



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION

LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK

UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



Projekt Intensivwohnen
Netzwerk Oberbayern

PINO

Ergebnisdarstellung

Status Quo Studie

zur Wohn- und Lebenssituation von Personen mit geistiger
Behinderung und herausforderndem Verhalten in Bayern

Markowetz, Reinhard; Lang, Annika, Wolf, Markus; Arndt, Sophia

Dezember 2021

Kooperationspartner & Schirmherr:

Schirmherr: *Holger Kiesel*

Kooperationspartner:

Bayerische Staatsregierung
Beauftragter für die Belange von
Menschen mit Behinderung





LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



Inhalt

Einleitung	3
1 Projektbeschreibung PINO	5
1.1 Forschungsziele und Fragestellungen	6
1.2 Forschungsfragen.....	6
I. Teil Studie: Bayernweit.....	8
2 Ergebnisse Status Quo Studie Bayern (SQS BY) – Einrichtungsebene.....	8
2.1 Strukturmerkmale der Einrichtungen.....	11
2.2 Anzahl der Einrichtungen und Personengruppen nach Bezirk	12
2.3 Unterbringungssituation nach Leistungstypen	14
2.4 Bayernweite Betrachtung: Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen im Regelwohnen.....	15
2.4.1 Anzahl der Bewohner*innen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten im Regelwohnen.....	15
2.4.2 Beschreibung der Diagnosen.....	16
2.4.3 Beschreibung der Verhaltensweisen.....	17
2.5 Bayernweite Betrachtung: Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen im Intensivwohnen.....	19
2.5.1 Anzahl der Bewohner*innen im Intensivwohnen	19
2.5.2 Beschreibung der Diagnosen der Zielgruppe des Intensivwohnens	21
2.6 Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) und Unterbringungsbeschluss	25
2.7 Aufnahme in das Intensivwohnen.....	25
2.8 Rahmenbedingungen des Intensivwohnens	27
2.9 Einstellung zur Aufnahme von Personen aus dem Intensivwohnbereich	28
2.10 Bedingungen zur Aufnahme von Personen aus dem Intensivwohnbereich.....	29
2.11 Zukunftsvisionen für das Intensivwohnen in Bayern	30
3 Zusammenfassung Ergebnisse Status Quo Studie Bayern (SQS BY)	35



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



- II. Teilstudie: Intensivwohnen in Oberbayern 37**
- 4 Ergebnisse Status Quo Studie Oberbayern (SQS OBB) – Personenebene37**
- 4.1 Strukturmerkmale der Einrichtungen..... 39
- 4.2 Rahmenbedingungen des Intensivwohnens 40
 - 4.2.1 Herkunftsort 40
 - 4.2.2 Leistungsträger 41
 - 4.2.3 Leistungstypen..... 41
- 4.3 Gruppengröße im Intensivwohnen 42
- 4.4 Personenbezogene Faktoren und Körperstrukturen und -funktionen (Diagnosen und Definitionen) 42
 - 4.4.1 Zielgruppe des Intensivwohnens in Oberbayern 42
 - 4.4.2 Beschreibung des herausfordernden Verhaltens 44
 - 4.4.3 Beschreibung der Stärken..... 46
- 4.5 Partizipation und Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen 48
- 4.6 Pädagogisch-therapeutische Ausrichtung..... 49
- 4.7 Wohnkarriere Intensivwohnen 55
- 4.8 Freiheitsentziehende Maßnahmen innerhalb des Intensivwohnens 61
- 4.9 Medikamentengabe 64
- 4.10 Umwelt der Einrichtung..... 66
- 4.11 Zukunftswünsche..... 71
- 5 Zusammenfassung Ergebnisse Status Quo Studie Oberbayern (SQS OBB)76**
- 6 Einordnung und Schlussbetrachtung79**

- Literatur80**
- Abbildungsverzeichnis.....82**
- Tabellenverzeichnis.....82**



Einleitung

Die aktuelle Forschungslandschaft zur Wohn- und Betreuungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen weist große Forschungslücken auf (Calabrese 2018; Theunissen 2019; Markowetz et al. 2021). Die internationale Literaturrecherche der Forschungs- und Arbeitsgruppe „Behinderung und herausfordernde Verhaltensweisen“ unterstreicht diese Forschungslücke und bestätigt den Mangel an verlässlichen Forschungserkenntnissen zur Wohn- und Betreuungssituation des Personenkreises (Markowetz et al. 2021).

Auftrag und Ziel des Forschungsprojektes „Projekt Intensivwohnen Oberbayern“ (PINO), durchgeführt von der LMU München, Lehrstuhl Pädagogik bei Verhaltensstörungen und Autismus einschließlich inklusiver Pädagogik, ist es, gelingende Faktoren für die Wohn- und Betreuungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in Bayern herauszuarbeiten. Hierfür wurde erstmalig mit den beiden Teilstudien des Projektes „Status Quo Studie Bayern (SQS BY) (Einrichtungsebene) (Teil I)“ und der „Status Quo Studie Oberbayern (SQS OBB) (Personenebene) (Teil II)“ eine belastbare Datenlage zur Wohn- und Betreuungssituation dieses Personenkreises für das Land Bayern generiert. Die Online-Fragebogenerhebung wurde bayernweit an alle Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in Bayern gestreut (Teil 1: Status Quo Studie Bayern, SQS BY; Einrichtungsebene). Exklusiv für den Bezirk Oberbayern wurden innerhalb von Intensivwohneinrichtungen Daten auf der personenbezogenen Ebene erfasst (Teil 2: Status Quo Studie Oberