenntnissen sozio-emotionaler Entwicklung und systemischer Prozesse. Für ein entsprechend aufgestelltes Team bedeutet dies eine heilpädagogische Grundqualifikation und die Integration therapeutischer oder weiterer spezifischer Qualifikationen; Mitarbeitende ohne Qualifikation sind einfühend und anleitend in das Konzept einzubinden.

Aus dem im SGB IX verankerten Recht auch von Menschen mit Beeinträchtigungen mit intensivem Unterstützungsbedarf auf „*volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft*“ ergibt sich der Leistungsanspruch, diese zu befähigen und ihnen zu ermöglichen, „ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.“⁷³ Für Menschen mit

⁷⁰ Vgl. dazu das Positionspapier von Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe zu „Menschen mit »außergewöhnlich« intensiven Unterstützungsbedarfen in NRW“ (2021)

⁷¹ Schröttle M. u.a. (2021), S. 162

⁷² Zu Konsulentendiensten: siehe Vorschläge der Expertenkommission in Kap. 9

⁷³ Aufgabe der Eingliederungshilfe in § 90 SGB IX.

intensivem Unterstützungsbedarf im Kontext ihrer kognitiven Beeinträchtigung und des herausfordernden Verhaltens können Teilhabewünsche und -bedarfe nur sehr individuell ermittelt und entsprechend sehr individuelle Arrangements von Unterstützung im Alltag, beim Wohnen, in der Beschäftigung gestaltet werden.⁷⁴

Bezugspersonen und Assistenzkräfte stehen zudem in der Verantwortung, auf *Gefährdungen des physischen und psychischen Wohlbefindens bzw. der physischen und psychischen Unversehrtheit* des zu unterstützenden Menschen mit Behinderung selbst oder ihres Umfelds zu achten und diese ggf. durch geeignete Maßnahmen zu schützen. Eine wichtige Rolle dabei spielen wirksame *Konzepte zur Gewaltprävention*, basierend auf einem Verständnis, wie Aggressionen entstehen, sich verstärken und wie Betreuungskräfte sich professionell verhalten können. Es ist nicht vorauszusetzen, dass heilpädagogische oder anderweitig qualifizierte Fachkräfte diese Kompetenz im Rahmen ihrer Ausbildung mitbringen. Das Fachkonzept intensiver Unterstützungsbedarf erfordert deshalb ein *Personalkonzept* mit entsprechenden Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die *Wirksamkeit des Fachkonzepts* Intensiver Unterstützungsbedarf bedarf ständiger Evaluation, sowohl als Angebotsstruktur wie auch in personenzentrierter Anwendung. Auch Konzepte wie z.B. zur Deeskalation oder Prävention freiheitseinschränkender Maßnahmen sind nicht allein dadurch wirksam, dass sie vorliegen; sie müssen vielmehr kontinuierlich Gegenstand kollegialen Austausches im Team und ständiger Übung, z.B. Techniken zur Gesprächsführung, gewaltfreier Kommunikation oder Selbstverteidigung. Dies betrifft vor allem Konzepte zur Krisenprävention und -intervention.⁷⁵

Gewaltprävention muss auch *Teil des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes* in Kooperation mit den zuständigen Berufsgenossenschaften sein⁷⁶, d.h. es sollten betrieblich Maßnahmen vereinbart sein, die baulich oder organisatorisch Mitarbeitende in kritischen Situationen schützen oder der Prävention und der Nachsorge bei physischen und psychischen Verletzungen von Mitarbeitenden dienen.⁷⁷

⁷⁴ Vgl. DHG-Standards (2021), S. 34ff

⁷⁵ Vgl. z.B. die Beiträge zu Krisenprävention, Krisenintervention und Krisenmanagement und physischer Intervention von E. Wüllenweber, in: Wüllenweber, E.; Theunissen, G. Hrsg.) (2020), S. 263-286

⁷⁶ z.B. BGW-Arbeitshilfen (2019)

⁷⁷ Zu Rahmenbedingungen und Maßnahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes: Bradl C. (2013)

Fachkonzept zur Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen

Freiheitseinschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen kommen *nur als Ultima Ratio in Betracht*. Sowohl generell sollte ein Handlungsrahmen und Instrumente durch kollegialen Austausch und Schulung verfügbar sein, gefährdendes Verhalten und kritische Situationen zu deeskalieren, am besten mit einem Handlungsleitfaden.⁷⁸ Leistungserbringer mit Angeboten zu intensivem Unterstützungsbedarf bedürfen besonderer Qualitätsstandards zur Sicherung von Gewaltschutz: „Gerade in eng strukturierten Wohn- und Unterstützungsformen bedarf es strukturell gesicherter Prozesse für Transparenz, Reflexion und Legitimation von Maßnahmen wie z. B. bei pflegeintensiver Unterstützung (Einschränkungen von Privatsphäre, Verweigerung von Pflegemaßnahmen, Umsetzung von Pflegestandards), bei Erstellung und Aufrechterhalten sozialer Regeln (Reaktionen auf herausforderndes Verhalten, Zusammenleben in der Gruppe, Verhalten in der Öffentlichkeit) oder in der strukturierten Intensivbetreuung.“⁷⁹

Theunissen berichtet im Rahmen eines international angelegten Forschungsprojekts⁸⁰ über Unterstützungssysteme in Kalifornien und der kanadischen Provinz British Columbia zum Umgang mit herausforderndem Verhalten. Wegweisend im Kontext des Umgangs mit extrem herausfordernden Verhaltensweisen erscheint das Programm in British Columbia, wo in einem dreistufigen Konzept unterschieden wird zwischen (1) leichten Formen, (2) schwereren Formen und (3) besonders kritischen Formen herausfordernder Verhaltensweisen. Bei besonders kritischen Verhaltensweisen muss *zusätzlich zur personenzentrierten Planung und dem Programm einer positiven Verhaltensunterstützung mit einem multiprofessionellen Team ein sog. Sicherheitsplan erstellt* werden. Dieser erfordert die Zustimmung der betreffenden Person selbst oder eines gesetzlichen Betreuers. „Durch die Bündelung interdisziplinärer Fachkompetenzen sollen das System und die Struktur, scheinbar festgefahrener Situationen, zwischen der betroffenen Person und ihrem Umfeld (inkl. Bezugspersonen) beleuchtet werden, um strukturelle und personelle

⁷⁸ z.B. Bundesvereinigung Lebenshilfe (2017); Lebenshilfe Bayern (2017)

⁷⁹ DHG-Standards (2021), S. 40

⁸⁰ Theunissen G./; Kulig W. (2019b), S. 68ff, S. 697ff.

Veränderungspotentiale zu ermitteln.“⁸¹ Nur im Rahmen eines solchen, ständig zu überprüfenden Sicherheitsplans ist die Anwendung restriktiver und freiheitseinschränkender Interventionen als letztes Mittel zulässig. Ziel des Sicherheitsplans, auch als ein *individuelles Gewaltpräventionskonzept* zu verstehen, ist es, ein Wohnen und Leben im Gemeinwesen sicherzustellen.

Das *National Institute for Health and Care Excellence NICE* gibt in den Leitlinien zur Prävention und zu Interventionen von herausfordernden Verhaltensweisen von Personen mit einer Lernbehinderung (2015)⁸² auch *Empfehlungen zum Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen*. Diese sollten nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn für die Person selbst oder andere ein erhebliches Risiko besteht. Sie sind immer nur initial gemeinsam mit proaktiven Interventionen anzuwenden und zurückzufahren, sobald die anderen Maßnahmen greifen. Restriktive Methoden müssen auf einer ethisch vertretbaren Grundlage basieren und im Sinne *eines Stufenkonzepts* sollen wenig restriktive Mittel zuerst angewandt werden. *Die Betroffenen, ihre Familien und Betreuenden sind in die Planung und Nachbesprechung der angewandten Maßnahmen einzubeziehen*. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind als Teil eines Vorfallesprotokolls zu dokumentieren und zu überprüfen und nachzusprechen. Für die sichere Anwendung ist eine gründliche Risikobewertung notwendig, die alle körperlichen Gesundheitsprobleme und physiologischen Kontraindikationen, alle mit der Intervention verbundenen psychologischen Risiken, wie z.B. die Vorgeschichte eines Missbrauchs, biomechanische Risiken, wie zum Beispiel muskuloskeletale Risiken und sensorischen Besonderheiten, wie z.B. eine hohe oder niedrige Berührungsschwelle berücksichtigt. Es muss sichergestellt sein, *dass freiheitsentziehende Maßnahmen im Hilfeplan von weiteren Maßnahmen begleitet werden*, die der langfristigen Reduzierung restriktiver Interventionen dienen. Außerdem ist sicherzustellen, dass die geplanten Methoden im besten Interesse der Person liegen, sie oder andere vor unmittelbarem und erheblichem Schaden zu schützen, und eine vernünftige, notwendige und verhältnismäßige Reaktion auf das dargestellte Risiko sind. Restriktive Mittel müssen regelmäßig überprüft und bezüglich

⁸¹ Theunissen G. (2021b): Konzepte und Erfahrungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten am Beispiel von Kalifornien und British Columbia. Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt. In: Teilhabe 2021a (3) 112

⁸² NICE Guidance NG11 (2015) Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges

Sicherheit, Wirksamkeit, Häufigkeit und Dauer der Anwendung sowie des Bedarfs neu bewertet werden.

10.5 Empfehlungen zur Verbesserung der Angebotsstrukturen zum Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe

Um für den Personenkreis kognitiv beeinträchtigter Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf die Menschenrechte und das Recht auf Teilhabe zu sichern, hält es die Expertenkommission für dringend geboten, die bestehende Konzentration dieses Personenkreises in überregionalen Komplexeinrichtungen zu beenden, regionale Wohn- und Unterstützungsangebote mit intensiv unterstützten individuellen Wohnformen (Apartmentprinzip) aufzubauen und qualifizierte Fachkonzepte zum Wohnen mit intensivem Unterstützungsbedarf und zur Reduzierung freiheitseinschränkender Maßnahmen umzusetzen.

Die Anforderungen im Einzelnen:

Individuelle Bedarfsermittlung und Leistungsplanung

Notwendige Voraussetzung einer individuellen Bedarfsdeckung und Leistungsplanung ist eine personenzentrierte, umfassende, interdisziplinäre und fachlich qualifizierte Bedarfsermittlung unter Mitwirkung der Menschen mit Behinderung. Deren Zielvorstellungen und Sichtweisen sind bei der Bedarfsermittlung und bei der Leistungsplanung handlungsleitend. Das gilt uneingeschränkt für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf wie auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten.⁸³

- Die *Gesamtplanung* auf der Grundlage der §§ 117- 122 SGB IX und die Teilhabeplanung (§ 19 ff. SGB IX) bestimmen die Bedarfsermittlung und Leistungsplanung und sollten konsequent und zeitnah, auch bei laufenden Leistungen der Eingliederungshilfe, zur Anwendung kommen.

⁸³ vgl. DHG-Standards (2021), hier zu Individueller Teilhabeplanung und Teilhabemanagement, S. 63ff

- Es sollte bei intensivem Unterstützungsbedarf *obligatorisch eine Gesamtplankonferenz* unter Hinzuziehung einer Vertrauensperson, von unterstützenden Fachkräften, auch des Leistungserbringers (mit Einverständnis der Leistungsberechtigten) durchgeführt werden.
- Bei Menschen mit einem komplexen Unterstützungsbedarf kommen oft, neben den Leistungen der Eingliederungshilfe, weitere Leistungen anderer Rehabilitationsträger in Frage. Der Träger der Eingliederungshilfe sollte konsequent von den Möglichkeiten des § 15 SGB IX Gebrauch machen und ein *Teilhabeplanverfahren* in Gang setzen. Dabei sollte die Expertise der Konsulentendienste, der MZEB und anderen maßgeblichen Akteuren zurückgegriffen werden.
- Die *betroffenen Menschen mit Behinderung* werden je nach ihren individuellen Möglichkeiten im gesamten Prozess beteiligt; Möglichkeiten unterstützter Kommunikation und anderer Hilfen werden je nach Bedarf genutzt; die Mehrperspektivität wird durch den Einbezug relevanter Personen aus dem Umfeld der betroffenen Person gesichert (z.B. Vertrauensperson, Unterstützterkreis).
- *Gewalterfahrungen* im bisherigen Lebensverlauf sowie aktuelle psychosomatische Faktoren im Verhalten und Erleben mit entsprechenden interdisziplinären Handlungsbedarfen sind in der Gesamtplanung besonders zu berücksichtigen.
- Im Rahmen eines *individuellen Teilhabemanagements* (Fallmanagement) legt der Leistungserbringer Verantwortlichkeiten und Kommunikationserfordernisse zur Leistungsplanung, -erbringung und -evaluation im Rahmen der vereinbarten Gesamtplanung fest.
- Die Erkenntnisse aus den Gesamtplanungen sind im Rahmen der *Strukturplanung* zu berücksichtigen (§ 95 SGB IX Sicherstellungsauftrag).

Angebotsstruktur

Um personenzentriert ermittelten Bedarfen gerecht werden zu können, wird eine Angebotsstruktur empfohlen, die individuelle Wohn- und Unterstützungssettings ermöglicht:

- Schaffung von bedarfsgerechten regionalen Wohn- und Unterstützungsangeboten für Menschen mit erheblich herausforderndem Verhalten, insbesondere *Plätze für intensiv unterstütztes Wohnen*,
- *Abbau der bestehenden Konzentration* von überregionalen Betreuungsangeboten an einzelnen Standorten von Groß- und Komplexeinrichtungen,
- Sicherstellung einer arbeitsweltbezogenen Teilhabe im *Zwei-Milieu-Prinzip* (Wohnen und Arbeiten), möglichst durch Angebote der Regelversorgung, je nach individuellen Möglichkeiten und vorübergehend durch individuell angepasste Angebote zur Beschäftigung⁸⁴ und
- *Stärkung der regulären Wohnangebote* der Eingliederungshilfe durch qualifizierte Beratung und Unterstützung bei herausforderndem Verhalten und schwierigen Betreuungskonstellationen, insbesondere durch Konsulentendienste und ggf. temporärer individueller Zusatzleistungen.

Bauliche Gestaltung

Empfohlen wird grundsätzlich die Abkehr vom Gruppenprinzip und die Schaffung von individuellem Wohnraum:

- *Der Wohnraum wird im Apartmentprinzip geschaffen*, d.h. individuelle Wohnungen für Einzelwohnen, Paarwohnen oder für kleine Wohngemeinschaften mit maximal vier Apartments an einem Standort, in einem solitären Baukörper oder in einem separaten Gebäudeteil.
- *Der individuelle Wohnbereich* mit ca. 40-45 qm pro Person sollte mit separatem Eingang (Vermeidung von Begegnungen) und eigenem Wohn- und Essbereich mit Möglichkeit zur Installation einer Küche ausgestattet sein, damit nach

⁸⁴ vgl. DHG-Standards (2021), hier zur Teilhabe am Arbeitsleben, in: DHG 2021, S. 99ff

individuellen Fähigkeiten und höchstmöglicher Ausstattung eine möglichst große Autonomie und Selbstbestimmung erreicht werden kann.

- *Zusätzliche bauliche Anforderungen*, vor allem Stabilität von Zargen, Türen, VSG-Verglasung, Fußböden, Wände, Schallschutz, Elektrosicherheit sind zu beachten.
- *Zusätzliche technische Anforderungen*, vor allem assistive Technik, Brandschutz, Notrufsystem, Fluchtwege sind einzuplanen.
- Geschützte, individuell zugängliche *Gartenbereiche* sind vorzusehen.
- *Zusätzliche Ausstattungsanforderungen* hinsichtlich Möbel, Lampen und weiteren Einrichtungsgegenständen sind zu beachten.
- Weitere spezifische *individuelle Bedarfe* für bauliche Besonderheiten, Ausstattung und Instandhaltung sind einzukalkulieren und ebenfalls auf Grundlage der tatsächlichen Kosten zu finanzieren und zu refinanzieren.
- Betrieblich erforderliche *Räume für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* sind vorzuhalten.
- Die tatsächlichen Investitions- und Betriebskosten sind sicher zu finanzieren und zu refinanzieren. Eine *verkürzte Nutzungsdauer* (30 Jahre) ist einzukalkulieren.

Qualifiziertes Fachkonzept für Wohnsetting mit intensiver Unterstützung

Empfohlen wird für intensiv unterstütztes Wohnen die konzeptionelle Ausrichtung von Leistungserbringern an fachlichen Standards zur Teilhabe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexem Unterstützungsbedarf.⁸⁵

- Voraussetzung ist eine Verankerung im *Leitbild des Dienstes und in der Haltung aller Beschäftigten*, dass die Achtung von Menschenrechten, die Akzeptanz der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die fachliche Kompetenz wesentliche Handlungsmaßstäbe auch in konflikträchtigen Betreuungssituationen darstellen.

⁸⁵ vgl. DHG-Standards (2021), hier insbesondere zur Teilhabe und Assistenz, in: DHG 2021, S. 28ff

- Mit einem *qualifizierten Fachkonzept für intensive Unterstützung (Assistenz)* soll gesichert werden, dass Selbstbestimmungs-, Entwicklungs- und Teilhabepotentiale wahrgenommen und mit individuell ausgerichteten, interdisziplinär qualifizierten Handlungsansätzen unterstützt werden.
- *Orientierung am sozio-emotionalen Entwicklungsstand, systemische Beziehungsgestaltung und Unterstützte Kommunikation* sind als professionelle Handlungsansätze in der Konzeption, der Handlungspraxis und der Mitarbeiterqualifikation zu verankern.
- Leistungsrechtlich ist bei intensiv unterstützten Wohnsettings weitestgehend vom Bedarf nach *Fachkräften mit qualifizierter Assistenz* (§ 78 Abs. 2 SGB IX) sowie zusätzlich spezialisierten Fachkräften (Multiprofessionalität) auszugehen.
- In der Angebotsstruktur sind durch *Fachkonzepte zum Gewaltschutz* strukturelle Sicherungen gegen Fremdbestimmung, Machtmissbrauch und Gewaltausübung festzulegen, insbesondere zur Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen sowie zur Prävention und Deeskalation konflikt- und gewaltträchtiger Situationen.
- Die *Fachkonzepte zum Gewaltschutz* sind im Rahmen der Qualitätssicherung auf Leistungsebene und in den Assistenzdiensten kontinuierlich und transparent zu thematisieren, zu überprüfen und zu reflektieren. Dabei sind die Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen ihrer individuellen Möglichkeiten zu beteiligen.
- *Interne und externe Informations- und Dokumentationspflichten* sind in einem Wohnsetting mit intensiver Unterstützung zur Transparenz von Vorgaben, Vereinbarungen und Maßnahmen mit größter Sorgfalt zur internen und externen Qualitätssicherung festzulegen und einzuhalten.
- Die *Unterstützungssicherheit über 24 Stunden an 7 Tagen* der Woche ist mit einem Personalkonzept sicher zu stellen, dass die Umsetzung der in den Gesamtplänen vereinbarten individuellen Unterstützungsbedarfe gewährleisten kann.

- Das Angebot für intensiv unterstütztes Wohnen soll in ein *flexibles Hilfeensemble* eingebettet sein, das Entwicklung und Veränderung, sowohl räumlich als auch in Bezug auf das Unterstützungssetting, ermöglicht.
- So weit wie möglich soll den Bewohnerinnen und Bewohnern *eine Mitentscheidungsmöglichkeit* darüber eingeräumt werden, mit wem sie in ihrem unmittelbaren persönlichen Umfeld zusammenleben.

Sozialräumliche Vernetzung

Empfohlen wird, die Wohnangebote in ein regionales interdisziplinäres Unterstützungssetting einzubinden und im Rahmen eines strukturellen und eines individuell-lebensweltbezogenen Fachkonzepts zur Sozialraumorientierung⁸⁶ zu vernetzen:

- Durch *regionale Kooperation und Verbundlösungen* sollen Wahlmöglichkeiten hinsichtlich möglicher – regulärer und intensiv unterstützter - Wohn- und Unterstützungssettings geschaffen und ein Wechsel in andere regionale Wohnformen einschließlich selbstbestimmter Wohnformen ermöglicht werden.
- *Beratungsmöglichkeiten* sind vor allem durch Einrichtung eines Konsulentendienstes sowie durch den Zugang zu weiteren Beratungsangeboten zu stärken.
- Die *Inanspruchnahme weiterer Angebote* der Eingliederungshilfe sowie des ambulanten und stationären und Gesundheitssystems, der Sozial- und Gemeindepsychiatrie, allgemeiner und spezialisierter Dienste der ambulanten und stationären Psychiatrie ist konzeptionell vorzusehen und personell zu unterstützen⁸⁷.
- Sowohl für *fallspezifische Nutzung von Sozialraum-Angeboten* wie für die *fallunspezifische Netzwerkarbeit* im Sozialraum sind im Gesamtplan erforderliche intensivere Unterstützungsleistungen mit entsprechender Finanzierung vorzusehen.

⁸⁶ vgl. DHG-Standards (2021), hier zur Teilhabe im Sozialraum, in: DHG 2021, S. 77ff

⁸⁷ vgl. dazu ausführlicher Kap. 11 der Empfehlungen der Expertenkommission

Spezielle Schulung und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Für eine Tätigkeit in intensiv unterstützten Wohnformen werden neben einer grundlegenden fachlichen Qualifikation in der Regel in einer (heil-)pädagogisch-andragogischen Disziplin, zusätzliche pädagogische, therapeutische oder andere spezielle Qualifizierungen empfohlen, die konzeptionell und in der Finanzierung zu verankern sind:⁸⁸

- *Zusatz- und Weiterbildungen, mindestens* für Mitarbeitende in Beratungs- und Multiplikatorenfunktion insbesondere zu speziellen heilpädagogischen, therapeutischen und weiteren relevanten Handlungsansätzen (z.B. sozio-emotionale Entwicklung, unterstützte Kommunikation, Konfliktmanagement, Biografiearbeit),
- *Fortbildungskonzept* mit kontinuierlicher Fortbildung für alle Mitarbeitenden, in denen Haltungen, Handlungsansätze und Methoden in Bezug auf intensiven Unterstützungsbedarf in Assistenz, Teilhabeplanung und Sozialraumarbeit thematisiert und geübt werden,
- Kontinuierliche Fortbildungen mit praktischen Übungen für alle Mitarbeitenden zu *Haltung, Techniken und Methoden zur Prävention und Deeskalation von Gewalt- und Konfliktsituationen*,
- Kontinuierliche *Thematisierung und Reflexion der Fachkonzepte* zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen, zum Gewaltschutz und zur Deeskalation konfliktträchtiger Situationen, besonders hinsichtlich der konkreten Umsetzung,
- *Einführungskonzept und Coaching* für neue Mitarbeitende,
- *Supervision und Begleitung* von Mitarbeitenden bei Gewalt- und Konflikterfahrungen und
- *Beachtung und Unterstützung von Maßnahmen zum Arbeitsschutz*, ggf. Vermittlung therapeutischer Angebote für Mitarbeitende nach Gewalterfahrungen in Kooperation mit Trägern der Unfallversicherung.

⁸⁸ vgl. DHG-Standards (2021), hier zur Teilhabe und Assistenz, in: DHG 2021, S. 39

10.6 Empfehlungen an die verantwortlichen Akteure

Aus den strukturell-konzeptionellen Empfehlungen zum intensiv unterstützten Wohnen ergeben sich eine Reihe von Empfehlungen an die jeweils verantwortlichen Akteure.

Insbesondere sind im Rahmen des Landesrahmenvertrags nach § 131 SGB IX zwischen Leistungsträgern der Eingliederungshilfe und der Freien Wohlfahrtspflege gemeinsame Vereinbarungen zu treffen für Investitions- und Betriebskosten sowie personenzentrierte Leistungen zu regionalen Wohn- und Unterstützungsangebote mit intensiv unterstützten individuellen Wohnformen (Apartmentprinzip) für Menschen mit erheblich herausforderndem Verhalten, außerdem zu den vorgeschlagenen Konsulentendiensten in NRW.

Empfehlungen an das Land Nordrhein-Westfalen:

- *Anpassung der Wohnungs(bau)förderung* hinsichtlich Förderung und Darlehen, um die Schaffung empfohlener Wohnmöglichkeiten zu ermöglichen
- entsprechende *Einwirkung auch auf weitere Geldgeber* wie Stiftungen und Förderbanken.

Empfehlungen an die Landschaftsverbände als Leistungsträger der Eingliederungshilfe:

- *Anpassung der Richtlinien für Investitions- und Betriebskosten*, um die Schaffung empfohlener Wohnmöglichkeiten zu ermöglichen
- *Anerkennung der erforderlichen Flächen* zum individuell und gemeinschaftlich genutztem Wohnraum und zu Gartenflächen, außerdem ggf. weiterer, nach individuellem Bedarf notwendiger Funktionen und Flächen
- *kostendeckende Leistungsvereinbarungen* für die empfohlenen Wohnformen mit entsprechenden fachlichen Unterstützungsstandards einschließlich personeller Ausstattung, Qualifizierung, Supervision, fallbezogener Beratung usw.

- *Übernahme erhöhter Leistungen für den Wohnraum* (§ 77 SGB IX und § 113, Abs.2.1) auf Grundlage der tatsächlichen Kosten; Anerkennung besonderer zielgruppenspezifischer Aufwendungen für die Wohnraum- und Einrichtungsgestaltung als Leistung der Eingliederungshilfe
- *Sicherstellung intensiv betreuter Wohnplätze regional* in allen Gebietskörperschaften nach Sicherstellungsauftrag (§ 95 SGB IX)
- *Abbau der Konzentration von Menschen* mit intensivem Unterstützungsbedarf in Komplexeinrichtungen und anderen größeren Institutionen
- *Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungsinstrumente* im Hinblick auf intensive Unterstützungsbedarfe
- *Obligatorische Gesamtplankonferenz* bei intensivem Unterstützungsbedarf sowie konsequente Initiierung der *Teilhabeplanung* bei weiteren Leistungsträgern nach § 19 SGB IX.

Empfehlungen an Leistungserbringer:

- *Qualifizierte Unterstützung* für Menschen mit herausforderndem Verhalten und entsprechende Qualifizierung von Beschäftigten *in allen Wohnformen*, um Wohnen primär in regulären Wohnformen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu ermöglichen
- *Aufbau der empfohlenen intensiv unterstützten Wohnformen* mit oben genannten fachlichen Unterstützungsstandards in einem regionalen Unterstützungssetting
- *Spezielle Qualifizierung der Mitarbeitenden* durch ein Fortbildungskonzept mit kontinuierlichen Fort- und Weiterbildungen und Supervision
- *Qualifizierte Unterstützung der individuellen Teilhabeplanung* und Umsetzung von Teilhabeleistungen durch ein Teilhabemanagement mit kontinuierlicher Reflexion und Weiterentwicklung
- *Sicherung der Unterstützungsqualität*, insbesondere von Gewaltschutz und Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen im Rahmen interner Qualitätssicherung

- *Regionale Vereinbarungen zu Kooperationsstrukturen* und Aufnahmeverfahren von Menschen mit erheblich herausforderndem Verhalten in Wohneinrichtungen von Leistungserbringern einer Region
- *Konzipierung und Umsetzung von Konversionsprozessen* intensiv betreuter Wohnformen aus Komplexeinrichtungen in regionale Wohn- und Unterstützungsstrukturen.

11. Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung

11.1 Rechtsanspruch auf optimale Gesundheitsversorgung und Teilhabe

Nach der 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossenen Behindertenrechtskonvention¹ besteht ein Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit: *„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens.“*

Die Bundesregierung ratifizierte 2009 die UN-BRK und verabschiedete im Juni 2019 den zweiten Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (NAP 2.0) in Deutschland, um auf gesellschaftlicher und medizinischer Ebene die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen zu verbessern.² Ein Schwerpunkt des umfassenden Maßnahmenkatalogs ist die bedarfsgerechte Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung. Nicht zuletzt aus dieser Verpflichtung wurde 2015 der § 119c sowie §43b ins SGB V eingefügt, wo der Rechtsanspruch auf eine spezialisierte, bedarfsgerechte medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger oder schweren Mehrfachbehinderungen definiert wird:

¹ UN-Behindertenrechtskonvention vom 13.12.2006. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf

² <https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/NAP2/NAP2.pdf>, abgerufen am 15.11.2021

„(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.“

Unter dem Leitprinzip „*Leave no one behind*“ (LNOB) greift die UN-Agenda 2030 die Forderung auf, auch Menschen mit Behinderungen in den nationalen und internationalen Nachhaltigkeitsstrategien zu berücksichtigen, um die aufgestellten 17 Ziele für eine nachhaltige Entwicklung (Sustainable Developmental Goals, SDG) auch für diese besonders vulnerable Gruppe zu erreichen.³ Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen - Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde Ende 2016 verabschiedet und ist 2020 in Kraft getreten.⁴ Neben wichtigen Parametern der bisherigen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen wurden darin u.a. der zu Grunde liegende Behinderungsbegriff und die Verfahren zur Feststellung der Leistungen und Leistungsvoraussetzungen in der Eingliederungshilfe verändert.

Seit der Verabschiedung der UN-Behindertenrechtskonventionen in Deutschland sind somit bereits einige Gesetzesinitiativen zur Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung (§ 119c sowie §43b ins SGB V) oder der gesellschaftlichen

³ Resolution 70/1 der Vereinten Nationen zur Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (2015). <https://www.un.org/Depts/german/gv-70/band1/ar70001.pdf> ; Stand: 27.01.2021

⁴ Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)

Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) in Kraft getreten.

11.2 Psychische Gesundheit bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind besonders *vulnerabel* für die Entwicklung weiterer körperlicher und psychischer Krankheitsbilder.⁵ Die daraus resultierende erhöhte Mortalität führt zu einer um ca. 20 Jahre erniedrigten Lebenserwartung, wobei ca. 30-50 % der Todesfälle vermeidbar wären.⁶ Die Gründe dafür sind vielfältig, z. B. eine verzögerte Diagnostik und Therapie, mangelnde Fachkenntnis und Barrieren im Gesundheitswesen, aber auch eine unzureichende Gesundheitsprävention, fehlende Impfungen und Polypharmazie spielen eine entscheidende Rolle.⁷ Insgesamt sind die Gesundheits- und Teilhabeberichterstattung sowie die Versorgungsforschung genau für diesen Personenkreis in Deutschland noch unzureichend.⁸ Die gesundheitliche Beeinträchtigung führt zu einer erheblichen emotionalen, sozialen und finanziellen Belastung der Betroffenen und ihrer sozialen Netzwerke.

Nach Angaben der WHO erkranken Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung 3- bis 4-mal häufiger an *psychischen Störungen* als die sog. Allgemeinbevölkerung.⁹ Aktuelle, populationsbasierte Studien in Großbritannien zeigen eine Punktprävalenz für psychische Störungen im engeren Sinne von ca. 20% (22%, Cooper et al. 2007; 21%, Sheehan et al. 2016).^{10 11} Dabei finden sich insbesondere affektive Störungen (7

⁵ Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Division of Human Development and Disability. Disability and Health Data System (DHDS) Data [online]. Im Internet: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/dhds/index.html> Stand: 15.12.2020

⁶ O'Leary L, Cooper SA, Hughes-McCormack L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: a systematic review. *J Applied Res Intellect Disabil* 2018; 31: 325–42

⁷ Reppermund S, Srasuebku P, Dean K, Trollor JN. Factors associated with death in people with intellectual disability. *J Applied Res Intellect Disabil* 2020; 33(3): 420–429

⁸ Steffen P, Blum K. Menschen mit geistiger Behinderung: Defizite in der Versorgung. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(17): A-860-862

⁹ Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2011) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

¹⁰ Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 190: 27–35.

¹¹ Sheehan R, Hassiotis A, Walters K (2016) Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 351: h4326.

- 11%), psychotische Störungen (ca. 4%) und Angststörungen (4 - 6%), aber auch ADHS (ca. 1,5%), Demenzen (ca. 1%), Substanzabhängigkeiten (ca. 1%), Zwangsstörungen (ca. 0,7%) oder Persönlichkeitsstörungen (ca. 1%). Darüber hinaus treten Autismus-Spektrum-Störungen mit 7,5 - 15% und Traumafolgestörungen vermehrt auf. Verhaltensstörungen können in Kombination mit weiteren psychischen oder körperlichen Krankheiten oder auch unabhängig davon auftreten.¹² Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, sind die Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen vielfältig. Neben personenbezogenen Ursachen (z.B. infolge körperlicher oder psychischer Krankheiten oder individueller Entwicklungs- oder Persönlichkeitsfaktoren) können auch umfeldbedingte Ursachen (z. B. Betreuerwechsel, invalidierendes Umfeld) bzw. eine ungünstige Wechselwirkung der Bezugspersonen mit dem oder der Betroffenen eine Rolle spielen. Hierbei spielen die Kommunikation, Interaktion und Art der Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle. Behandlungsbedürftige Verhaltensstörungen sind häufig und treten bei ca. 20-25% der Personen mit einer Intelligenzminderung auf (Punktprävalenz).¹⁰

11.2.1 Diagnostik von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Der Gesundheitszustand von Menschen mit Behinderungen ist somit insgesamt schlechter und die Abklärung dieser erhöhten Krankheitslast ist erschwert.¹³ Krankheitsbilder und mit der Behinderung verbundene Einschränkungen können sich überlagern und sind zum Teil nur schwer zu differenzieren. Darüber hinaus weichen die Krankheitsbilder und -verläufe oftmals von denen nicht behinderter Menschen ab. Generell wächst die diagnostische Herausforderung mit der Schwere der kognitiven Beeinträchtigung. Die Ausdrucksmöglichkeiten, insbesondere die verbalen Fähigkeiten, sind häufig reduziert. Dadurch können Beschwerden nicht mitgeteilt und Erkrankungen nicht erkannt („underreporting“) werden: Alle denkbaren körperlichen Erkrankungen können sich im Gewand einer psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeit präsentieren. Auffällige Verhaltensmuster werden häufig als „normal“, „zur geistigen Behinderung gehörend“ erachtet („diagnostic

¹² Vgl. Dilling/Mombour/Schmidt (2011) a. a. O.

¹³ Havercamp SM, Scandline D, Roth M (2004) Health disparities among adults with developmental disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. Public Health Rep 119:418–426

overshadowing“).¹⁴ Die Lebensbedingungen, insbesondere Änderungen in der Alltagstruktur oder traumatisierende Erfahrungen im Lebenslauf führen u. U. zum Ausbruch von psychischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Häufig stehen weniger Bewältigungsstrategien („Coping“) zur Verfügung und die Introspektions- und Reflexionsfähigkeiten sind reduziert. Zusätzliche körperliche Erkrankungen (Spastik, Epilepsie) beeinträchtigen das körperliche und seelische Wohlbefinden und schränken z. B. Sportaktivitäten zur Stressbewältigung ein. Das soziale Netzwerk ist gegenüber nicht behinderten Menschen verändert: Einige leben auch im Erwachsenenalter noch im Elternhaus, viele leben in therapeutischen Wohngemeinschaften oder vollstationären Wohneinrichtungen zusammen mit anderen Menschen, die sie sich nicht selbst ausgesucht haben. Verschiedene häufige Krankheitsbilder wie z. B. Autismus oder syndromassoziierte psychische Störungen sind nicht regelhafter Bestandteil in der ärztlichen, pflegerischen oder therapeutischen Ausbildung und werden dadurch unter Umständen nicht erkannt oder nur unzureichend behandelt. Diagnostische Wege und therapeutisches Handeln in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit komplexen Mehrfachbehinderungen müssen in vielen Punkten auf andere Weise gestaltet werden, als es die jeweils gleiche Erkrankung bei einer Person ohne Behinderung erfordern würde.¹⁵

Bei der differentialdiagnostischen Abklärung von psychischen Erkrankungen oder schweren Verhaltensstörungen sollten entsprechend der geltenden nationalen und internationalen Leitlinien körperliche, psychische, soziale und entwicklungsbezogene Aspekte berücksichtigt werden.^{16 17 18 19 20} Dabei ist ein ganzheitliches, interdisziplinäres und systemisch ansetzendes Vorgehen notwendig. Die Anamnese- und Befunderhebung sind durch die reduzierten kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten häufig erschwert. Daher sind multiple Informationsquellen zu nutzen und der Fremdanamnese mit nahen Bezugspersonen kommt eine hohe Bedeutung zu.

¹⁴ Reiss S, Szyszko J (1983) Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *Am J Ment Defic* 87:396–402

¹⁵ Sappok T, Steinhart I. (2021) Leave No One Behind

¹⁶ Gardner W, Došen A, Griffiths DM, King T (2006)

¹⁷ Canadian Consensus Guidelines (2011).

¹⁸ AWMF Leitlinie (2021) S2k: Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042

¹⁹ NICE Guideline (2016) Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management

²⁰ NICE Guideline (2015) Challenging behavior and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behavior challenges

Spezifisch für diesen Personenkreis entwickelte Untersuchungsinstrumente und Kommunikationsweisen können die klinisch Arbeitenden in der Abklärung einer Verdachtsdiagnose unterstützen.^{21 22}

Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell wird die Symptomatik je nach Ursache dem Bereich der körperlichen Krankheit, psychischen Störungen und Verhaltensstörungen zugeordnet.²³

Körperliche Krankheiten sollten aufgrund der oft andersartigen Symptompräsentation immer mitgedacht werden. Neben körperlichen Erkrankungen wie sie bei jedem anderen Menschen auch vorkommen können (z. B. Zahnschmerzen), treten einige Erkrankungen bei Menschen mit Behinderungen gehäuft auf, z. B. Epilepsien, Bewegungsstörungen, Adipositas oder genetische Syndrome, die gekannt und differentialdiagnostisch berücksichtigt werden müssen.

Die *Diagnostik psychischer Störungen* im engeren Sinne ist durch verschiedene Faktoren eine Herausforderung (s. oben). Die Zuschreibung eines auffälligen Verhaltens als zur Behinderung gehörend kann dazu führen, dass Krankheiten übersehen werden und unbehandelt bleiben. Die in der Allgemeinpsychiatrie üblichen operationalisierten Klassifikationssysteme (DSM-5, ICD-10) können wegen der besonderen Symptompräsentation bei diesem Personenkreis oft nur eingeschränkt eingesetzt werden. Daher wurden spezifische Manuale mit adaptierten Diagnosekriterien entwickelt. Das Diagnostic Manual–Intellectual Disability (DM-ID 2; 24) ist am nosologischen System des DSM-5, die Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation (DC-LD; Royal College of Psychiatrists 2001) an den ICD-10-Kriterien orientiert.

Wenn körperliche oder psychische Erkrankungen ausgeschlossen werden konnten bzw. die gezeigte Symptomatik nicht hinreichend erklären, liegt eine sog. *Verhaltensstörung* vor. Diese kann vielfältigste Ursachen haben; drei wesentliche Punkte sind:

²¹ Sappok T, Diefenbacher A, Winterholler M (2019)

²² Sappok T, Burtscher R, Grimmer A (2020)

²³ Sappok T (2018)

- *Umfeld assoziierte Faktoren* (z. B. Betreuerwechsel, belastende Konflikte, Verluste).
- *Entwicklungsaspekte* (Autismus, emotionale Entwicklungsverzögerungen)
- *Ein Verhaltensphänotyp* im Rahmen eines bestimmten genetischen Syndroms. Darunter versteht man syndromtypische Verhaltensweisen wie z. B. der reduzierte Blickkontakt beim Fragilen X-Syndrom.

Da häufig die Art der Interaktion zwischen der jeweiligen Person und der physischen und der personalen Umwelt (Kontext) für die Entstehung, Verstärkung oder Aufrechterhaltung von Verhaltensproblemen relevant sind, ist ein umfassendes, *multiprofessionell angelegtes Assessment* aller potenzieller Einflussfaktoren, einschließlich der Gegebenheiten „am Ort des Geschehens“ (z. B. Wohnung, Arbeitsplatz, Freizeit) erforderlich.

11.2.2 Behandlungsmethoden bei psychischen Störungen

Diese besonderen Bedingungen erfordern eine komplexe, spezialisierte, fachkompetente Beurteilung und Behandlung. Körperliche und psychische Krankheitsbilder sind entsprechend den geltenden medizinischen Leitlinien zu behandeln, wobei die Methoden dem kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand anzupassen sind und die Regeln der Leichten Sprache zu beachten sind.^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} ^{23 Fehler! Textmarke nicht definiert.} Bei Verhaltensstörungen sind gemäß nationaler und internationaler Leitlinien in erster Linie *systemische, heilpädagogische oder psychotherapeutische Methoden* einzusetzen. Alle möglichen Ansatzpunkte der Veränderungen („Stellschrauben“) zur positiven Beeinflussung des Verhaltens müssen gesucht, erprobt und im Hinblick auf ihren Erfolg bewertet werden. Dabei kommt der Anpassung des Settings und des Umgangs mit der Person eine Schlüsselrolle zu. Nur in besonders schweren Fällen und nur vorübergehend ist eine psychopharmakologische Behandlung indiziert.^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} ^{Fehler! Textmarke nicht definiert.} ^{Fehler! Textmarke nicht definiert.}

Da die Ursachen häufig in den Wechselwirkungen zwischen individuellen Dispositionen/Defiziten (z. B. emotionale Entwicklungsverzögerungen im Vergleich zur Altersnorm) und den Bedingungen/Anforderungen der Umwelt liegen, kann ein

erheblicher Anteil der Verhaltensprobleme mit einem traditionellen individualpathologischen Ansatz nicht ausreichend erklärt und behandelt werden. Aufgrund der zentralen Bedeutung der Interaktionen zwischen der jeweiligen Person und den Faktoren der physischen und der personalen Umwelt (Kontext) für die Entstehung, Verstärkung oder Aufrechterhaltung von Verhaltensproblemen, ist eine *umfassende, multiprofessionell und ganzheitlich angelegte Behandlungsplanung* unter Mitwirken aller Beteiligten aus Medizin, Familie, Leben und Arbeiten unverzichtbar.

11.2.3 Herausforderungen an das Gesundheitssystem

Abgesehen von einem barrierefreien Praxiszugang bedarf die Diagnostik und Therapie einer fachlichen Spezialisierung z. B. in Hinblick auf genetische Syndrome oder seltene Krankheitsbilder und eines koordinierten und interdisziplinären Vorgehens.²⁵ Diesen besonderen Bedarfen und einem ressourcenorientierten Fallmanagement können im gegenwärtigen Regelversorgungssystem aus unterschiedlichen Gründen nicht ausreichend Rechnung getragen werden – dies trifft insbesondere auf die Versorgung Erwachsener mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexen Mehrfachbehinderungen zu.^{26 27}

²⁵ Schützwahl M, Sappok T. (2020)

²⁶ Seidel M, Fricke C (2013) Einführung in das Thema. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10:7–9

²⁷ Steffen P, Blum K (2015)

Abbildung 1

Ursachen für erhöhte Personalbedarfe bei der medizinischen Versorgung (EV: Einverständniserklärung; ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens; LD: Leistungsdiagnostik, SEO: Entwicklungsdiagnostik)

<p>Ärztlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veränderte Krankheitszeichen erkennen • Kommunikative Barrieren • Eingeschränkte und verlängerte kognitive Verarbeitungsfähigkeit • Kurze Aufmerksamkeitsspanne seitens des Pat. • Abwehrreaktionen in der Untersuchung • Andere Untersuchungsmethoden erforderlich • Einzelgespräche mit Betreuer – Absprachen Behandlungsstrategien • Teilnahme an Fall- und Helferkonferenz • Mehr und aufwändigere körperliche Diagnostik • Mehr juristische Aufgaben (Unterbringung, EV) 	<p>Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Unterstützung bei ADL (persönliche Hygiene, Essen, Anziehen Toilette) • Genaue Verhaltensbeobachtung notwendig • Mehr Deeskalation wegen erhöhter Aggressivität • Oft 1:1 Betreuung notwendig, um Therapie- und Genesungsprozess nicht zu gefährden • Begleitungen zu Diagnostik, z.B. Röntgen • Blutentnahmen teilweise nur mit 2-3 Pflegenden möglich • Mobilisierung des Pat. auch durch Pflegepersonal • Wundversorgung (Selbstverletzung, Stürze) • Schlaf-Wach-Rhythmus gestört 	<p>Sozialdienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komplexes Aufnahme- und Entlassmanagement • <u>Zusätzl.</u> heilpädagogische Aufgaben (nicht in PsychPV) <p>Physiotherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Bewegungsstörungen • Mehr Einzeltherapie • Mehr Spannungsabbau <p>Psychologisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr und längere Therapieeinheiten • Mehr Rollenspiele und praktische Übungen • Mehr Einzeltherapie/<u>Kleinar.</u> • Zusätzliche Diagnostik (LD, SEO, Autismus) • Mehr <u>interdisziplin.</u> Austausch <p>Ergotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Beschäftigungsangebote • Kleinere Gruppen • Vor- und Nachbereitung länger
---	--	--

Die erforderlichen Fachkenntnisse sind gegenwärtig nicht regulärer Bestandteil der medizinischen, psychologischen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung. An der Universität Augsburg und der Universität Bielefeld sind Lehrstühle für Medizin für Menschen mit Behinderungen geplant, die die spezifischen Fachkenntnisse in das Medizinstudium verankern sollen. Grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten zur medizinischen Betreuung von Menschen mit Behinderung werden in dem von der Bundesärztekammer zertifizierten Curriculum *Medizinische Betreuung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung* vermittelt, das deutschlandweit mittlerweile immerhin 200 Fachärztinnen und Fachärzte absolviert haben.²⁸ Dennoch besteht ggw. nach wie vor ein hoher Bedarf in der Aus- und Weiterbildung angehender ärztlich, psychologisch, pflegerisch und therapeutisch Arbeitenden.

Problematisch ist außerdem die Finanzierung des behinderungsbedingten,

²⁸ Bundesärztekammer. Strukturierte curriculare Fortbildung der Bundesärztekammer. <https://www.bundesaeztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/strukturierte-curriculare-fortbildung/> ; Stand: 27.01.2021

personellen Mehrbedarfs in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in sämtlichen Berufsgruppen (vgl. Abbildung 1).

Zusammenfassend sind die Defizite in der Gesundheitsversorgung von Menschen mit komplexen Mehrfachbehinderungen bedingt durch vielfältige Barrieren wie

- fehlende Qualifikation und Erfahrung der Leistungsanbieter,
- Kommunikations- und Umgangsprobleme,
- unzureichende Vergütung des erhöhten Zeit- und Personalaufwands sowie
- nicht behindertengerechte Gesundheitseinrichtungen.

Die Ursachen liegen in den fachlichen, organisatorischen und strukturellen Bedingungen des medizinischen Regelversorgungssystems in Deutschland.¹⁵ Dies führt im Ergebnis zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung, die sich zum Nachteil der Betroffenen auswirken und unnötige direkte sowie indirekte Kosten verursachen. Es mangelt an gut vorbereiteten Krankenhäusern und ambulanten Versorgungsstrukturen sowie fachkundigem ärztlichen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Fachpersonal. Zentrale Problemfelder sind dabei die Symptomerkennung und Diagnosestellung, Umgang und Kommunikation sowie bauliche, organisatorische und kommunikationsbedingte Barrieren im Gesundheitswesen.

11.3 Medizinische Versorgungsangebote speziell für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in Deutschland

Die Mehrzahl an Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist im Regelversorgungssystem der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland angebunden. Dies trifft insbesondere auf Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung zu. Trotz gewisser Fortschritte in den letzten Jahren – insbesondere in der ambulanten medizinischen Versorgung – stehen weiterhin nur sehr eingeschränkte Behandlungsplätze für schwer psychisch oder körperlich kranke Personen mit einer komplexen Mehrfachbehinderung zur Verfügung. Dies trifft insbesondere auf den hier relevanten Personenkreis mit ausgeprägten

herausfordernden Verhaltensweisen zu, der im medizinischen Regelversorgungssystem keine adäquaten Behandlungsangebote bekommt. In den MZEBs können neben der Behandlung diverser Krankheitsbilder bei Personen mit komplexen Behinderungen auch seltene syndromale Behinderungsformen und aufwändigere Verdachtsdiagnosen wie Autismus, Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) oder Demenz abgeklärt und spezifische Therapien wie z. B. Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) oder soziales Kompetenztraining angeboten werden.

11.3.1 Spezialisierte ambulante Versorgungsangebote

Medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Mit §§ 119c des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) hat die Bundesregierung 2015 die gesetzlichen Voraussetzungen für die Ermächtigung ambulanter Medizinischer Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geschaffen, um im ambulanten Bereich eine frühzeitige und umfassende Gesundheitsversorgung für den genannten Personenkreis zu ermöglichen. Erwachsenen mit komplexer Mehrfachbehinderung, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf eine dem ambulanten Regelversorgungssystem aus Haus- und Fachärztinnen und Fachärzten nachgeordnete medizinische Versorgung angewiesen sind, wird hier eine interdisziplinäre und multiprofessionelle, wohnortnahe Behandlung angeboten. In der Gesetzesbegründung²⁹ heißt es:

„Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben, gewährleisten. Hierfür müssen sie geeignet sein, die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigten Gesundheitsleistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ zu erbringen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der in den Behandlungszentren zu versorgende Personenkreis neben einer zielgruppenspezifischen Diagnostik und

²⁹ Deutscher Bundestag (Bundestagsdrucksache 18/4095 zu Nr. 55)

Therapie insbesondere auch einer zielgruppenspezifischen Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz, etc.) bedarf. Die Behandlungszentren müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Behandlung ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können. Angeboten werden sollen diejenigen Leistungen, die von den betroffenen Menschen speziell benötigt werden. Hierzu können auch zahnmedizinische Leistungen gehören. Neben der Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie bzw. der Aussprache von Therapieempfehlungen für die weiterbehandelnde Ärztin oder den weiterbehandelnden Arzt soll eine wesentliche Leistung der medizinischen Behandlungszentren darin liegen, die Organisation und die Koordination verschiedener ambulanter fachärztlicher Leistungen (Diagnostik, Behandlung, weitere ärztliche Veranlassung, Therapiepläne) sicherzustellen sowie eng mit den anderen behandelnden Ärztinnen und Ärzten und Einrichtungen bzw. Diensten der Eingliederungshilfe und auch anderen Professionen (Heilung und Hilfsmittelerbringer und Erbringer von Kranken-/Behindertentransportleistungen) zusammenzuarbeiten. Medizinische Behandlungszentren können für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die als Kinder und Jugendliche durch ein sozialpädiatrisches Zentrum versorgt wurden, ein Anschlussversorgungsangebot sein. In diesem Fall soll eine systematische Transition von kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen.“

Nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft BAG-MZEB³⁰ haben ggw. deutschlandweit 58 MZEBs ihre Tätigkeit aufgenommen und weitere 27 MZEBs befinden sich in Gründung. Von der Beantragung über die Ermächtigung bis zum Vertragsabschluss mit den Kassen dauert es häufig viele Jahre, bis ein MZEB seinen Betrieb aufnehmen kann. Das MZEB am KEH hat beispielsweise im Juni 2016 einen Antrag gestellt, 2019 wurde die Ermächtigung erteilt und erst im November 2021 konnte nach 5 Verhandlungsrunden ein Vertragsabschluss mit den Kassen geschlossen werden. Die jahrelangen Verzögerungen bei der Inbetriebnahme

³⁰ vgl. <https://bagmzeb.de/mzebs-finden/>

begründen sich u.a. durch aufwendige Antragsverfahren bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und sich oft über Jahre erstreckende Vertragsverhandlungen mit den lokalen gesetzlichen Kassenvertretern (GKV).^{31 32}

Das Angebotsspektrum der einzelnen MZEBs unterscheidet sich voneinander erheblich. Einige sind auf orthopädische Krankheitsbilder wie z. B. Spina bifida oder andere spezifische körperliche Krankheitsbilder spezialisiert. *Nicht alle halten die, für die Behandlung psychischer Krankheiten oder schwerer Verhaltensstörungen, notwendige Expertise vor.*

Nach Angaben der BAG-MZEB liegen die ggw. verhandelten Quartalspauschalen überwiegend unter den erforderlichen finanziellen Bedarfen, so dass zahlreiche MZEBs unterfinanziert sind und vom Träger subventioniert werden müssen. Problematisch ist weiterhin, dass die Kassenverbände die MZEBs in einer *reinen Diagnostik- und Koordinatorenrolle* sehen und damit die eigentliche Therapie, verbunden mit einer längerfristigen Behandlungskontinuität, verhindert. So schreiben die Krankenkassenverbände 2016 in einem gemeinsamen Eckpunktepapier zu § 119 c SGB V, dass eine umfassende Behandlung der betroffenen Menschen in den MZEBs gesetzlich nicht vorgesehen und angesichts der Komplexität und Vielfältigkeit möglicher Krankheitsbilder kaum denkbar sei. Vielmehr liege – so die dem Gesetzestext und der Begründung widersprechende Auffassung der Krankenkassen - die wesentliche Leistung der MZEB insbesondere darin, die Organisation sowie Koordination unterschiedlicher ambulanter fachärztlicher Leistungen (Diagnostik, Behandlung, weitere ärztliche Veranlassung, Therapiepläne) sicherzustellen. Auch die gerade bei diesem Personenkreis so wichtige, *aufsuchende medizinische Betreuung* wird i.d.R. vertragsrechtlich nicht bewilligt. Eine aktuelle Untersuchung kommt daher zum Schluss, dass weiterhin eine Vielzahl von organisatorischen, strukturellen und finanziellen Faktoren den Zugang zum MZEB erschweren.³²

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs)

Neben den MZEBs bieten vereinzelt auch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) schwer psychisch Kranken mit komplexen Mehrfachbehinderungen ein

³¹ Schülle M, Hornberg C. 2016

³² Rathmann K, Kostka J, Olukcu S. 2021

krankenhausnahes Versorgungsangebot an. Trotz der in einigen PIAs individuell verhandelten, zum Teil höheren Fallpauschalen reichen diese häufig nicht für eine oftmals notwendige Vor-Ort Behandlung durch mobile Teams oder für systemische Interventionen bei Angehörigen oder in besonderen Wohnformen aus. Außerdem bleibt dieses Behandlungsangebot nur Wenigen vorbehalten, die aufgrund der Art, Dauer und Schwere der Erkrankung die Kriterien für eine PIA-Behandlung erfüllen.

Insgesamt sind weder die wenigen spezialisierten PIA-Teams noch die MZEB's in der Lage, insbesondere für den Personenkreis mit schweren Beeinträchtigungen, die in besonderen Wohnformen leben, die erforderliche Behandlungsqualität inklusive der Beratung der Teams in der Wohnassistenz flächendeckend anzubieten. Für die ambulante Regelversorgung ist der Personenkreis viel zu aufwendig bezogen auf die erforderliche Zeit für Diagnostik und Therapie und den unverzichtbaren multiprofessionellen Blick. Dies zeigt sich z. B. auch anhand der in Bremen erhobenen Daten zur Gesundheitsversorgung von Personen mit einer kognitiven Behinderung in ambulanter Behandlung. Dort ist der Anteil der Personen mit einer Doppeldiagnose in einer Praxis 0,05% (Bremen) bzw. 0,1% (Bremerhaven).³³ Dies liegt weiter unter der Prävalenz intellektueller Beeinträchtigung (1,2%), wobei der Anteil in der ärztlichen Praxis aufgrund der Multimorbidität des Personenkreises eher noch höher sein müsste.

11.3.2 Versorgungslage mit MZEBs in Nordrhein-Westfalen

In NRW ist von ca. 350.000 Menschen mit einer kognitiven Behinderung auszugehen, die aufgrund der hohen Morbidität einen hohen medizinischen Behandlungsbedarf haben. Ggw. sind in NRW 11 MZEBs aktiv, 5 weitere MZEBs sind in Gründung begriffen³⁴. Daraus ergibt sich ggw. eine Versorgungspopulation von ca. 30.000 Menschen mit kognitiver Behinderung pro MZEB. Bei einer Prävalenz von behandlungsbedürftigen Verhaltensstörungen bzw. psychischen Erkrankungen von durchschnittlich 34% besteht bei ca. 10.000 Personen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und schweren Verhaltensauffälligkeiten in einer MZEB-Region ein

³³ Mitteilung des Senats vom 13.01.2015 an die Bremische Bürgerschaft (zur Drucksache 18/1318).

³⁴ Rathmann K (2021) Barrieren bei der Etablierung von und Versorgung in MZEBs – Erste Ergebnisse aus dem Beta-Projekt. MZEB Kongress Halle am 3.12.2021

Behandlungsbedarf. Selbst wenn ein Teil davon im Regelversorgungssystem behandelt werden wird – bei einer durchschnittlichen Fallzahl von ca. 150/Quartal wird deutlich, dass die MZEBs nicht ansatzweise den Bedarfen gerecht werden können. Hinzu kommt, dass nicht alle MZEBs in Nordrhein-Westfalen psychiatrische Behandlungsangebote machen. *Daher kann ggf. nicht von einer flächendeckenden Bereitstellung dieses spezifischen Versorgungsangebots in Nordrhein-Westfalen ausgegangen werden.*

Die Gründe dafür sind vielfältig, und neben Restriktion bei der Zulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung, die eine Konkurrenz im ambulanten Versorgungssystem fürchtet, spielen auch die Gesundheitskassen, die zusätzliche Ausgaben fürchten, eine Rolle.³² Weitere Schwierigkeiten sind das Fehlen qualifizierten ärztlichen, pflegerischen, psychologischen und therapeutischen Fachpersonals sowie die mit der Gründung verbundenen finanziellen Risiken für die Anbieter der Gesundheitsleistungen.

Der geringe Ausbau der MZEBs war am 28.10. 2020 auch Thema im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales.³⁵ Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales referierte den geringen Ausbaustand und schließt mit folgender Perspektive:

„Deshalb setzt sich das Land Nordrhein-Westfalen dafür ein, dass der Bund die Umsetzung des 2015 geschaffenen Behandlungsanspruchs für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in MZEB überprüft. Ein entsprechender Antrag aller Bundesländer - initiiert von Nordrhein-Westfalen - an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wurde Ende September im Rahmen der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz von allen Ländern einstimmig beschlossen. Der Antrag zielt konkret darauf ab, dass die Bundesländer das BMG bitten, die rechtlichen Rahmenbedingungen und die praktische Umsetzung des Versorgungsauftrags von MZEB dahingehend zu überprüfen, ob die Intention des Gesetzgebers zum Versorgungsauftrag erfüllt wird und wie ggf. der gesetzliche Rahmen an die Erfordernisse in der Praxis angepasst werden muss. Ziel muss aus

³⁵ <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMA17-1146.pdf>

Sicht des Landes NRW sein, die Schaffung und Gründung versorgungsnotwendiger MZEB zu erleichtern und deren Versorgungsbeitrag zu stärken.“^{36 37}

Eine Länderabfrage des BMG (vom 31.03.21) ist zwischenzeitlich erfolgt. Das Thema muss dringlich auf der Tagesordnung der Gesundheitsministerkonferenz bleiben.

11.3.3 Derzeitige Kosten der MZEBs

In der Gesetzesbegründung zu §119c SGB V³⁸ gab es folgende Aussage zu möglichen Kostenentwicklungen:

„Die Gründung von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119c SGB V führt zu einem wesentlichen einmaligen Erfüllungsaufwand. Da allerdings der regionale Bedarf und die regionale Ausgestaltung der medizinischen Behandlungszentren im Einzelnen nicht vorhergesehen werden und von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein können, ist eine Quantifizierung des Erfüllungsaufwandes nicht möglich. So ist vorstellbar, dass sich medizinischen Behandlungszentren dadurch gründen, dass z. B. eine Abteilung oder Station in einem Krankenhaus umorganisiert wird. In einem solchen Fall wäre der Erfüllungsaufwand zu vernachlässigen. Alternativ ist auch vorstellbar, dass gänzliche neue Organisationseinheiten gegründet werden. Dies hätte einen höheren Erfüllungsaufwand zur Folge. Dies gilt auch für die Schaffung des flankierenden Anspruchs auf nichtärztliche Leistungen nach § 43b SGB V.“

Bundesweit entstanden nach Angaben der Krankenkassen 2018 Ausgaben in Höhe von ca. 2,5 Millionen Euro, 2019 von ca. 8 Mio. Euro und 2020 ca. 9,8 Mio. Euro. Eine Differenzierung von Leistungen nach § 119c und § 43b SGB V erfolgt nicht.

In Nordrhein-Westfalen wurden 2019 ca. 1500 Behandlungsfälle verzeichnet, die sich gleichmäßig auf Nordrhein und Westfalen Lippe verteilen. Die damit verbundenen Ausgaben in Höhe von jeweils ca. 400.000 Euro verteilen sich somit gleichmäßig auf die beiden Landesverbände.

³⁶ MAGS-NRW, Bericht MZEB 2020

³⁷ Der Beschluss der GMK vom 30.09-1.10.2020 ist hier nachlesbar: [Beschlüsse - Gesundheitsministerkonferenz \(GMK\) \(gmkonline.de\)](#).

³⁸ Deutscher Bundestag (Bundestagsdrucksache 18/4095 zu Nr. 55)

Eine Auflistung von Ausgaben für medizinische Behandlungen in MZEB für die Jahre 2018-2020 weist für die Bereiche Nordrhein und Westfalen-Lippe³⁹ für insgesamt 3.479 Behandlungsfälle einen Aufwand von 1.739.571,67 € aus (siehe folgende Tabelle). Pro Behandlungsfall ergeben sich dabei durchschnittliche Kosten in Höhe von ca. 495 €.

Tabelle 1
Auflistung der Ausgaben in den Jahren 2018-2020
für medizinische Behandlungen in MZEB

Jahr	Bereich	Bereich	Fälle	Ausgaben (€)
2018	MZEB	Nordrhein	28	14.566,25 €
2018	MZEB	Westfalen-Lippe	210	90.906,64 €
2019	MZEB	Nordrhein	634	310.224,68 €
2019	MZEB	Westfalen-Lippe	463	239.165,75 €
2020	MZEB	Nordrhein	1066	545.941,03 €
2020	MZEB	Westfalen-Lippe	1.078	538.767,32 €
			3479	1.739.571,67 €

Die derzeitigen Ausgaben entsprechen in keiner Weise den unabweisbaren Bedarfen von Menschen mit Behinderungen. Die damaligen Befürchtungen der GKV über eine ausufernde Kostenentwicklung sind nicht eingetroffen, was u.a. in den restriktiven Verfahrensweisen der GKV und der Kassenärztlichen Vereinigungen begründet liegt.

11.3.4 Spezialisierte stationäre Versorgungsangebote

Auch in der stationären Behandlung von Personen mit kognitiver Beeinträchtigung müssen die erhöhten Bedarfe für die Grundversorgung und Behandlung berücksichtigt werden. Zum Vergleich: Allein für die Alltagsunterstützung beim Wohnen werden in der Eingliederungshilfe im Allgemeinen Tagessätze von 140-300 € gezahlt, die den Betroffenen bei einem Krankenhausaufenthalt nicht zur Verfügung stehen. Konsequenterweise haben die Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern daher im Düsseldorfer Positionspapier die Finanzierung von *Assistenzleistungen im*

³⁹ Siehe auch: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzerggebnisse.html>

Krankenhaus gefordert.⁴⁰ Diesem Vorschlag ist die Bundesregierung gefolgt und hat inzwischen beschlossen, dass Personen mit Behinderungen einen rechtlichen Anspruch auf Assistenz im Krankenhaus haben.⁴¹ Aktuell ist der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, den anspruchsberechtigten Personenkreis genau zu definieren, so dass die Umsetzung erst für Ende 2022 zu erwarten ist.

Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 *Fallpauschalenvereinbarung 2020* der Spitzenverbände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen GKV und PKV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) kann krankenhausespezifisch für die stationäre somatische „Behandlung von Schwerstbehinderten“ *das Zusatzentgelt 36 (ZE36)* vereinbart werden. Auch wenn sich die stationären Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten verbessern lassen, muss das ZE36 individuell durch das Krankenhaus mit den Kostenträgern verhandelt werden und steht damit nur punktuell zur Verfügung.

Die Vorteile *spezialisierter Fachabteilungen* für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind u.a.

- spezifische Fachkenntnisse und für Bedarfe der Zielgruppe besonders geschultes medizinisches Personal,
- Vorhalten struktureller und baulicher geeigneter Rahmenbedingungen (Bewegungsmöglichkeiten, Snoezeln, Time-out etc.),
- Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für sämtliche Berufsgruppen,
- Beantwortung von Versorgungsfragen,
- Beratung des medizinischen Regelsystems und der Eingliederungshilfe,
- Fortbildung, Schulung und Hospitationen.

Das psychiatrische Regelsystem ist auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung unzureichend eingerichtet. Oft fehlen die notwendigen Rahmenstrukturen und die erforderliche Expertise.

⁴⁰ Düsseldorfer Erklärung der Behindertenbeauftragten von Bund und Ländern Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen weiter verbessern!
[https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/20190322_Duesseldorfer_Erklärung.pdf?__blob=publicationFile&v=5](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/20190322_Duesseldorfer_Erklaerung.pdf?__blob=publicationFile&v=5) abgerufen am 15.11.2021

⁴¹ Bundestagsdrucksache 19/31069 (23.06.21)

Für die *stationär psychiatrische Behandlung* hat die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB) in der *Novellierung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)* als Stellungnahme berechnigte Fachgesellschaft beim gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Erweiterung der Personalverordnung um spezifische Behandlungsbereiche (Behandlungsbereich „I“) für psychisch kranke Personen mit Intelligenzminderung („I“) und die Anerkennung der Berufsgruppen der heilpädagogischen Fachkräfte und Heilerziehungspfleger in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung vorgeschlagen. Die dadurch inhaltlich und zeitlich deutlich verbesserten stationär psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten würden nicht nur den Qualitätsstandard heben, sondern auch die Attraktivität der speziellen Bereiche für pflegende, therapeutische und ärztliche Mitarbeitende erhöhen. Trotz der Unterstützung durch den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung ist dieser Vorschlag ggw. noch nicht vom G-BA in die novellierte PPP-RL übernommen worden.

Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und zusätzlichem intensiveren psychiatrischen Behandlungsbedarfen ist die regionale psychiatrische Versorgung auf spezialisierten Stationen (auch mit einem etwas größeren Einzugsgebiet) ggw. nicht flächendeckend geregelt. Nach Angaben der DGSGB werden aktuell in ganz Deutschland *nur in 28 Kliniken auf diese Klientel spezialisierte Stationen vorgehalten*, wobei in einigen Bundesländern überhaupt kein solches Angebot existiert.⁴²

Der Mangel an spezialisierten Fachkliniken für diesen Personenkreis mag mit dazu beitragen, dass Personen mit einer kognitiven Behinderung überproportional häufig im Maßregelvollzug anzutreffen sind.⁴³

11.3.5 Versorgungslage in Nordrhein-Westfalen für stationäre psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten

Nach Angaben der DGSGB bieten aktuell in ganz Nordrhein-Westfalen fünf Kliniken stationäre psychiatrische Behandlungsplätze für diesen Personenkreis an.⁴⁴ Für das

⁴² Siehe: <https://dsgsb.de/erwachsenenpsychiatrie>

⁴³ Vgl. dazu Kap. 10

⁴⁴ Siehe: <https://dsgsb.de/erwachsenenpsychiatrie>

Rheinland weist eine Zusammenstellung des Landschaftsverbandes Rheinland (2010) für die beiden LVR-Kliniken in Bedburg-Hau und Langenfeld als „Kompetenzzentren für Menschen mit geistigen Behinderungen“ 42 Plätze aus (aktuell wohl 45-47 Plätze), außerdem rund 1.400 Ambulanzfälle pro Quartal.⁴⁵ Für Westfalen-Lippe wird von rund 34 stationären Plätzen berichtet, so dass für Nordrhein-Westfalen aktuell rund 80 stationäre psychiatrische Plätze für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zur Verfügung stehen.

Zur Landeskrankenhausplanung: Der Landesausschuss für Krankenhausplanung hat verabredet, über die Frage einer Weiterentwicklung der Planungsgrundsätze für die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie auch nach Inkrafttreten des aktuell im Entwurf vorliegenden neuen Krankenhausplans weiter zu beraten; neben den Ergebnissen des angesprochenen Gutachtens werden dabei auch – wünschenswerte, aber bisher noch ausstehende - Fortentwicklungen der bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsmöglichkeiten aufzugreifen sein.

Bezogen auf 350.000 Einwohner mit einer kognitiven Behinderung und dem hohen Anteil psychiatrischer Komorbiditäten (1/3 Personen) steht damit nur sehr wenigen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ein spezialisiertes stationär-psychiatrisches Behandlungsangebot zur Verfügung. Im Vergleich dazu hält das Land Berlin 43 psychiatrisch ausgewiesene Krankenhausbetten für 70.000 erwachsene Berlinerinnen und Berliner mit einer kognitiven Behinderung vor.

Als jährlicher Aufwand für Zusatzentgelte (ZE 36) für die Behandlung „Schwerstbehinderter“ im Krankenhaus werden rund 400.000 € angegeben.⁴⁶

11.4 Optimierung der Schnittstellen von Gesundheitsleistungen (SGB V) und Eingliederungshilfe (SGB IX)

⁴⁵ Vorlage 13/1327: Kompetenzzentren für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen.

[https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/F4039F0803D049E4C125789D001EDB6D/\\$file/Begr%C3%BCndung13-1327.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherchewww.nsf/F4039F0803D049E4C125789D001EDB6D/$file/Begr%C3%BCndung13-1327.pdf) (Abruf 4.12.21)

⁴⁶ Nach Angaben aus dem MAGS-NRW

Das spezielle Angebot von ambulanten Gesundheitsleistungen (MZEBs) und stationären Gesundheitsleistungen (Behandlungszentren) für Menschen mit einer kognitiven Behinderung ist unverzichtbar auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung eines sich zunehmend differenzierenden Systems der Eingliederungshilfe.

Die gemeindenahere Gesundheitsversorgung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und extrem herausfordernden Verhalten ist zu optimieren, insbesondere im Hinblick auf

- Schnittmengen zwischen stationär und ambulant psychiatrischer Versorgung und der Eingliederungshilfe ,
- Bedeutung spezialisierter stationär-psychiatrischer, z. B. Behandlungszentren, und ambulanter Angebote, z. B. MZEBs,
- Unterstützungsbedarfe der Leistungserbringer durch spezialisierte psychiatrische, sozialmedizinische oder heilpädagogische Angebote für Klienten mit extrem herausfordernden Verhaltensweisen,
- Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags der Eingliederungshilfe für spezialisierte Wohnangebote für Personen mit extrem herausfordernden Verhaltensweisen,
- Fallmanagement und Organisation der Schnittstelle stationäre Psychiatrie/ambulantes Wohnen für diesen Personenkreis.

Zentral ist dabei, dass die Leistungen zur (sozialen) Teilhabe und Leistungen der Behandlung aufeinander abgestimmt und die *Teilhabe- bzw. Gesamtplanung* differenziert durchgeführt werden. Außerdem sind flächendeckend fachkundige Anbieter von Gesundheitsleistungen und von geeigneten Wohnformen erforderlich. Es ist eine Aufgabe in gemeinsamer Verantwortung bzw. einer Verantwortungsgemeinschaft, die keinem allein überlassen werden darf. An die Stelle von Zuständigkeitsklärung muss Verantwortungsübernahme treten und es bedarf eines öffentlichen Diskurses und einer öffentlichen Begleitung dieser Entwicklung.

Verantwortliche *Leistungserbringer* sind dabei die Eingliederungshilfe sowie Anbieter ambulanter und stationärer Gesundheitsleistungen und die kommunal organisierten Krisendienste. Diese müssen angemessene Konzepte entwickeln, interessierte Mitarbeitende gewinnen und fördern, bauliche Gegebenheiten so gestalten, dass sie

flexibel für die Bedarfe der Menschen werden können und Kooperationen mit behandelnden Praxen und Einrichtungen entwickeln. Die Träger der Eingliederungshilfe haben die Teilhabeplanung tatsächlich und besonders bei dieser Zielgruppe umzusetzen, nicht nur nach dem Wortlaut, sondern auch unter Einbeziehung des Sachverständes verschiedener weiterer Akteure. Dies muss kontinuierlich und mit wachsender Intensität erfolgen, nicht nur einmalig. Die Eingliederungshilfe ist verpflichtet, geeignete Leistungsangebote zu erbringen, auch für den hier adressierten Personenkreis im Rahmen ihres definierten Sicherstellungsauftrags.⁴⁷

Dies kann geschehen, indem die Träger Rahmenverträge verhandeln, die den Vorgaben des SGB IX gerecht werden und die Anreize setzen, sich der Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten anzunehmen. Außerdem sind finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, die gute Angebote fördern, und dabei auf wesentliche Elemente der Qualitätsentwicklung achten. Wohnangebote sollten baulich flexibler gestaltet werden, um den individuellen Bedarfen besser zu entsprechen.⁴⁸ Hinsichtlich der Wohnkonzepte sollte kritisch überprüft werden, ob Gruppenkonzepte bedarfsweise auch von Einzelwohnangeboten ergänzt werden können. Für die betroffene Zielgruppe scheinen individualisierte Konzepte, die mehr Flexibilität zulassen, besser geeignet. Angebote der (psychiatrischen) Krisenhilfe müssten gezielter geplant, der Zugang der Zielgruppe dazu erleichtert werden.

Verantwortliche Kostenträger sind die Träger der Eingliederungshilfe, die Krankenkassen, die Länder und weitere Kostenträger (Pflegekassen, Arbeitsagenturen etc.) und die Kommunen (Krisenhilfe, sozialpsychiatrische Dienste). Diese können

- die Zulassung von MZEBs fördern, vereinfachen und beschleunigen,
- Planbetten für die somatische und insbesondere psychiatrische Behandlung im Krankenhausbettenplan ausweisen,
- besondere Abteilungen in Krankenhäusern schaffen,
- alternativ Zuschläge für die Behandlung dieser Personengruppe finanzieren,

⁴⁷ vgl. § 95/96 SGB IX; vgl. dazu im Einzelnen Kap. 10

⁴⁸ Vgl. Kap. 10

- stationsäquivalente Behandlungskonzepte (StäB) fördern und fordern.

Die Länder haben (nach § 94 SGB IX Absatz 2) *„sicherzustellen, dass die Träger der Eingliederungshilfe nach ihrer Leistungsfähigkeit zur Erfüllung dieser Aufgaben geeignet sind. Sind in einem Land mehrere Träger der Eingliederungshilfe bestimmt worden, unterstützen die obersten Landessozialbehörden die Träger bei der Durchführung der Aufgaben nach diesem Teil. Dabei sollen sie insbesondere den Erfahrungsaustausch zwischen den Trägern sowie die Entwicklung und Durchführung von Instrumenten zur zielgerichteten Erbringung und Überprüfung von Leistungen und der Qualitätssicherung einschließlich der Wirksamkeit der Leistungen fördern.“* Weiterhin haben die Länder gemäß § 94 SGB IX Absatz (3) *„auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages.“* Schlussendlich sind sie gemäß Absatz (4) zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften verpflichtet: *„Zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe bildet jedes Land eine Arbeitsgemeinschaft. Die Arbeitsgemeinschaften bestehen aus Vertretern des für die Eingliederungshilfe zuständigen Ministeriums, der Träger der Eingliederungshilfe, der Leistungserbringer sowie aus Vertretern der Verbände für Menschen mit Behinderungen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zusammensetzung und das Verfahren zu bestimmen.“*

Dies kann konkret umgesetzt werden, indem die Länder:

- das Wohnteilhabegesetze auf Angemessenheit überprüfen, ggf. auch der Bauvorschriften,
- in Psychiatrieplänen die erforderlichen ambulanten Behandlungsstrukturen beschreiben und eine Analyse der Handlungsoptionen vornehmen (z.B. Bedarfsplanung Kassensitze),
- in der Krankenhausplanung Behandlungsplätze für die stationär-psychiatrische Versorgung von Personen mit kognitiver Beeinträchtigung und schwerer psychischer Erkrankung bzw. schwersten Verhaltensauffälligkeiten in spezialisierten Behandlungszentren ausweisen; zu dieser Frage hat Nordrhein-Westfalen aktuell ein Gutachten beauftragt, siehe oben),

- Vorgaben für die Kommunen zu Krisenhilfen (SpDi, Beteiligung an Krisendiensten) entwickeln,
- Gesprächskultur fördern,
- Angebote für externe Beratung („Ethikkommission für besondere Grenzfälle“) im Auftrag des Landes entwickeln,
- das Fallmanagement insbesondere im Hinblick auf die Schnittstelle der stationären Psychiatrie und dem ambulanten Wohnen für diesen Personenkreis optimieren, z.B. durch die Gründung entscheidungsbefugter Arbeitsgemeinschaften/runder Tische für besonders komplexe Fälle; Nordrhein-Westfalen wird vor diesem Hintergrund die flächendeckende Bildung gemeindespsychiatrischer Verbände fördern,
- Ombudsstellen einrichten.

Durch die Multiprofessionalität und interdisziplinäre Arbeitsweise spezialisierter ambulanter und stationärer Behandlungsangeboten können Lücken im Hinblick auf bestimmte medizinisch und psychologisch relevante Aspekte bei der Teilhabeplanung geschlossen werden. Im Hinblick auf die Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe kann in vielen Fällen auch dem individuellen Mehrbedarf bei schweren Verhaltensstörungen an Unterstützung Rechnung getragen werden. Ein in Deutschland zu etablierendes Konsulentensystem kann Kompetenzen und Arbeitsweisen entwickeln, um zur Teilhabeplanung qualifizierte Informationen beizusteuern.

11.5 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die wichtigsten Schlussfolgerungen:

- Menschen mit einer kognitiven Behinderung sind besonders *vulnerabel* für körperliche (fast alle), psychische (ca. 1/3) und herausfordernde Verhaltensweisen (ca. 1/5).
- Eine gelungene Gesundheitsversorgung erfordert ein *interdisziplinäres, multiprofessionelles Vorgehen*, das eine gute Zusammenarbeit aus den regionalen Gesundheitsanbietern, den Trägern der EGH und dem privaten Umfeld/Sozialraum voraussetzt.
- Neben der *Regelversorgung* sind für besonders komplexe oder schwere Beeinträchtigungen *spezialisierte ambulante und stationäre Angebote* vorzuhalten.
- Zur *psychiatrischen Versorgung* von Menschen mit einer kognitiven Behinderung existieren in NRW erkennbare Versorgungslücken.
- Deswegen ist in NRW ein flächendeckender Auf- und Ausbau von *spezialisierten ambulanten (MZEB) und stationär psychiatrischen Angeboten* (Krankenhaus-Psychiatrieplan) erforderlich.
- Neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in diesen *Zentren für Inklusive Medizin* können dort Aus- und Weiterbildungsangebote gemacht, das medizinische Regelversorgungssystem und die Träger der EGH beraten sowie Versorgungsforschungsprojekte in Kooperation mit Hochschulen bearbeitet werden.

Zur *psychiatrischen Versorgung* von Menschen mit einer kognitiven Behinderung existieren erkennbare Versorgungslücken. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und zusätzlichen psychischen Problemen erhalten sehr oft sowohl im ambulanten als auch im stationären psychiatrischen Sektor keine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung. Einem überdurchschnittlich hohen Bedarf steht eine schlechte Versorgungslage in quantitativer und qualitativer Hinsicht gegenüber.

Die *professionell Unterstützenden* (Mitarbeitende der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe), aber auch Familienangehörige benötigen umfassende

Informationen (auch durch Fort- und Weiterbildung), Beratung, Anleitung und Supervision vor Ort. Hierfür ist eine u. U. aufwendige und wiederholte aufsuchende Tätigkeit durch die ggf. herangezogenen MZEBs und spezialisiert stationär psychiatrischen Kliniken erforderlich.

Die *Versorgungslandschaft spezifischer ambulanter wie stationärer Behandlungsangebote* sollte in Deutschland in quantitativer Hinsicht (ausreichende Anzahl, flächendeckende Versorgung) und qualitativer Hinsicht (Leistungsumfang, fachliche Differenzierung) ausgebaut werden. Für die MZEBs sollten insbesondere *Hindernisse* bei der Gründung und Einschränkungen des zu behandelnden Personenkreises abgebaut werden. Dies betrifft vor allem

- die Versagung des Rechtes auf Behandlung und Verordnung,
- ungerechtfertigte Zugangsbarrieren (Grad der Behinderung, Merkzeichen, Diagnosen usw.),
- Ausschluss von Inanspruchnahmen durch Klienten der Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe des Trägers,
- unzureichende Pauschalen mit Begrenzungen der aufsuchenden Tätigkeit und
- die langen Bearbeitungszeiten der Anträge auf Zulassung/Ermächtigung.

Für die *stationär psychiatrische Versorgung* sollten spezialisierte Behandlungsplätze im Krankenhaus-Psychiatrieplan vorgesehen werden.⁴⁹

Zentren für Inklusive Medizin

Das in Deutschland gewachsene bunte und regional sehr differenzierte System von Behandlungsstrukturen reicht nicht aus, die Umsetzung des *Leitprinzips* „*Leave no one behind*“ der UN-Agenda 2030 in ganz Deutschland zu garantieren. *Vielmehr sind zukünftig Regel- und Spezialangebote als integriertes und aufeinander bezogenes System in jeder Versorgungsregion zu etablieren.*

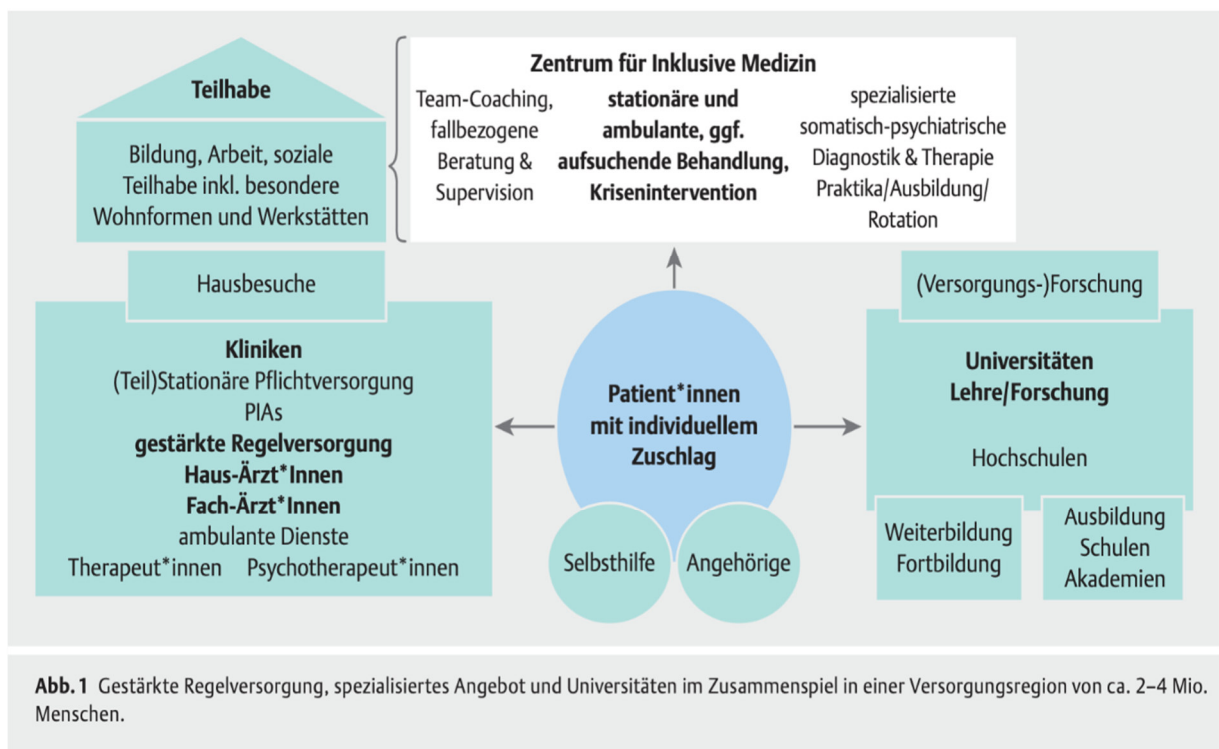
Flächendeckend ist eine Kombination aus Behandlungsangeboten in einem *gestärkten Regelversorgungssystem* und in ambulanten und/oder stationär arbeitenden *Zentren für Inklusive Medizin* für besonders komplexe

⁴⁹ siehe o.g. Gutachten zu dieser Frage

Unterstützungsbedarfe anzustreben. Bei schweren Erkrankungen, komplexen Mehrfachbehinderungen oder schweren Verhaltensauffälligkeiten sollten die spezialisierten Zentren beratend hinzugezogen werden und bedarfsweise auch die Behandlung übernehmen. Da der Personenkreis oft hochirritabel ist, sollte der Kern der spezialisierten Angebotsstruktur sozialraumbezogen arbeitende, mobile Einheiten sein, die erst bei gezielter Indikationsstellung auf die eigenen stationären Einheiten zurückgreifen. Neben den direkt auf den Einzelfall bezogenen Diagnostik-, Therapie- und Beratungsangeboten können diese Teams das Regelversorgungssystem stärken, indem sie Kliniken und Praxen beraten und in die Fort- und Weiterbildung durch Lehr- und Praktikumsangebote integriert werden. Die Anbindung solcher Zentren an universitäre Strukturen ermöglicht die Bearbeitung ggw. offener (Versorgungs-)Forschungsfragen für diese Zielgruppe (siehe folgende Abbildung).

Abbildung 1⁵⁰

Gestärkte Regelversorgung, spezialisiertes Angebot und Universitäten im Zusammenspiel einer Versorgungsregion von ca. 2-4 Mio. Menschen



⁵⁰ aus Sappok & Steinhart (2021). Psychiatr Praxis 2021; 48(03): 115-118. DOI: 10.1055/a-1400-1746. Mit freundlicher Genehmigung des © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

Zentrale Ziele der *Zentren für Inklusive Medizin* könnten sein:

- Abbau von Barrieren im Gesundheitswesen,
- Aufbau eines medizinischen Versorgungsnetzwerks,
- spezialisierte Versorgungsangebote für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen,
- Beratung und Anleitung des medizinischen Regelversorgungssystems und der EGH,
- integrative Bildungsangebote in den Gesundheitsberufen,
- Lehre im Bereich der Medizin, Pflege, Psychologie und div. Therapieschulen,
- Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Supervision und Coaching,
- eine inklusiv ausgerichtete medizinische Leistungsvergütung,
- Versorgungsforschung.

12. Regionale Strukturplanung mit Kooperation und Vernetzung im Sozialraum¹

Vorbemerkung

Die Zahl der Personen, für die Betreuerinnen und Betreuer mit der Genehmigung des Amtsgerichts nach § 1906 BGB freiheitsentziehende Maßnahmen bis hin zur geschlossenen Unterbringung in einer besonderen Wohnform ggf. zusätzlich mit Zimmereinschluss oder Fixierung für bestimmte Zeiten einwilligen, ist in der Praxis nicht nur vom Bedarf des einzelnen Individuums, sondern von vielfältigen anderen Faktoren abhängig. Entscheidend ist u.a. die Verfügbarkeit von intensiven, von personenorientierten Unterstützungsangeboten aus dem Spektrum der Eingliederungshilfe, der psychiatrischen Versorgung und der allgemeinen Angebote des Gesundheitswesens in einer Region. Wie stark die Entscheidungen der Amtsgerichte sich regional unterscheiden², konnte z.B. in einer kleinen Studie in mehreren Amtsgerichtsbezirken in Mecklenburg-Vorpommern aufgezeigt werden³. Entscheidungen für mildere Mittel z.B. nach dem Werdenfelser Weg sind nur dann möglich, wenn das „Handwerkszeug“ für diese milderen Mittel auch vor Ort verfügbar ist. Anwendung von Zwang und die Verfügbarkeit von Alternativen sind *kommunizierende Röhren*. Der erste Blick muss also den verfügbaren Ressourcen in einer Region gelten, die bezogen auf die Aufgabe der Behandlung und Assistenz von Menschen mit intensiven Hilfebedarfen gelten.

12.1 Funktionale Betrachtung

Zu einem Standard der Angebotsgestaltung für Menschen mit Beeinträchtigungen und außergewöhnlichen intensiven Hilfebedarfen in einer Region liegen keine S 3 Leitlinien oder in Deutschland evidenzbasierte Konzepte vor. Die folgenden Ausführungen

¹ Nach einer von Prof. Dr. Ingmar Steinhart unter dem Titel „ein funktionaler Standard als Grundlage regionaler Strukturplanung für Menschen mit Beeinträchtigungen und intensiven Hilfebedarfen“ für die Expertenkommission erstellten Vorlage

² Vgl. auch BAGüS 2021, S. 5ff; BMAS (2021), 3. Teilhabebericht, S. 66; weitere Daten in Kap. 10

³ Jenderny S; Schreiter J.; Steinhart I. (2021)

beziehen sich daher auf den aktuellen „Stand von Wissenschaft, Forschung *und* vor allem der Praxis“ im In- wie Ausland, der sich aus vielfältigen Publikationen wie Praxisberichten herleiten lässt, worauf an dieser Stelle ausdrücklich verzichtet wird.

Funktionales Basismodell

Diese Ausführungen orientieren sich konzeptionell am „Funktionalen Basismodell nach Wienberg & Steinhart 2020“⁴, das leitlinienkonform, evidenzbasiert und ausgerichtet an der UN BRK, einen funktionalen Standard für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in einer Region der psychiatrischen Versorgung definiert. Das Modell hat hohe Zustimmung verschiedener Fachgesellschaften und dient zurzeit dem Land Niedersachsen als fachliche Grundlage zur Ausgestaltung der Gemeindepsychiatrischen Zentren.

Das Modell verzichtet bewusst im ersten Schritt darauf, mit Kennziffern pro Region zu arbeiten, da jede Region sehr unterschiedlich ist

Es plädiert dafür, keine zentrale, z. B. landesweite Vorgabe für die Strukturen zu verabreden, sondern stattdessen *die verpflichtende und überprüfbare Umsetzung der Funktionen* in den ggf. anzupassenden oder aufzubauenden Strukturen vorzugeben, die jeweils vor Ort sinnvoll, umsetzbar und finanzierbar sind. Die *Messlatte für den Standard* ist dann im ersten Schritt die Beantwortung der Fragen: Sind alle Funktionen in der Region vorhanden und werden die Funktionen in Angebote umgesetzt, die möglichst wenig „Zwang“ intendieren? Ein regionales Reporting der freiheitsentziehenden Maßnahmen und dem Stand der „Pflichtversorgung in der Region“ könnte ein Indikator für eine gelingende Umsetzung sein⁵.

Regional verpflichtende Standards

Es gibt jedoch zwei Funktionen, für die verpflichtende Standards auch in Form von „Kapazitäten“ und Angebotsformen festgelegt werden müssen, da sie in jedem Fall vor Ort verfügbar sein müssen:

⁴ Wienberg G.; Steinhart I. (2020); Steinhart I, Wienberg G (Hg): 2017

⁵ Vgl. dazu Empfehlungen zur Monitoringstelle in Kap. 7

1. Spezialisierte Behandlung bis zu 24 Std./Tag

In die Krankenhausplanung des Landes sind für ein Einzugsgebiet von ca. 2-4 Mill Einwohnerinnen und Einwohner eine spezialisierte psychiatrische Abteilung/Station mit 20 – 30 Betten z. T. als StäB-Angebote⁶ „mobilisiert“ inkl. einer gut ausgebauten mobilen (!) Institutsambulanz, möglichst mit mehreren Dependancen im Einzugsgebiet aufzunehmen⁷.

2. Rückzugsorte / Nischen Wohnen (geschlossen) mit intensiver Assistenz

Im Rahmen der Strukturplanung zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages (§ 95 SGB IX) sind geschlossene Wohnangebote und Nischen mit intensiver Assistenz in einer Größenordnung pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner von 10 bis 12 „Wohneinheiten“ für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und 4 bis 6 „Wohneinheiten“ für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen inklusive Sucht in jeder Gebietskörperschaft zu planen⁸. Überregionalen Aufnahmezentren für diese Zielgruppen werden so überflüssig. Dies hat eine deutliche Umgestaltung der Angebotslandschaft zur Folge und im Übergang entsteht so zunächst eine größere Kapazität im Land, die nach Ausbau der regionalen Netzwerke heruntergefahren und an den tatsächlichen Bedarf einer jeden Region angepasst werden sollte.

Alle übrigen „mildereren“ Angebotsstrukturen müssen so passgenau arbeiten bzw. entsprechend aufgebaut werden, dass die unter 1 und 2 geschilderten Kapazitäten ausreichen und langfristig nicht überschritten werden. Einzelfallentscheidungen mit individuellem Leistungsanspruch bleiben davon unbenommen.

⁶ StäB: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

⁷ Sappok T, Steinhart I. (2021) Leave No One Behind

⁸ Mangels aktuell verfügbarer Daten im Rahmen der Sozialplanung des LWL für die Nutzung solcher Angebote und der Nutzenden (u.a. Fremdbelegung außerhalb Westfalen-Lippe, Situation in Pflegeheimen SGB XI, empirisch festgestellter Bedarf etc.) wurde diese Größenordnung aus den aktuell verfügbaren Plätzen (Stand: März 2020, n= 1475 auf 8.3. Mill.) in Westfalen heruntergerechnet, z.T. mit Erfahrungswerten und Analysen in Mecklenburg-Vorpommern für den Bereich der Psychiatrie abgeglichen. Gemeinsam mit dem LWL wird in einer kleinen Studie an einer verbesserten Datenbasis gearbeitet werden. Geschlossene Plätze sind in Westfalen aktuell nicht synchron mit der Bevölkerung verteilt, sondern bestehen z.T. an Orten, wo frühere Anstaltsstandorte lagen, und liegen damit nicht immer dort, wo viele Menschen wohnen. Die Anforderung ist, diese Angebote als Teil einer regionalen Planung zu etablieren, aber integriert in ein funktionierendes regionales Netzwerk von Angeboten nicht freiheitsentziehender Maßnahmen im Sinne der beschriebenen Funktionen.

In überregionalen Qualitätsplattformen z. B. in den Einzugsgebieten der Bezirksregierungen oder auf Landesebene unter Federführung des zuständigen Ministeriums könnten die erreichten Fortschritte der einzelnen Regionen gemeinsam ausgewertet, fachliche und konzeptionelle Weiterentwicklungen diskutiert und konkrete weitere Schritte verabredet werden.

Abb. 1 Funktionales Basismodell 1.0 für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und intensiven Hilfebedarfen



Das funktionale Basismodell für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist auf der Abbildung 1 dargestellt. Die Funktionen sind im Einzelnen in der Tabelle 1 beschrieben. Die Darstellung erfolgt in der Absicht, die Leistungen perspektivisch sozialgesetzbuch- und sektorübergreifend zu erbringen, wohl wissend, dass der Weg bis dahin ein langer ist. Betrachtet man die Beschreibung der Ressourcen in Tabelle 1 wird auch die Zuordnung zu den Sozialgesetzbüchern deutlich.

Tabelle 1
 Funktionales Basismodell
 für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und intensiven Hilfebedarfen
 Beschreibung der Einzelfunktionen

	Funktion	Aktuell mögliche Ressourcen/Angebotsformen
1.	<p>BERATUNG/STEUERUNG auf Personenebene: Niedrigschwellige Beratung, ggf. Früherkennung/-intervention, Intervention bei/mit Angehörigen, ggf. mit kurzfristiger Krisenintervention. Spezialisiertes Assessment, Spezialisierte integrierte Genesungs-/Teilhabeplanung unter Einbindung eines Expertenteams und Evaluation des Leistungsgeschehens, personenbezogene Koordination und Erbringung der Leistungen „wie aus einer Hand“ bei längerfristiger personeller und inhaltlicher Kontinuität.</p>	<p>Unabhängige Teilhabeberatung, Niedergelassene (Fach-)Ärzte, MZEB, ÖGD, Sozialpsychiatrische Dienste, (Beratungs-)Dienste des Sozialamtes oder des LWL Behandlungs- und Teilhabeplanungen der Leistungsträger, ggf. spezialisierte Teilhabekonferenzen mit Expertenbeteiligung, Koordinierende Bezugsperson, Case Management</p>
2.	<p>BEHANDLUNG: Spezialisierte ambulante, multiprofessionelle, bei Bedarf mobile und aufsuchende sowie nachgehende Behandlung einschließlich der Möglichkeit zur Krisenintervention 24 Stunden/7 Tage.</p>	<p>Perspektivisch: MZEB, ambulante Komplexbehandlung, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Medizinische Versorgungszentren (MVZ), niedergelassene Fachärzte in Verbindung mit weiteren Professionen wie z. B. ambulanter psychiatrischer Pflege und/oder Soziotherapie, Ergotherapie, Leistungen im Rahmen von Krankenhausbudgets (§ 64 SGB V), IV-Verträge, Sozialpsychiatrische Dienste, Stationsäquivalente Behandlung (STäB).</p>
3.	<p>ASSISTENZ zur Alltagsgestaltung: Ambulant, multiprofessionell, mobil, aufsuchend, bei Bedarf nachgehend, im Einzelfall mit hohem Intensitätsgrad. Alle Leistungen zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags, einschließlich der Tagesstrukturierung und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie der Vorbeugung und Bewältigung von psychosozialen Krisen, mit Unterstützungssicherheit 24 Std./7 Tage.</p>	<p>Unterstütztes Wohnen in der eigenen Wohnung, in Wohngruppen, in einer besonderen Wohnform(offen/geschlossen), hochintensive individualisierte Assistenz in der eigenen Wohnung oder in einer „Nische“, in Gastfamilien, ambulante psychiatrische Pflege, ambulante häusliche Pflege, Tagesgestaltende Angebote Kontakt- und Begegnungsstätten.</p>
4.	<p>Rückzugsort („Nische“): Orte im Sozialraum, die eine individualisierte Lebensgestaltung ggf. unter geschlossenen Bedingungen als (befristete) geschützte Wohnsituation mit hoch individualisierter</p>	<p>Anbau an bestehende Einrichtung Umgebaute Wohneinheit(en) eines bestehenden Angebots Tiny House Wohncontainer</p>

	Unterstützung/Behandlung ohne soziale Isolierung ermöglicht.	Sonstige Nischen-Wohneinheiten
5.	Peer-Arbeit: Verbindliche Einbeziehung von Peers als Experten aus Erfahrung in die Beratung, Behandlung und Assistenz.	Erfahrene Menschen, die in einer Ko-produktiven Ausbildung Beratungs- und Assistenzkompetenzen erworben haben.
6.	Angehörigen-Arbeit: Verbindliche Einbeziehung von Angehörigen als Mitbetroffene und mögliche Ressource in die Behandlung und Assistenz	Angehörigenselbsthilfe, Angehörigengruppen (professionell angeleitet), Angehörigen-Visiten, Psychoedukation
7.	Externe Expertise (Konsulentenarbeit): Externe Beratung insbesondere mit dem Ziel der Reduktion fremdaggressiven Verhaltens in qualitativer und quantitativer Ausprägung und Ermöglichung einer Neuorientierung in festgefahrenen Situationen.	Institut für Konsulentenarbeit Überregional arbeitendes Team mit entsprechender Expertise
8.	Sozialraumarbeit: Fallunspezifische Maßnahmen, um die vorhandenen sozialen Ressourcen einer Gemeinde/eines Quartiers zu nutzen, zu stärken und für Menschen mit intensiven Hilfebedarfen zu öffnen.	Community Networking, Quartiersmanagement, Nachbarschaftszentren, Hausgemeinschaften
9.	Präventionsarbeit: Fallunspezifische Maßnahmen der universellen Prävention, die sich an die Bevölkerung eines Sozialraums oder Teile davon richten, um Kenntnisse über und den Umgang mit psychischen Krisen/Erkrankungen auch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu verbessern.	Informations-, Aufklärungs- und Antistigma-Kampagnen, Projekte in Schulen, Tage der offenen Tür, Teilnahme an Straßen-, Gemeinde- und Quartiersfesten, spezifische Kunst- und Kulturangebote
10.	Gesundheitsförderung: Indizierte verhaltenspräventive Interventionen mit dem Ziel der Stärkung der körperlichen und psychischen Gesundheit: - durch Förderung eines gesund erhaltenden Lebensstils und zur Prävention von somatischen Erkrankungen - durch Förderung eines konstruktiven Umgangs mit der psychischen Erkrankung (psychoedukativ und Recovery-orientiert).	Entwicklung geeigneter Maßnahmen, ggf. i. d. R. manualisierte Gruppen-/Einzelinterventionen.
11.	(Akut-)Psychotherapie:	PIA,

	Niedrigschwellige Angebote von individueller ambulanter auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zugeschnittener Psychotherapie, bei denen eine komplexe, intensive, multiprofessionelle Behandlung weder ambulant noch (teil-)stationär erforderlich ist. Angebote müssen ohne längere Wartezeiten verfügbar sein.	MVZ, ggf. MZEB psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung bei spezialisierten niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten mit Spezialwissen.
12.	Behandlung komplex, intensiv bis zu 24 Stunden/Tag: Stationäre komplexe und intensive-Behandlung in einem geschützten/schützenden (Krankenhaus)Milieu für Personen, bei denen die ambulante, multiprofessionelle Komplexbehandlung nicht erfolversprechend bzw. nicht gewünscht ist in einer spezialisierten Einheit bzw. Zentrum.	Spezialisierten Stationen in Psychiatrischen Abteilungen mit Pflichtversorgungsauftrag Spezialisierte Zentren für Inklusive Medizin Einzugsgebiet 2-4 Mill. Einwohnerinnen und Einwohner Dezentralisierte spezialisierte regionale „ambulante“ Angebote durch StäB oder PIA mit hoher Frequenz.
13.	Teilhabe Bildung: Unterstützende Beratung und Begleitung von insbesondere jungen Erwachsenen beim Erwerb von schulischen und beruflichen Bildungsabschlüssen Supported Education	Berufsbildungswerke (BBW), Spezialisierte Berufskollegs, Angebote von BA/Jobcenter und/oder Kommunen, z.B. Jugendservice mit spezialisierter Ausrichtung auf die Zielgruppe, rehapro-Modelle
14.	Teilhabe Arbeit: Leistungen, um die Erwerbsfähigkeit entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und die Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.	ambulante Ergotherapie, Berufsförderungswerke (BFW), Arbeitstrainingbereich Werkstätten für behinderte Menschen, Arbeitsbereich WfBM, Tagesförderstätten, Integrationsfirmen, Integrierte Arbeitsplätze (Andere Anbieter).
15.	Regionale Koordination und Steuerung Systemebene: Alle Aktivitäten und Strukturen zur systembezogenen Koordination, Vernetzung und Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsangebote für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	Teilauftrag jeweils der Psychiatrie-Koordination, Sozial- und Gesundheitsplanung Regionale Koordinationsgremien, Regionale Planungs-/Steuerungsrounden Strukturplanung der Leistungsträger Krankenhaus-/Psychiatrieplanung Land/regional.
16.	Regionale Sozialberichterstattung: Schaffung und fortlaufende Pflege der Grundlagen für die regionale Analyse und	Regional einheitliche, Indikatoren gestützte Basisdokumentation, standardisierte Jahresberichte von Leistungsanbietern,

	<p>Entwicklung der Unterstützungslandschaft anhand definierter Indikatoren, insbesondere der Anzahl der FEM-Maßnahmen, Kooperation mit den Amtsgerichten</p>	<p>Auswertung der (spezialisierten) Teilhabekonferenzen Daten von Amtsgerichten, Leistungsträgern auf kommunaler und Länderebene, gezielte Evaluations- und Versorgungsforschungsprojekte in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Instituten.</p>
--	--	---

12.2 Herausforderungen an die Ausgestaltung

Folgende 10 Anforderungen zur Ausgestaltung der Funktionen sind aus den bisherigen Erfahrungen in der Praxis ausreichend belegt:

1. *Kern der drei zentralen Funktionen Beratung und Steuerung, ambulante Behandlung und Assistenz* ist die Umsetzung wirksam arbeitender ambulanter Interventionen. Eine Vielzahl von Aufnahmen in geschlossene Wohngruppen erfolgt aus der Häuslichkeit, in der vorher oftmals keine spezialisierten Angebote tätig waren. Internationale Erfahrungen z. B. aus Norwegen oder Großbritannien zeigen, dass *ambulant arbeitende Teams multiprofessionell*, d. h. in Deutschland aus möglichst SGB-übergreifenden Arbeitsbereichen (SGB V und SGB IX) zusammengesetzt sein sollten. Die Funktionen 2 und 3 ggf. mit 1 sind also integriert – wie aus einer Hand – zu erbringen. Hierfür müssen in der jeweiligen Region neue Anbieter- oder Kooperationsstrukturen entstehen, um ein solch spezialisiertes Team zu installieren. Im Leistungskatalog des GBA ist gerade die Richtlinie *KSVPsych-RL* aufgenommen, die Möglichkeiten andeutet, wie perspektivisch solche Kooperationsstrukturen zumindest im SGB V-Bereich zu gestalten wären.⁹ Auch die Umsetzung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB) erlaubt die Einbeziehung weiterer Anbieter aus der Region. So erfolgt auch die Erschließung von weiteren passgenauen Hilfen wie z. B. von intensiveren Behandlungs- oder Assistenzstrukturen

⁹ Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA): Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL), 02.09.2021

(Klinik/besondere Wohnform) vorzugsweise in Verbindung mit einer Intervention aus dem ambulanten Setting bzw. erst *nach* Assessment durch ein ambulant arbeitendes Team.

2. *Individualisierte Ausgestaltung* eines Angebotes geht vor gruppenbezogenen Konzepten, ohne hierbei eine „Isolierung“ einzelner Personen herbeizuführen. Statt einem Gruppenzwang in einer Einrichtung gilt es, die Individualität einer Wohnsituation inklusive „möglicher Absonderung“ ebenso zu ermöglichen, wie „soziale Kontakte und Gemeinschaftserleben“.¹⁰

3. *Klein und nach individuellem Bedarf* zugeschnittene Einzelwohneinheiten (Apartments), max. 4 Apartments, ggf. 2x4 Apartments in baulicher Einheit. Die Konversion bestehender 24er-Angebote sollte zügig begonnen werden, im Sinne der Verkleinerung der „geschlossenen Bereiche“.

4. *Ein regionales Angebot* geht vor „Angebotsplanung über Gebietskörperschaften hinweg,“ ohne das Selbstbestimmungsrecht zu verletzen. In jeder Region/Gebietskörperschaft sollte es ein Angebot für Menschen mit intensiven Hilfebedarfen geben (fakultativ geschlossenes Angebot, siehe oben) mit *Pflicht zur Aufnahme von Menschen aus der Region*. Dies schränkt das Wunsch und Wahlrecht der einzelnen Person nicht ein.

Der oben genannte Richtwert in einer Größenordnung pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner von 10 bis 12 „Wohneinheiten“ für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und 4 bis 6 „Wohneinheiten“ für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen inklusive Sucht gilt in Abhängigkeit von den qualitativ in der Region festgestellten individuellen Hilfebedarfen und kann nur der Ausgangspunkt für die Diskussion um die passfähige Angebotsgestaltung einer Region sein.

Öffnungsperspektive: Bei jedem fakultativ geschlossenen Wohnplatz sollte die Herausforderung sein, diesen alsbald zu öffnen bzw. den dort lebenden Personen ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen außerhalb eines geschlossenen Settings z. B. in intensiv unterstützten Wohnformen zu ermöglichen. Auch das ist im Einzelfall nicht immer oder nicht kurzfristig umzusetzen, muss aber stets das Ziel sein und bleiben.

¹⁰ Zu den Punkten 2, 3 und 4 siehe auch die Empfehlungen der Kommission zu individualisierten Wohnkonzepten und regionalisierten Angebotsstrukturen in Kap. 10

5. *Um der Pflichtversorgung nachzukommen, sollte die Refinanzierung der Angebote in Abhängigkeit von den Bedarfen des Einzelnen unverzüglich gesichert sein, z. B. für ein eigenes Team mit Zuständigkeit nur für eine Person und ggf. ein zusätzlicher Sicherheitsdienst im Übergang für Assistenz-Angebote, gleiches gilt für eine ausreichend finanzierte spezialisierte und intensive psychiatrische Behandlung.*

6. Zu empfehlen ist zur verbindlichen Sicherung der Pflichtversorgung die Erprobung *neuer Refinanzierungsformen der Angebotsstruktur*, wie es sich z.B. im § 64 b SGB V im Rahmen eines Krankhaushaushalts bewährt hat:

- a. *die kleinen Bereiche mit geschlossenen Wohneinheiten und die Nischen wären von der klassischen über den Einzelfall bzw. die Belegung gesteuerten Finanzierungsform abzukoppeln und als verbindliche Strukturkomponenten einer Region mit einer „Grundausstattung“ im Rahmen einer Budgetlösung¹¹ zu versehen. Damit kann dann auch eine „Wohneinheit“, die aktuell nicht benötigt wird, zeitweise „leer“ stehen, bis sie wieder benötigt wird. Der Anbieter hat dann nicht den Zwang ggf. überregional nach einer geeigneten Person für das Angebot zu suchen. klassische Steuerungsanreize sollten hier überprüft werden.*
- b. *Um die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Intensitäten der Assistenz leichter gewährleisten zu können – sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch der Anbieter – sollte in diese Budgetlösung ebenfalls offene Assistenzangebote im Rahmen eines Trägerbudgets integriert werden. Das könnte ein Anreiz sein, damit geschlossene Wohneinheiten/Nischen immer wieder „freigezogen“ werden.*

7. *Eine Verpflichtung zur Aufnahme kann nur umgesetzt werden, wenn die klinischen Behandlungsbereiche und die Assistenzangebote, für den Einzelfall „Hand in Hand“ arbeiten und sie die Versorgungsverpflichtung gemeinsam im Rahmen einer integrierten Behandlungs- und Teilhabeplanung wahrnehmen.*

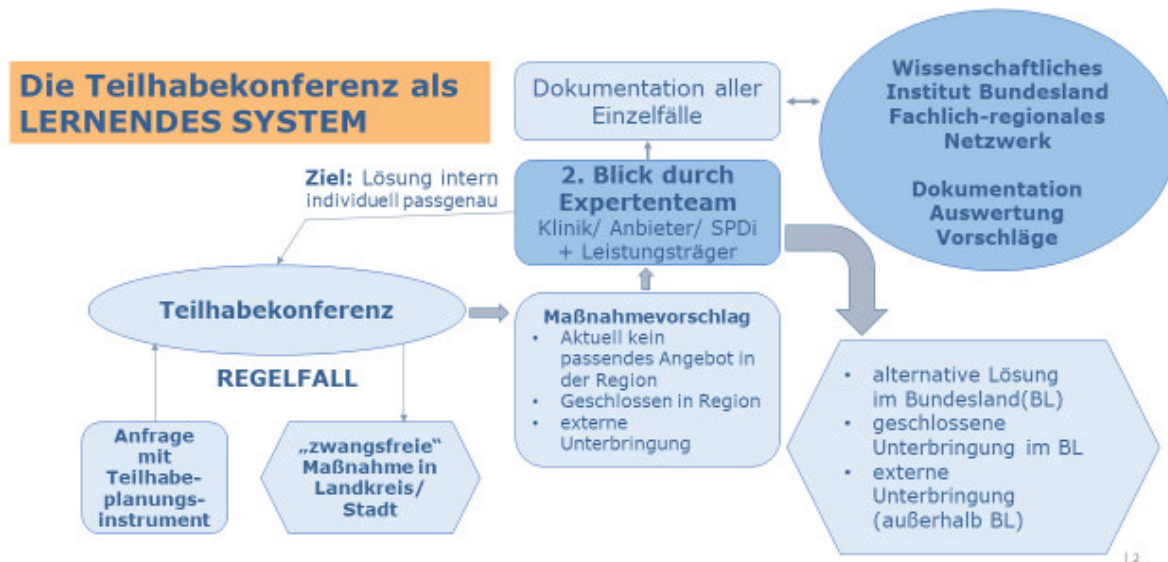
Für die psychiatrischen Kliniken ist die Aufnahmepflicht im Zuständigkeitsbereich geregelt. Anders im Bereich der Eingliederungshilfe: Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz auf diese Probleme der Versorgung reagiert und im § 123 Abs. 4 SGB IX eine Aufnahmeverpflichtung für die Leistungserbringer der

¹¹ Nicht zu verwechseln mit einem Regionalbudget oder Sozialraumbudget

Eingliederungshilfe formuliert. Dieser Lösungsversuch geht jedoch fehl und führt zu kontraproduktiven Entwicklungen. Zum einen führt die mögliche Verpflichtung eines einzelnen Leistungserbringers zu Gegenreaktionen (Definition von Ausschlusskriterien, damit die Organisation nicht überfordert wird), zum anderen kann ein Leistungsträger nicht die Aufnahme erzwingen, wenn alle „Plätze belegt“ sind. Auch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz hat sich hier als möglicher Hemmschuh gezeigt. Leistungserbringer können sich nur noch in seltenen Fällen von Klient*innen trennen und vermeiden daher umso gezielter die Aufnahme von Menschen, bei denen Probleme zu erwarten sind.

Die Vorgaben des § 36 SGB IX für alle Rehabilitationsträger und die Bundesregierung sowie der §§ 94 Abs. 3 und 95 SGB IX für die Träger der Eingliederungshilfe und die Landesregierungen, auf ein bedarfsdeckendes Angebot an Leistungserbringern hinzuwirken, werden nicht wahrnehmbar umgesetzt und reichen nicht aus¹².

Abb. 2 Empfehlung zur Einführung eines Verfahrens bei geschlossener/ externer Unterbringung in besonderen Wohnformen oder bei keinem passenden/ verfügbaren Angebot in der Region



Basis der Kooperation zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region sollte eine integrierte Teilhabe- und Behandlungsplanung sein, die bisher so weder im SGB V noch im SGB IX verpflichtend vorgesehen ist. Initiative beim Bund (BMG und BMAS)

¹² Lösungsvorschläge siehe: Positionspapier der BAG Gemeindepsychiatrischer Verbände zur Förderung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung von Leistungserbringern für Menschen mit seelischen Behinderungen (Stand 26.11.2021)

und ggf. den Leistungsträgern (hier als freiwillige Selbstverpflichtung) sind daher erforderlich).

8. Für Menschen mit intensiven Hilfebedarfen und einer drohenden geschlossenen Unterbringung sollten *spezialisierte Teilhabekonferenzen, möglichst vor der Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen* eingerichtet werden, zu deren Teilnahme spezialisierte Fachkräfte aus Psychiatrie und Eingliederungshilfe verpflichtend gehören müssen. Der in *Abb. 2* dargestellte Verfahrensvorschlag verfolgt den Grundgedanken der Teilhabekonferenz und der gesamten Region als lernendes System. Kann im Rahmen der regulären Bedarfsermittlung und Leistungsplanung z. B. mit BEI NRW, kein zwangsfreies Angebot in der Region gemacht werden, wird ergänzend ein Expertenteam eingeschaltet, das sich aus psychiatrischen Profis u. a. des zuständigen Behandlungszentrums und/oder des MZEB, der Anbieter von spezialisierten Assistenzleistungen, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Leistungsträgers zusammensetzt. Das Ziel des Expertenteams besteht in der Erarbeitung individueller, passgenauer Lösungen für die bislang gescheiterten regionalen Integrationsversuche, die der Teilhabekonferenz als Vorschlag unterbreitet werden. Unabhängig davon, ob das Expertenteam zu einer alternativen Lösung gelangt oder nicht, werden sämtliche Einzelfälle z. B. durch die regionale Sozialberichterstattung oder ein wissenschaftliches Institut dokumentiert. Indem die Einzelfälle mit ihren Vorgeschichten und beschlossenen Lösungen erfasst werden, können Gemeinsamkeiten sowie positive und negative Erfahrungen herausgearbeitet werden, von denen die Teilhabekonferenz bei künftigen Fällen im Sinne eines „Lernenden Systems“ profitieren kann.

9. In *spezialisierten Angeboten insbesondere mit Freiheitsentziehenden Maßnahmen sollten hochqualifizierte und –motivierte Mitarbeitende arbeiten*, möglichst mit langjähriger Erfahrung in diesem Arbeitsfeld. Sie sollten neben ihrer Grundqualifikation und ihren therapeutischen Zusatzqualifikationen hochtrainiert in Interventions- und Gewaltpräventionstechniken sein. Die Bezahlung (tarifliche Eingruppierung) muss überdurchschnittlich und der Aufgabe angemessen sein.

10. In jeder Region benötigt es eine *personalisierte „Kümmerer-Funktion“ für die Strukturplanung vor Ort*. Diese Aufgabe kann bei der regionalen Psychiatrie-/Sozial-

oder Gesundheitsplanung angesiedelt sein und erfolgt in enger Abstimmung mit der Sozialplanung der Landschaftsverbände.

12.3 Zukunft gestalten - Best Practice wagen

Alle oben genannten Anforderungen sind in irgendeiner Form an irgendeinem Ort in Deutschland oder international schon einmal umgesetzt worden. Eine konsequente Ausrichtung an der Ausgestaltung des Funktionalen Basismodell und der Umsetzung der genannten 10 Anforderungen existiert in Deutschland nach unserem Kenntnisstand in keiner Region für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Empfehlung: Erprobung in 4 Regionen in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen könnten in 4 Regionen (zwei im Rheinland und zwei in Westfalen) mit der Etablierung von Best Practice Modellen begonnen werden. Voraussetzung wäre die Bereitschaft der Kommunen, der Krankenkassen und des Leistungsträgers der Eingliederungshilfe, mit Unterstützung und Begleitung des Landes einen entsprechend leistungsfähigen und spezialisierten SGB V Bereich ebenso zu schaffen, wie neu strukturierte Eingliederungshilfe-Angebote, die dann im o. b. Sinne eng abgestimmt miteinander kooperieren.

13. Handlungsempfehlungen

Handlungsfeld	Empfehlungen	Verantwortlich
Kap. 5 Datenlage Forschung	Forschungsaufträge und kontinuierliche Datenerhebung <ul style="list-style-type: none"> - Forschungsauftrag zur Ermittlung grundlegender Daten zur Lebens-, Wohn- und Beschäftigungssituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten - Evaluierung von Angebotsstrukturen und Fachkonzepten hinsichtlich ihrer menschenrechtlichen Standards und Wirksamkeit zur Reduzierung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen - Entwicklung regionaler Bedarfszahlen für intensive Unterstützungsbedarfe bei kognitiver Beeinträchtigung - Regelmäßige Datenerhebung zu gerichtlichen Betreuungsverfahren, Bewilligungen und Durchführung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen 	<p>Land Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer EGH</p> <p>Justizministerien Bund und NRW Betreuungsgerichte Leistungsträger Leistungserbringer</p>
Kap. 6 Gewaltschutz im WTG	1. Fachliche Qualifizierung der Aufsichtsbehörden zum WTG <ul style="list-style-type: none"> - Konzeptionelle Ausrichtung der Prüftätigkeiten auf den Gewaltschutz - Personalfortbildungen der WTG-Behörden zum Gewaltschutz - Erarbeitung eines landeseinheitlichen Überwachungskonzeptes zum Gewaltschutz, das unter anderem beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> o konsequente Berücksichtigung des Gewaltschutzes bei Regelprüfungen o Erstellung einheitlicher Prüfkonzepte und konkreter Arbeitshilfen der WTG-Behörden o regelmäßige Überprüfung des Vorliegens von wirksamen Gewaltschutzkonzepten und Beschwerdeverfahren sowie ihrer tatsächlichen Umsetzung in der Einrichtung o statistische Dokumentation gemeldeter Gewaltvorfälle im eigenen Zuständigkeitsbereich 	<p>Land</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Überprüfung von Nachweisen über Mitarbeitenden-Schulungen zum Gewaltschutz ○ Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzer, Angehörigen und Beschäftigten in die Regelprüfungen - Förderung des fachlichen Austauschs der WTG-Behörden zum Gewaltschutz z.B. durch Arbeitsgemeinschaften - Sicherstellen einer angemessenen, einheitlichen Personalausstattung der WTG Behörden - Generelle Veröffentlichungspflicht der Prüfberichte der Einrichtungen. 	
	<p>2. Das Wohn- und Teilhabegesetz um Gewaltschutzvorkehrungen ergänzen</p> <p><i>Bereits aufgenommen in WTG-Entwurf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - die stärkere Ausrichtung der Regelungen auf die Gewaltprävention - die Regelungen zur Verbesserung und Verdichtung der landeseinheitlichen Prüfungen (gemeinsame Prüfungen der WTG-Behörden mit den Bezirksregierungen, auch „Über-Kreuz-Prüfungen) - Regelungen zur besseren Kontrolle der WTG-Behörden - die stärkere Ausrichtung der Regelprüfungen auf den Gewaltschutz - die Vorgaben zur Erstellung von Gewaltschutzkonzepten, unter Beteiligung der Interessenvertretungen der Nutzerinnen und Nutzer - die Vereinbarung landeseinheitlicher Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der WTG-Behörden und der Aufsichtsbehörden - die Ausweitung von Teilen des Anwendungsbereiches auf die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) - die Einrichtung einer zentralen Monitoring- und Beschwerdestelle zur Gewaltprävention. <p><i>Weitergehende Empfehlungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Meldepflicht besonderer Vorkommnisse an die Aufsichtsbehörde - Verpflichtender Hinweis auf externe, trägerneutrale Beschwerde- und Beratungsangebote 	<p>Land</p> <p>z. T. bereits im Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes aufgenommen</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Meldepflicht von Freiheitsentziehenden Maßnahmen an die Monitoring- und Beschwerdestelle - Frauenbeauftragte in Wohneinrichtungen. 	
	<p>3. Gesamtstrategie zum Gewaltschutz in der Eingliederungshilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menschen mit Behinderungen konsequent als Rechtsträgerinnen und Rechtsträger begreifen - sie über ihre Rechte aufzuklären - demokratische Strukturen in Einrichtungen verankern - Angebote grundsätzlich auf die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens und dem Schutz der Würde und Rechte der Bewohnerinnen und Bewohnern ausrichten - externe Beratung- und Unterstützungssysteme barrierefrei ausbauen, sie zugänglich und nutzbar machen - Die bundesgesetzlichen Verpflichtungen in § 37a SGB IX zum Gewaltschutz wirksam umzusetzen; dazu haben die Leistungserbringer geeignete Maßnahmen zu treffen; die Leistungsträger, insbesondere die beiden Landschaftsverbände, haben darauf hinzuwirken, dass der gesetzliche Auftrag umgesetzt wird. 	<p>Land Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer EGH</p>
Kap. 7 Schutz und Hilfe	<p>1. Einrichtung einer landeszentralen Monitoring- und Beschwerdestelle zur Gewaltprävention, Beobachtung und Beratung, im Zusammenhang mit FEM mit den Aufgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung geeigneter Informationen - Entgegennahme, Auswertung und Berichterstattung - Beratung und Unterstützung der kommunalen Ombudspersonen und - die Entgegennahme von Beschwerden 	<p>Land In Entwurf des Gesetzes zur Änderung des Wohn- und Teilhabegesetzes aufgenommen</p>
	<p>2. Meldepflicht von FEM an die Monitoring- und Beschwerdestelle verankern</p>	<p>Leistungserbringer EGH WTG Behörden</p>
	<p>3. Pro-aktive und aufsuchende Schutzangebote verankern</p> <ul style="list-style-type: none"> - z.B. in Form von Besuchskommissionen schaffen und gesetzlich. 	<p>Land</p>

Kap. 8 Betreuungsrecht – Kooperation und Qualifizierung	1. Fortbildung und Qualifizierung <ul style="list-style-type: none"> - Informationsmaterialien für Betreuer und Betreuerinnen zur Verfügung stellen - Umfassende Fortbildung über die Rechte und Pflichten von Betreuer und Betreuerinnen in allen Einrichtungen nach dem WTG - Fortbildung und Empowerment der Nutzerinnen und Nutzer - Fortbildung der Fallmanagerinnen Fallmanager der Leistungsträger zur Schnittstelle rechtliche Betreuung - Eingliederungshilfe - verpflichtende Fortbildungen für Richterinnen und Richter zu Unterbringungen und FEM - Qualifizierung von Verfahrenspflegerinnen und -pfleger entsprechend des Werdenfelser Wegs. 	Land
	2. Angebote der Betreuungsvereine für ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer im Zusammenhang mit FEM fördern	Land
	3. Erreichbarkeit der Betreuungsgerichte, bzw. des richterlichen Eildienstes sicherstellen	Land
	4. Kooperation und Meldepflichten <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit von Betreuungsbehörden und WTG- Behörden durch regelmäßige Beteiligung an Betreuungsverfahren sicherstellen - Meldepflicht von FEM durch Betreuer und Einrichtung an WTG-Behörde und Träger den Eingliederungshilfe - Unterrichtungspflicht der Gerichte bei angezeigten Mängeln in Einrichtungen der EGH einführen. 	Land
	5. Schutz von Betroffenen <ul style="list-style-type: none"> - Gewaltschutzprävention auch für Menschen, die <u>nicht</u> in besonderen Wohnformen/Einrichtungen leben - Anforderungen an Freiwilligkeitsvereinbarungen für FEM schärfen - Das Unterlaufen der Schutzrechte von Menschen mit kognitiven Einschränkungen und auffälligen Verhalten durch das Ausweichen auf Unterbringungen nach dem PsychKG NRW verhindern 	Land

	<ul style="list-style-type: none"> - Beteiligung von Betreuerinnen, Betreuer und Bevollmächtigten mit entsprechendem Aufgabenkreis am gerichtlichen Verfahren nach dem PsychKG NRW. 	
	<p>6. Vermeidung von Interessenskollision</p> <ul style="list-style-type: none"> - durch Begrenzung der Anzahl der Betreuungen von Menschen, die in der gleichen Einrichtung leben. - 	Justizministerium Betreuungsgerichte
	<p>7. Defizite bei der Formulierung von Unterbringungsbeschlüssen beseitigen (§ 323 FamFG)</p>	Bundesgesetzgeber
	<p>8. Datenlage und Forschung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datenlage zu betreuungsgerichtlichen Maßnahmen und Entscheidungen verbessern. 	Bund
<p>Kap. 9 Konsulentendienste als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke</p>	<p>Aufbau von Konsulentendiensten als regionale Beratungs- und Kompetenznetzwerke in ganz NRW</p> <ul style="list-style-type: none"> - in gemeinsamer Trägerschaft und Finanzierung durch Land, Landschaftsverbände als Leistungsträger der Eingliederungshilfe und Freie Wohlfahrtspflege - in Verbindung mit einer landesweiten Kompetenzstelle zum Gewaltschutz in NRW - qualifizierte Beratung von Menschen mit Behinderung, Angehörigen und Bezugspersonen in Diensten und Einrichtungen - Erarbeitung einer gemeinsamen Problemanalyse sowie gemeinsamer Zielsetzungen und konkreter Maßnahmen - Unterstützung von Klientinnen und Klienten im Gesamtplanverfahren bei personenzentrierter Bedarfsermittlung und Leistungsbeantragung - interdisziplinäre Vernetzung von Expertise, Diensten und Fachkräften. 	Land Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Freie Wohlfahrtspflege
<p>Kap. 10 Geeignete Angebotsstrukturen für Menschen mit herausforderndem Verhalten in der Eingliederungshilfe schaffen</p>	<p>1. Erweiterte personenzentrierte Bedarfsermittlung und Leistungsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weiterentwicklung der Bedarfsermittlungsinstrumente im Hinblick auf intensive Unterstützungsbedarfe - erweitertes Gesamtplanverfahren, d.h. Beteiligung einer Vertrauensperson, von unterstützenden Fachkräften (Wohneinrichtung, WfbM, psychiatrische 	Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer EGH

	<p>Dienste), dem Konsulentendienst, mit einer obligatorischen Gesamtplankonferenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - konsequente Nutzung des Teilhabeplanverfahrens durch Leistungsträger der Eingliederungshilfe zur Heranziehung weiterer Leistungsträger, insbesondere für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen, z.B. MZEB - Gewalterfahrungen, Reduzierung von FEM mit interdisziplinären Handlungsbedarfen sind Gegenstand der Gesamt-/Teilhabeplanung - Individuelles Teilhabemanagement des Leistungserbringers zur Sicherung transparenter und klarer Verantwortlichkeiten für Leistungserbringung und Evaluation . 	
	<p>2. Regionale Angebotsstruktur erweitern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufbau regionaler kleinstrukturierter Wohnformen mit intensivem Unterstützungskonzept - Konkrete Planung zur Konversion überregionaler Betreuungsangebote für komplexe Unterstützungsbedarfe in regionale Angebote - Sicherstellung intensiv betreuter Wohnplätze regional in allen Gebietskörperschaften gemäß Sicherstellungsauftrag durch Leistungsträger - Übernahme erhöhter Leistungen für den Wohnraum auf Grundlage der tatsächlichen Kosten - Individuelle angepasste Beschäftigungsangebote zur Sicherstellung einer arbeitsweltbezogenen Teilhabe im Zwei-Milieu-Prinzip. 	<p>Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer EGH</p>
	<p>3. Bauliche Gestaltung umstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Umstellung vom Gruppen- auf das Apartmentprinzip: individuelle Wohnungen für Einzelwohnen, Paarwohnen oder für kleine Wohngemeinschaften - maximal vier Apartments an einem Standort, in einem solitären Baukörper oder in einem separaten Gebäudeteil - Erhöhte Anforderungen für individuellen Wohnbereich: Wohnfläche 40-45qm, eigener Wohn-/ Essbereich, Möglichkeit individueller Anpassung - zusätzliche bauliche Anforderungen: Stabilität von Türen, VSG-Verglasung, 	<p>Land Leistungsträger (Landschaftsverbände) Leistungserbringer</p>

	<p>Fußböden, Wände, Schallschutz, Elektrosicherheit usw.</p> <ul style="list-style-type: none"> - zusätzliche technische Anforderungen: Assistive Technik, Brandschutz, Notrufsystem, Fluchtwege usw. - Geschützte, individuell zugängliche Gartenbereiche - Anpassung der Richtlinien für Investitions- und Betriebskosten, zur Schaffung empfohlener Wohnmöglichkeiten; verkürzte Nutzungsdauer (30 Jahre) einkalkulieren - Anerkennung der erforderlichen Flächen für individuell und gemeinschaftlich genutzten Wohnraum, Gartenflächen, außerdem ggf. weiterer, nach individuellem Bedarf notwendiger Funktionen und Flächen - Anpassung der Wohnungs(bau)förderung hinsichtlich Förderung und Darlehen zur Schaffung empfohlener Wohnmöglichkeiten. 	
	<p>4. Qualifiziertes Fachkonzept für Wohnsetting mit intensiver Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primär qualifizierte Unterstützung für kognitiv beeinträchtigte Menschen mit herausforderndem Verhalten in allen <u>regulären</u> Wohnformen mit entsprechender Qualifizierung von Beschäftigten und Diensten - Fachkonzept für Intensiv unterstütztes Wohnen als Teil einer regionalen Angebotsstruktur - Achtung von Menschenrechten und Teilhabestandards als Basis - Qualifizierte Assistenz und multiprofessionelle Handlungsansätze - Interne Qualitätssicherung zum Gewaltschutz zur Vermeidung von Fremdbestimmung, Machtmissbrauch und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen - Gewaltpräventionskonzepte zur Prävention und Deeskalation konflikt- und gewaltträchtiger Situationen sowie zur Vermeidung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen; diese sind kontinuierlich zu thematisieren, zu evaluieren und ggf. zu optimieren - Freiheitsbeschränkende Maßnahmen als ultima ratio und unter strikter Beachtung der Rechte der betroffenen Nutzerinnen und Nutzer - personelle Unterstützung 24/7 bedarfsgerecht sichern mit 	<p>Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer</p>

	<p>kostendeckender Leistungsvereinbarung für qualifizierte Assistenz sowie für Qualifizierung, Supervision, fallbezogene Beratung und Gewaltschutz.</p>	
	<p>5. Unterstützung und Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> - hohe fachliche (heil-)pädagogische bzw. therapeutische Grundqualifikation - Zusatz- und Weiterbildungen, insbesondere für Beratungs- und Multiplikatorenfunktionen - verbindliches Fortbildungskonzept mit kontinuierlicher Schulung und Fortbildung für alle Mitarbeitenden (Haltungen, Handlungsansätze, Methoden) - verbindliche Schulung mit praktischen Übungen zu Haltung, Techniken und Methoden der Prävention und Deeskalation von Gewalt- und Konfliktsituationen im Rahmen des Fachkonzepts Gewaltprävention - verbindliche Schulung und Reflexion der Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen im Rahmen des entsprechenden Fachkonzepts - Einführungskonzept und Coaching für neue Mitarbeitende - Kontinuierliche Supervision - Unterstützung von Mitarbeitenden bei Gewalt- und Konflikterfahrungen im Rahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes mit Gefährdungsbeurteilung und Vereinbarung von Maßnahmen - betriebliche Nachsorge für Mitarbeitende und Vermittlung therapeutischer Angebote in Kooperation mit Trägern der Unfallversicherung. 	<p>Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer EGH</p>
	<p>6. Unterstützung durch regionale Dienste, Kooperation und Vernetzung im Sozialraum sichern</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wohnangebote in ein regionales interdisziplinäres Unterstützungssetting einzubinden (Verbund, Netzwerk) - Regionale Verbundlösungen mit Wahlmöglichkeiten unterschiedlicher Wohn- und Unterstützungssettings - Möglichkeiten zur Inanspruchnahme institutionsunabhängiger Beratung (Konsulentendienste) - intensive qualifizierte Assistenzbedarfe zur Inanspruchnahme regulärer und 	<p>Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer</p>

	spezialisierter Dienste des Gesundheitswesens - intensive qualifizierte Assistenzbedarfe zur Begleitung im Sozialraum und Nutzung entsprechender Angebote	
Kap. 11 Gesundheitliche Versorgung	1. Optimierung der Schnittstelle von Gesundheitsleistungen und EGH-Leistungen - medizinische und psychiatrische Expertise in die Teilhabe- und Gesamtplanung mit dem Ziel einer integrierten multiprofessionellen Leistungsplanung einbeziehen - verbindliches Fallmanagement zur fallbezogenen Kooperation von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe und psychiatrischen Leistungserbringern - Regionale bzw. lokale Arbeitsgemeinschaften von Entscheidungsträgern zur Optimierung der Angebotsstruktur für besonders komplexe Problemlagen	Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände) Leistungserbringer EGH Leistungserbringer Gesundheit/Psychiatrie
	2. Kombination von Behandlungsangeboten in einem gestärkten Regelversorgungssystem und ambulanten und/oder stationär arbeitenden Zentren für Inklusive Medizin für besonders komplexe Unterstützungsbedarfe - Abbau von Barrieren im Gesundheitswesen - Aufbau eines medizinischen Versorgungsnetzwerks - spezialisierte Versorgungsangebote für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen - Beratung und Anleitung des medizinischen Regelversorgungssystems und der EGH - integrative Bildungsangebote in Gesundheitsberufen - Lehre im Bereich der Medizin, Pflege, Psychologie und div. Therapieschulen - Aus-, Fort- und Weiterbildung - Supervision und Coaching - inklusiv ausgerichtete medizinische Leistungsvergütung - Versorgungsforschung.	Land Leistungsträger GKV Leistungserbringer Gesundheit/Psychiatrie
	3. Spezialisierte Gesundheitsdienste auf- und ausbauen - Auf- und Ausbau von MZEBs fördern, vereinfachen und beschleunigen	Land Leistungsträger GKV Leistungserbringer Gesundheit/Psychiatrie

	<ul style="list-style-type: none"> - zahlreiche Einschränkungen und Hindernisse bei Gründung und Aufbau von MZEBs beseitigen - Möglichkeiten von MZEBs für aufsuchende Unterstützung in Familien und Einrichtungen ausbauen - spezialisierte Abteilungen in Krankenhäusern schaffen bzw. aufbauen - alternativ Zuschläge für die Behandlung in der stationären und ambulanten Regelversorgung finanzieren - stationsäquivalente Behandlungskonzepte (StäB) fördern. 	
	<p>4. Auf- und Ausbau flächendeckender spezialisierter stationärer und ambulanter psychiatrischer Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> - mehr spezialisierte psychiatrische Behandlungsplätze für kognitiv beeinträchtigte Menschen in NRW schaffen (Krankenhaus-Psychiatrieplan) - Stärkung spezialisierter Institutsambulanten (PIAs). 	<p>Land Leistungsträger GKV Leistungserbringer Gesundheit/Psychiatrie</p>
<p>Kap. 12 Regionale Strukturplanung mit Kooperation und Vernetzung im Sozialraum</p>	<p>1. Regionale Strukturplanung mit folgenden Elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausbau und Stärkung regionale ambulanter Strukturen der Regelangebote der Eingliederungshilfe und des Gesundheitsbereichs in den Kernbereichen Beratung, Steuerung, ambulante Behandlung und Assistenz - individualisierte Wohnangebote ermöglichen, die „Absonderung“ und soziale Gemeinschaft ermöglichen - Klein und nach individuellem Bedarf zugeschnittene Einzelwohneinheiten (Apartments), max. 4 Apartments, ggf. 2x4 Apartments in baulicher Einheit schaffen. Konversion bestehender 24er-Angebote zügig vorantreiben - regionale Angebote (pro 100.000 Einw. 10 bis 12 „Wohneinheiten“) mit Pflicht zur Aufnahme von Menschen mit herausforderndem Verhalten aus der Region und mit „Öffnungsperspektive“ schaffen - Refinanzierung der Angebote in Abhängigkeit von den Bedarfen des Einzelnen sichern - Erprobung neuer Finanzierungsformen von Angebotsstrukturen im Rahmen der Pflichtversorgung (Budgetlösung) 	<p>Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände), Leistungsträger GKV Leistungserbringer EGH Leistungserbringer Gesundheit/Psychiatrie</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Kooperation der Eingliederungshilfe und des klinischen Behandlungsbereichs durch eine integrierte Behandlungs- und Teilhabeplanung sicherstellen - Installierung einer spezialisierte Teilhabekonferenzen, möglichst vor der Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen, unter Hinzuziehung von psychiatrischer Expertise, MZEB, Anbietern spezialisierter Assistenzleistungen, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der jeweiligen Leistungsträger - Einsatz besonders qualifizierter und motivierter Fachkräfte mit entsprechender Bezahlung in spezialisierten Angeboten mit freiheitsentziehenden Maßnahmen - Schaffung einer regionalen Strukturplanungsfunktion zum Aufbau und zur Sicherung der Angebots- und Kooperationsstrukturen 	
	<p>2. Erprobung von ein bis zwei Best-Practice Modellen</p> <ul style="list-style-type: none"> - in Regionen der beiden Landschaftsverbände - unter Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen unter Beteiligung der Träger der Eingliederungshilfe, der Krankenkassen, der Kommunen und des Landes - dabei sollen auch neue Finanzierungsformen erprobt werden 	<p>Leistungsträger EGH (Landschaftsverbände), Leistungsträger GKV Leistungserbringer EGH Leistungserbringer Gesundheit/Psychiatrie</p>

MITGLIEDER DER EXPERTENKOMMISSION

Günter Garbrecht

Vorsitzender

Herr Günter Garbrecht ist langjähriger nordrhein-westfälischer Politiker. Er war von 2000 bis 2017 Abgeordneter des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Günter Garbrecht war von 2005 bis 2017 Vorsitzender des Landtagsausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. 2002 hat Günter Garbrecht als stellvertretender Vorsitzender die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ geleitet. Heute ist Herr Garbrecht unter anderem ehrenamtliches Vorstandsmitglied der Stiftung Solidarität bei Arbeitslosigkeit sowie unabhängige Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe und begleitet ehrenamtlich verschiedene Initiativen im Bereich Gesundheit und Soziales.

Erreichbar unter: gunter.garbrecht@icloud.com

Dr. Christian Bradl

Ordentliches Mitglied

Herr Dr. Christian Bradl ist Diplom-Pädagoge und war von 1991 bis März 2018 als Regionalleiter im Verbund Heilpädagogischer Hilfen des Landschaftsverbands Rheinland tätig, einer Heilpädagogischen Einrichtung für erwachsene Menschen mit kognitiver und mehrfacher Behinderung. Er war dort zuletzt in Jülich zuständig insbesondere für ambulante und stationäre Wohnangebote, Heilpädagogischen Zentrum sowie Regional- und Sozialraumarbeit im Raum Aachen-Düren. Er wirkte mit am Dezentralisierungsprogramm der Heilpädagogischen Heime, war am Aufbau der Konsulentendienste im Rheinland beteiligt und auch an der Erarbeitung von Gewaltpräventionskonzepten. Außerdem ist Dr. Christian Bradl seit 30 Jahren aktiv in der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft e.V. (DHG), welche sich für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexen Unterstützungsbedarfen einsetzt. Er war zeitweise Vorsitzender und ist zurzeit stellvertretender Vorsitzender der DHG (www.dhg-kontakt.de).

Erreichbar unter: christian.bradl@t-online.de

Prof. Dr. Dagmar Brosey

Ordentliches Mitglied

Frau Prof. Dr. iur. Dagmar Brosey ist Professorin für Zivilrecht an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften an der Technischen Hochschule Köln und forscht seit 20 Jahren zum Betreuungsrecht und zur Qualität in der rechtlichen Betreuung. Sie war 2018-2019 als Expertin am Reformprozess des Betreuungsrechts beteiligt. Sie ist als Autorin zahlreicher juristischer Fachpublikationen und Referentin zum Betreuungsrecht, mit Fokus auf die UN-BRK und die Wahrung der Rechte von betroffenen Menschen bei Freiheitsentziehungen und ärztlichen Zwangsmaßnahmen tätig. Frau Prof. Dr. Brosey ist seit November 2014 als juristische Sachverständige zum Mitglied der staatlichen Besuchskommission nach dem PsychKG NRW berufen. Seit 2012 ist sie Mitglied im Vorstand des Betreuungsgerichtstags (www.bgt-ev.de).

Erreichbar unter: dagmar.brosey@th-koeln.de

Georg Dodegge

Ordentliches Mitglied

Herr Georg Dodegge ist seit 1989 Vormundschafts- und Betreuungsrichter am Amtsgericht in Essen. In dieser Funktion ist er unter anderem zuständig für die Bestellung von Betreuerinnen und Betreuer, die Anordnung bzw. Genehmigung von geschlossenen Unterbringungen nach dem Betreuungsrecht und nach dem PsychKG NRW. Darüber hinaus ist Herr Georg Dodegge seit dem Jahre 2014 als 1. Vorsitzender der Überörtlichen Arbeitsgemeinschaft für das Betreuungswesen in Nordrhein-Westfalen tätig (www.ueag-nrw.org/de). Er ist auch als Autor zahlreicher Fachpublikationen und als Referent u.a. für die Deutsche Richterakademie, die Justizakademie Nordrhein-Westfalen, das Deutsche Anwaltsinstitut sowie für Ärzte, Berufsbetreuer und Kommunen im Bereich des Betreuungswesens und des PsychKG NRW bekannt. Herr Georg Dodegge wird häufig im Rahmen von Gesetzgebungsverfahren als juristischer Sachverständiger auf Bundes- und Landesebene um fachliche Einschätzung gebeten.

Erreichbar unter: dodegge@gmx.de

Monja Emmel

Ordentliches Mitglied

Frau Monja Emmel ist als Regionalleiterin bei Bethel.regional in Dortmund im Ruhgebiet mit den Schwerpunkten Behindertenhilfe und junge Menschen tätig. Zudem verfügt sie über einschlägige berufliche Erfahrungen als Projektkoordinatorin KIBA.netz (fachlicher Aufbau des Netzwerks zur Kompetenzentwicklung für intensiv-betreute Angebote Bethel.regional) sowie als Bereichsleitung in entsprechenden Wohneinrichtungen und ambulanten und intensiv betreuten Wohnangeboten der Behindertenhilfe mit dem fachlichen Schwerpunkt Unterstützung für Menschen mit herausforderndem Verhalten und Doppeldiagnosen. Neben der Leitungstätigkeit in der Behindertenhilfe hat sie zudem Erfahrung in der Leitung eines Einrichtungsnetzwerks der sozialpsychiatrischen Unterstützung für Menschen mit chronisch mehrfachen Abhängigkeitserkrankungen.

Erreichbar unter: monja.emmel@bethel.de

Norbert Müller-Fehling

Ordentliches Mitglied

Herr Norbert Müller-Fehling, Sozialarbeiter, war von 1986 bis 2018 Geschäftsführer des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. In dieser Eigenschaft vertrat er insbesondere die Interessen von Menschen mit komplexer Behinderung und hohem Unterstützungsbedarf gegenüber der Politik und Verwaltung. Er setzte sich für die Reform der Eingliederungshilfe durch das Bundesteilhabegesetz ein und war bis zur Verabschiedung des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes (KJSG) 2021 an der Reform der Kinder- und Jugendhilfe beteiligt. Von 2004 bis 2018 vertrat er die Interessen des Personenkreises als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Er war bis 2018 Mitglied im Kuratorium der Aktion Mensch und gestaltete als Vorsitzender des Ausschuss Förderpolitik über viele Jahre die Förderung von Angeboten für behinderte Menschen mit. Ehrenamtlich engagiert er sich in der Straffälligenhilfe.

Erreichbar unter: Norbert.Mueller-Fehling@bvkm.de

Carl-Wilhelm Rößler

Ordentliches Mitglied

Herr Carl-Wilhelm Rößler ist als Referent im Forum behinderter Juristinnen und Juristen und im Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben (KSL) Köln tätig. Er setzt sich seit vielen Jahren als Interessenvertretung für die Rechte von Menschen mit Behinderungen ein und ist als anerkannter juristischer Sachverständiger auf Landes- und Bundesebene bekannt. Die Umsetzung der UN-BRK und somit die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung sind für ihn wichtige Aspekte seiner Arbeit.

Erreichbar unter: roessler@ksl-koeln.de

Priv.-Doz. Dr. med. Tanja Sappok

Ordentliches Mitglied

Frau Priv.-Doz. Dr. med. Tanja Sappok ist Chefärztin des Behandlungszentrums für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH) in Berlin. Sie ist Präsidentin a.D. und Vorstandsmitglied der European Association for Mental Health in Intellectual Disability (EAMHID) sowie die stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB).

Darüber hinaus ist Frau Dr. Sappok eine ausgewiesene Expertin auf dem Gebiet der Psychiatrischen Diagnostik und der Behandlung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung oder schweren Verhaltensstörungen mit klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkt im Bereich der Autismusspektrumstörungen und emotionalen Entwicklungsstörungen sowie als Dozentin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin tätig.

Erreichbar unter: tanja.sappok@t-online.de

Dr. Thomas Sommer

Ordentliches Mitglied

Herr Dr. Thomas Sommer war bis April 2021 als Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen tätig. Der von ihm seit 2003 geleitete 9. Senat war für Verfahren auf den Gebieten des Arbeitsförderungsrechts, der Grundsicherung für Arbeitsuchende sowie der Sozialhilfe und als deren Teilgebiet der Eingliederungshilfe zuständig. Als Referent leitete er daneben zahlreiche sozialrechtliche

Fortbildungsveranstaltungen u.a. des Deutschen Anwaltsinstituts -DAI-, des vhw und der Rechtsanwaltskammern Hamm, Koblenz und Frankfurt. Er ist Autor zahlreicher Veröffentlichungen zu spezifisch sozialrechtlichen Fragen in verschiedenen Publikationen und von Kommentierungen zum SGB V und SGG sowie Herausgeber von Kommentaren zum SGB V und SGB XI. Dr. Sommer ist Vorsitzender der Schiedsstelle KHG Westfalen-Lippe sowie Vorsitzender des erweiterten Landesausschusses Westfalen-Lippe.

Erreichbar unter: drsommer@web.de

Gaststatus:

Dr. Britta Schlegel

Frau Dr. Britta Schlegel ist Leiterin der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention beim Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin. Sie befasst sich seit Jahren mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und setzt sich vor allem für den Gewaltschutz in der Behindertenhilfe ein.

Erreichbar unter: schlegel@institut-fuer-menschenrechte.de

Dr. Susann Kroworsch

Frau Dr. Susann Kroworsch ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention beim Deutschen Institut für Menschenrechte tätig und für das Monitoring in Nordrhein-Westfalen zuständig. Zu ihren Aufgaben gehört die Begleitung der Behindertenpolitik im Land zur Sicherstellung einer erfolgreichen Umsetzung der UN-BRK, insbesondere die Beratung der Landesregierung sowie anderer staatlicher Akteure, Gremien und Stellen bei Maßnahmen, die Auswirkungen auf Menschen mit Behinderungen haben.

Erreichbar unter: kroworsch@institut-fuer-menschenrechte.de

Danksagung des Vorsitzenden Herrn Günter Garbrecht

Einer Vielzahl von Menschen und Institutionen gebührt Dank für das Gelingen dieses Auftrags, die hier nicht alle namentlich genannt werden können.

Zuerst gebührt mein Dank allen teilnehmenden Expertinnen und Experten, ohne die dieser Bericht nicht hätte entstehen können. Bedanken möchte ich mich für die zahlreichen interessanten Debatten und Ideen, die maßgeblich dazu beigetragen haben, dass der Abschlussbericht in dieser Form vorliegt.

Zudem danke ich besonders herzlich den teilnehmenden Gästen, die die Arbeit der Expertenkommission unterstützt haben. Der Dank als Gesprächspartner geht an die Landesdirektorin des Landschaftsverbandes Rheinland Ulrike Lubek und dem Landesdirektor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Matthias Löb. Mit den Landesräten für Soziales, Dirk Lewandrowski und Matthias Münning, stand der Austausch zu Anbeginn der Tätigkeit der Expertenkommission an.

Mit dem Diakonischen Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e.V., unter Leitung von Pfarrer Christian Heine-Göttelmann und Frau Svenja Pleuß haben wir uns über das Positionspapier der Diakonie ausgetauscht.

Der besondere Dank geht an die Personen, die inhaltliche Beiträge geleistet haben, die auch in den Endbericht der Kommission eingeflossen sind:

Herrn Dr. Schartmann vom Landschaftsverband Rheinland,

Herrn Prof. Dr. Ingmar Steinhart vom Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V. vom An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald,

Herrn Prof. Dr. med. Michael Seidel ehem. Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Bielefeld

Herrn Matthias Rosemann, Berlin (Aktion Psychisch Kranke e. V.)

Herrn Rolf Wacker, Bielefeld (Bethel.regional).

Ein besonderer Dank gilt der Geschäftsstelle des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW für die konstruktive Zusammenarbeit.

Herrn Abteilungsleiter Diel, sowie die Herren Diebenbusch und Dr. Langenberg. Frau Yang-Marquard und Frau Hinze für die detaillierte Protokollführung.

Frau Dr. Imamovic gilt ein besonderer Dank. Dank ihrer Mithilfe bei der Endredaktion, der redaktionellen und technischen Unterstützung konnte der Kommissionsbericht im Dezember 2021 abgeschlossen werden.

Im Namen der Kommission danke ich unserem Auftraggeber Minister Karl-Josef Laumann für das in uns gesetzte Vertrauen.

Düsseldorf, im Dezember 2021

Günter Garbrecht

Vorsitzender

LITERATURVERZEICHNIS

- Global Burden of Disease Study der WHO
GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/NAP2/NAP2.pdf;jsessionid=A752E217A008E50C9F481266B4C4DE08.2_cid508?_blob=publicationFile&v=3
- AGP Sozialforschung
Evaluation des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) des Landes Nordrhein-Westfalen Abschlussbericht. (2019)
In: MAGS Bericht des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2020 a.a.O.
<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-4139.pdf> (Abruf 5.12.21)
- Amelung, K.
Probleme der Einwilligungsfähigkeit (1995) In: R&P 1995, 20-28.
- AWMF Leitlinie
S2k: Praxisleitlinie Intelligenzminderung. (2021) AWMF-Register Nr. 028-042
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf (Abruf 5.12.21)
- Becker, M.
Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung: Daten und Hintergründe. (1995) Heidelberg: Edition Schindele
- Bell, B.
Systemsprenger – ein rückschrittlicher Begriff. (2021) In: Orientierung 2021 (4), 19f
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.)
BGW-Arbeitshilfen (2019): Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte. <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/praevention-von-gewalt-und-aggression-gegen-beschaeftigte-14706>
(Abruf 18.11.21)

- Bradl, C. „Diese Aggressionen halte ich nicht mehr aus ...“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohneinrichtungen zwischen Ohnmachtsgefühlen und Bewältigungsversuchen. In: Seidel/Hennicke a.a.O. 1999, S. 188-209
- Bradl, C. Der Helfer als Opfer. In: Gewaltsysteme und Systemgewalten. Tagungsdokumentation. (2013): Rotenburger Werke, S. 97-120
- Bresch-Zinselmeier, K.; Honert-Schmidt, P. Abschlussbericht zum Modell-Projekt: „Kompetenzentwicklung und -wahrung in hoch strukturierten und intensiv unterstützten Wohnangeboten“;(2017): Stiftung Bethel, Bethel.regional.
- Brosey, D. Freiheitseinschränkungen in der häuslichen Pflege – Kein rechtsfreier Raum (2020) In: BtPrax 2020, 94-98.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) (Hg.) (2021): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021. Berichtsjahr 2019. https://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht_2019_final.pdf (Abruf 15.11.21)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) Bericht des BAGüS-Fachausschusses I zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Eingliederungshilfe (Juli 2021). Enthalten in: LVR-Vorlage 14/593 für LVR-Sozialausschuss: [https://dom.lvr.de/lvis/lvr_researchwww.nsf/0/78976D9027E3EC93C125877C004DD3EA/\\$file/Vorlage15_593.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_researchwww.nsf/0/78976D9027E3EC93C125877C004DD3EA/$file/Vorlage15_593.pdf) (Aufruf 15.11.21)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hg.) Gemeinsame Empfehlungen Reha-Prozess, (2019), S. 55 https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/reha_vereinbarungen/pdfs/GEReha-Prozess.BF01.pdf (Abruf 3.12.21)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände Positionspapier zur Förderung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung von Leistungserbringern für Menschen mit seelischen Behinderungen (Stand 26.11.2021) https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Positionspapier_BAG_GPV_Gemeinsame_Versorgungsverpflichtung_01-12-21.pdf (Abruf 4.12.21)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (2021): <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21->

- [teilhabebericht.pdf;jsessionid=52EC6018F2A0CF833BFFA4F2A9A58014.delivery2-replication?__blob=publicationFile&v=5](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-584-gewaltschutzstrukturen-fuer-menschen-mit-behinderungen.pdf?__blob=publicationFile&v=5) (Abruf 15.11.21), S. 50.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) Forschungsbericht: Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, September 2021
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-584-gewaltschutzstrukturen-fuer-menschen-mit-behinderungen.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Abruf 3.12.21)
- Bundesteilhabegesetz (BTHG) Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt (2016) Teil I Nr. 66 v. 29.12.2016, S. 3234-3341
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.) Gewalt in Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe verhindern. Eine Praxishilfe. Marburg: Lebenshilfe 2017
- Calabrese S.; Büschi, E. Institutionelle Grenzen als Folge herausfordernder Verhaltensweisen von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen. (2016) In: VHN 2016
- Canadian Consensus Guidelines Primary care of adults with developmental disabilities. (2011) Can Fam Physician 57: 541-553.
- Center of Disease Control and Prevention Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Division of Human Development and Disability. Disability and Health Data System (DHDS). Data [online]. Im Internet:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/dhds/index.html> (Stand: 15.11.2021)
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Handlungsbedarfe und Perspektiven. Positionspapier (2014)
<https://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Positionspapier-MRV-2014.pdf> (Aufruf 27.11.21).
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG); Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB) Appell für bessere Anschlussperspektiven in der Behindertenhilfe für straffällig gewordene Menschen mit geistiger Behinderung nach dem Maßregelvollzug (2017).
https://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2017/04/DGSGB_DHG_Appell-final.pdf (Abruf 3.12.21)

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.)	Ausgrenzen – Begrenzen – Entgrenzen? Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten. Tagungsbericht DHG/Netzwerk Intensivbetreuung 2010 https://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Schrift-15.pdf (Abruf 27.11.21)
Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.)	Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Tagungsdokumentation (2013). https://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Schrift-18.pdf (Abruf 27.11.21)
Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.)	Standards zur Teilhabe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexem Unterstützungsbedarf. (2021) Stuttgart: Kohlhammer
Deutscher Bundestag	Drucksache 18/11619 (2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Ausübung von Zwang in psychiatrischen Einrichtungen (22.03.2017). https://dserver.bundestag.de/btd/18/116/1811619.pdf (Abruf 17.11.21)
Deutscher Bundestag	Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts. Drucksache 19/24445 (18.11.2020) https://dserver.bundestag.de/btd/19/244/1924445.pdf (Abruf 5.12.21)
Deutscher Bundestag	des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/28658, 19/29632, 19/29997 Nr. 1.10 – Entwurf eines Gesetzes zum Erlass eines Tierarzneimittelgesetzes und zur Anpassung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften. Drucksache 19/31069 (23.06.21) https://dserver.bundestag.de/btd/19/310/1931069.pdf (Abruf 5.12.21)
Deutscher Bundestag	Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Drucksache 18/4095 (25.02.2015) https://dserver.bundestag.de/btd/18/040/1804095.pdf (Abruf 4.12.21)
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.)	Gutachten zur Frage der Angemessenheit von Aufwendungen für Unterkunft und Heizung bei ambulant betreuten Wohnformen für Menschen mit Behinderungen. (2021): https://www.deutscher-verein.de/de/mitglieder-mitgliederportal-gutachten-pflege-rehabilitation-2401.html

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). 2005
- Deutsches Institut für Menschenrechte (Hg.) Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR 2019): Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen. Zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in den Bereichen Wohnen, Mobilität, Bildung und Arbeit. Berlin
- Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (Hg.) Positionspapier zu „Menschen mit »außergewöhnlich« intensiven Unterstützungsbedarfen in NRW“ (2021). <https://www.diakonie-rwl.de/file/2021-06-25-positionspapier-langfassung-menschen-aussergewoehnlich-intensiven> (Abruf 15.11.21)
- Dieckmann F.; Haas G.; Bruck B. Herausforderndes Verhalten bei geistig behinderten Menschen – zum Stand der Fachdiskussion. In: Dieckmann/Haas a.a.O. S.15-40
- Dieckmann F.; Giovis G. Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten – Evaluation eines Modellversuchs in Baden-Württemberg. In: Dieckmann/Haas a.a.O. S. 83-118
- Dieckmann F.; Haas G. (Hg.) Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten (2007), Stuttgart: Kohlhammer
- Dilling H.; Mombour W.; Schmidt M.H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. (2011). Bern: Huber.
- Dodegge, G. Handbuch der Rechtspraxis, Familiensachen, 2. Halbband: Betreuungssachen. (2015) 8. Auflage. München: C.H.Beck Verlag.
- Dodegge, G. Die Entwicklung des Betreuungsrechts bis Juli 2021 (2021) In NJW 2021, 2695, 2701.
- Dodegge, G.; Roth, A. Systematischer Praxiskommentar Betreuungsrecht. (2018) 5. Auflage. Köln: Bundesanzeiger-Verlag

- Dworschak W.
u.a. Herausforderndes Verhalten und freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Teilhabe (2018): (4) S. 163-166
- Emerson E.;
Bromley J. The form and function of challenging behaviours. (1995) Journal of Intellectual Disability Research 39: 388–398.
- Freie Hansestadt
Bremen (Hg.) Versorgungssituation von seelisch verletzten und psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung verbessern. Bericht für das Land Bremen. (2015):
file:///C:/Users/Christian/Downloads/Bericht%20Versorgungssituation_psychisch_Kranke.pdf
(Abruf 27.11.21)
- Gardner W.;
Došen A.;
Griffiths D.M.;
King T. Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems. (2006) New York: NADD.
- Gemeinsamer
Bundesausschuss
(GBA) Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL). 02.09.2021
www.g-ba.de/beschluesse/5005/ (Abruf 4.12.21)
- Glaab. S. Vereinbarkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen in der stationären Altenpflege mit der UN-Behindertenrechtskonvention? (2020) In BtPrax 2020, 85-90.
- Havercamp SM.,
Scandline D.,
Roth M. Health disparities among adults with developmental disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. Public Health Rep 119:418–426
- Heinrich J. (Hg.) Akute Krise Aggression. Aspekte sicheren Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung. (2005) Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- Höhner G. Inklusion – auch für Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug? In: DHG (Hg.) (2013): Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug. Herausforderungen für die Behindertenhilfe. Tagungsbericht: DHG
<https://dhg-kontakt.de/wp-content/uploads/2015/12/DHG-Schrift-18.pdf>
(Abruf 27.11.21) S. 62 ff

- Jenderny S.;
Schreiter J.;
Steinhart I. Psychiatrische Wohnheime in Deutschland – Transparenz und Strukturen. (2020): Psychiatr Prax 2020; 47(05): 260-266
- Jenderny S.;
Schreiter J.;
Steinhart I. Zwangsunterbringungen – ein elementarer Teil regionaler
Psychiatrieberichte. Erprobung eines regionalen Monitoringtools
in Mecklenburg-Vorpommern. In: Recht & Psychiatrie 2021
- Jürgens, A. Betreuungsrecht. München: C.H.Beck 2019 (6. Auflage)
- Kasseler Forum Statistik / Datenerhebungen im Betreuungswesen. (Stand: 29.6.21)
- Klein, S.;
Wawrock, S.;
Fegert, J.M. Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit
geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. In: Praxis
der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48/7 (1999), S. 497–513
- Kresmsner G. Gewalt und Machtmissbrauch gegen Menschen mit Lernschwierigkeiten in
Einrichtungen der Behindertenhilfe. In: Teilhabe (2020): (1) S. 10-15
- Landschaftsverband
Rheinland LVR-Vorlage Nr. 15/593 (2021) Menschen mit Behinderung und
herausforderndem Verhalten.
[https://dom.lvr.de/lvis/lvr_researchwww.nsf/0/78976D9027E3EC93C125877C004DD3EA/\\$file/Vorlage15_593.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_researchwww.nsf/0/78976D9027E3EC93C125877C004DD3EA/$file/Vorlage15_593.pdf) (Abruf 3.12.21)
- Landschaftsverband
Rheinland Grundsätze des Gewaltschutzes im LVR. LVR- Vorlage Nr. 15/300
(28.8.21)
[https://dom.lvr.de/lvis/lvr_researchwww.nsf/WEB51AlleDaten/F7D88D0F8A9AD18BC1258745002E43E2/\\$file/Vorlage15_300.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_researchwww.nsf/WEB51AlleDaten/F7D88D0F8A9AD18BC1258745002E43E2/$file/Vorlage15_300.pdf) (Abruf 5.12.21)
- Landschaftsverband
Westfalen-Lippe
(Hg.) Berichtsvorlage Sozialausschuss. Drucksache 14/2274,
Eingliederungshilfe und Freiheitsentziehung. 2020
- Lebenshilfe Bayern
(Hg.) Wege zur Teilhabe – Herausforderndes Verhalten von Menschen mit
Behinderungen (2017). Handreichung
https://www.lebenshilfe-bayern.de/fileadmin/user_upload/09_publicationen/fachpublikationen/herausfordernd_mmb/lhvbayern_handreichung_herausforderndesverhalten_okt2017.pdf (Abruf 3.12.21)
- LVR-Dezernat
Soziales; LWL-
Behindertenhilfe
Westfalen Bedarfe ermitteln – Teilhabe gestalten. BEI_NRW (2019). Handbuch.
https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/1_dokumente/hilfeplan/Handbuch_BEI-NRW_10_04.pdf (Abruf 3.12.21)

- Markowetz, R.;
Wolf, M.;
Lang, A.;
Arndt, S.;
Scherer, K. Projekt Intensivwohnen Netzwerk Oberbayern (PINO). Internationale Literaturrecherche zum Intensivwohnbereich. Teilhabebedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen. (2021): <https://epub.ub.uni-muenchen.de/75041/1/Internationale%20Literaturrecherche%20Intensivwohnen.pdf> (Abruf 17.11.21)
- Matta V.;
Engels, D.;
Brosey D. Qualität in der rechtlichen Betreuung (2017). Köln: ISG http://www.bmjbv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Fachpublikationen/Empfehlungen_Qualit%C3%A4t%20Betreuung.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Abruf 5.12.21)
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen Bericht des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales an den Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen zum Thema „Überprüfung der Wirksamkeit des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) gemäß § 49 Abs. 3 WTG und der Verordnung zur Durchführung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG DVO) gemäß § 47 Abs. 3 WTG DVO" (11.11.2020) <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-4139.pdf> (Abruf 5.12.21)
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen (Hg.) Teilhabebericht NRW. Bericht zur Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigungen und zum Stand der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. (2020). https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/teilhabebericht_2020_nrw_barrierefrei.pdf (Aufruf 15.11.21)
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen Bericht für den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen „Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) in NRW." (22.10.20) <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-4008.pdf> (Abruf 5.12.21)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline: Challenging behavior and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behavior challenges. (2015) (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng11>).
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline: Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. (2016) (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng54>).

- Neise M.;
Magaletta M. Die geschlossene Tür als Schlüssel zur Teilhabe? Geschlossene Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe. (2021) Ergebnisbericht (Kurzversion).
[https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherche/www.nsf/0/78976D9027E3EC93C125877C004DD3EA/\\$file/Vorlage15_593.pdf](https://dom.lvr.de/lvis/lvr_recherche/www.nsf/0/78976D9027E3EC93C125877C004DD3EA/$file/Vorlage15_593.pdf) (Abruf 16.11.21)
- Nellissen, G. in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB IX, 3. Auflage, § 37a Rn. 3. (Stand: 03.09.2021)
- Noack, C.;
Schmid, H. J. Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. (1994) Stuttgart: Fachhochschule für Sozialwesen
- O’Leary, L.;
Cooper, SA.;
Hughes-
McCormack, L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: a systematic review. J Applied Res Intellect Disabil 2018; 31: 325–42
- Rabe H.;
Leisering B.;
Deutsches Institut
für Menschenrechte
(DIMR) Analyse. Die Istanbul-Konvention. Neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt (2018). Berlin: DIMR
https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Analyse_Istanbul_Konvention.pdf (Abruf 5.12.21)
- Rathmann K.;
Kostka J.;
Olukcu S. Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerst-mehrfacher Behinderung (MZEB): eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler_innen. Präz Gesundheitsf 2021; 16:1–8
- Redaelli M.;
Tebest R.;
von Lonski M.;
Bouamoud H.;
Bergmann T.;
Koch F.;
Schafer C.;
Paulus M.;
Hulsmann D.;
Wacker R. Abschlussbericht zum Projekt “Wohnen selbstbestimmt!” (2019): Köln, Dortmund, Bielefeld. http://wohnen-selbstbestimmt.de/wp-content/uploads/2020/07/2020-07-Abschlussbericht_Wohnen-selbstbestimmt.pdf (Abruf 16.11.21)
- Reichstein M.;
Schädler J. Zur Lebens- und Betreuungssituation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausforderndem Verhalten in Nordrhein-Westfalen. ZPE Siegen (2016)
- Reiss S.;
Szyzsko J. Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. Am J Ment Defic 1983. 87:396–402

- Reppermund S.;
Srasuebkul P.;
Dean K.;
Trollor JN.. Factors associated with death in people with intellectual disability. J Applied Res Intellect Disabil 2020; 33(3): 420–429
- Reumschüssel-
Wienert, C. Inklusion und Diversity gilt auch in der Statistik (2021). In: NDV, 2021, 458 – 464
- Rodenbusch, V. Freiheitsentziehungen ohne Richter? Zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Häuslichkeit - ein verfassungsrechtlicher Zwischenruf (2021) In: FamRZ 2021, 411-416
- Rosenow, R. Eingliederungshilfe und rechtliche Betreuung (2021) In RP Reha 2021, S. 13-25 und BtPrax 2021, 163 -167 und 212-215
- Rotenburger Werke
(Hg.) Gewaltsysteme und Systemgewalten (2013). Über die Gewalt in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Tagungsbericht, Selbstverlag
- Sappok T.;
Steinhart I. Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung [Leave No One Behind: Intellectual Disability and (Mental) Illness - A Challenge for Health Care]. Psychiatr Prax. Apr;48(3):115-118. German. doi: 10.1055/a-1400-1746. Epub 2021 Apr 15. PMID: 33860475
- Sappok, T. Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis. 1. Auflage. (2018) Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Sappok, T.;
Burtscher, R.;
Grimmer, A. Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit: Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache, (2020) Bern: Hogrefe
- Sappok, T.;
Diefenbacher A.;
Winterholler M. Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. (2019) Deutsches Ärzteblatt, 116: 809-816
- Sappok, T.;
Steinhart, I. Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. (2021)
- Sappok, T.;
Zepperitz S. Das Alter der Gefühle – über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. (2019) Bern: Hogrefe Verlag

- Schädler J.; Reichstein, M. Geschlossene Wohneinrichtungen, ein (neuer) örtlicher Exklusionsbereich? (2018): In: Teilhabe 2018 (3) S. 115f.
- Schädler, J.; Reichstein, M. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt „Kompetenzentwicklung und -wahrung in hoch strukturierten und intensiv unterstützten Wohnangeboten“ (KIBA.netz). ZPE Siegen. (2017)
- Schmitz, K.; Schnabel, E. Staatliche Heimaufsicht und Qualität in der stationären Pflege (2006). Socialnet Materialien.
<http://www.socialnet.de/materialien/54.php> (Abruf 5.12.21)
- Schröttle, M. et al. Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Studie (2012/2013)
- Schröttle, M. et al. Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Forschungsbericht 584 (2021): hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Schröttle, M.; Hornberg, C. Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention – Endbericht. (2014) Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Schülle M.; Hornberg C. Barrieren der Barrierefreiheit in der medizinischen Versorgung: Fördernde und hemmende Faktoren bei der Etablierung medizinischer Zentren für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderung (MZEB). Bundesgesundheitsblatt 2016; 59(9): 1117–1124
- Schützwahl M.; Sappok T. Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung [Mental health in persons with intellectual disability]. Nervenarzt (2020) Mar;91(3):271-281. German. doi: 10.1007/s00115-020-00878-0. PMID: 32103297.
- Seidel M.; Fricke C. Einführung in das Thema (2013) Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10:7–9
- Seidel M.; Hennicke K. Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag
- Sheehan R., Hassiotis A., Walters K. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. BMJ 351: h4326. (2016)

- Statistisches Bundesamt. Pressemitteilung Nr. 230 vom 24. Juni 2020. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html#:~:text=Juni%202020,mehr%20als%20am%20Jahresende%202017.; Stand: 27.01.2021
- Steffen P.; Blum K. Menschen mit geistiger Behinderung: Defizite in der Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 2015; 109(17): A-860-862
- Steinhart I., Wienberg G. (Hg) Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag; 2017
- Tabbara, A. Mehr Inklusion möglich machen: Das Teilhabestärkungsgesetz, (2021) In: NZS 2021, 665,667.
- Theunissen G. Positive Verhaltensunterstützung. (2020): Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- Theunissen G. Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. (2021a) Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt
- Theunissen G. Behindertenarbeit vom Menschen aus. (2021b). Freiburg: Lambertus
- Theunissen G. Konzepte und Erfahrungen im Umgang mit herausforderndem Verhalten am Beispiel von Kalifornien und British Columbia. Ergebnisse aus einem Forschungsprojekt. In: Teilhabe 2021a (3) 112
- Theunissen G.; Kulig W. KVJS-Forschungsprojekt: Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg. *Ergebnisbericht* (2019a) https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/Forschung/HerausforderndesVerhalten_Internet.pdf (Abruf 3.12.21)
- Theunissen, G; Kulig W. KVJS-Forschungsprojekt: Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg. (2019b). *Gesamtbericht*. KVJS
- UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, (2015). UN-Doc. CRPD/C/DEU/CO/1, Ziff. 29–31, 33–34, 37–38.
- UN-Behindertenrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

[https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD Konvention und Fakultativprotokoll.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf)

World Health Organization (WHO)

ICD-11, im Internet: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/> ; Stand: 15.12.2020

Wienberg G.;
Steinhart I.

Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. Psychiat Prax 2020; 47: 9-15

Wissenschaftlicher
Dienst des
Deutschen
Bundestages

Zur Aufsicht und Kontrolle psychiatrischer Einrichtungen und zu Hilfsangeboten für Betroffene, Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 082/18, 29. Oktober 2018

Wüllenweber E.

Krisenprävention, Krisenintervention, Krisenmanagement und physische Intervention. In: Theunissen/Wüllenweber 2020, S. 263-265

Wüllenweber E.;
Theunissen, G.
(Hg.)

Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte der Heilpädagogik und Behindertenhilfe. Marburg: (2020): Lebenshilfe-Verlag

Zablotsky B.;
Black L.;
Maenner MJ.;
Schieve LA, et al.

Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017. (2019) In: Pediatrics; 144(4): e20190811

Zambrino N.;
Büschi E.;
Calabrese S.

Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Institutionen. Eine Übersicht über den englischsprachigen Forschungsstand. In: Empirische Sonderpädagogik 12 (2020) 2, S. 132-148.

https://www.pedocs.de/volltexte/2020/21127/pdf/ESP_2020_2_Zambrino_Bueschi_Calabrese_Umgang_mit_herausfordernden.pdf

(Abruf 17.11.21)

Zinsmeister, J.

Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. (2012): In: BtPrax S. 227-232.

ANHÄNGE

Alle in diesem Abschlussbericht der Expertenkommission aufgeführten Vorträge und Präsentationen der Mitglieder und Gäste sind ausschließlich in digitaler Form abrufbar.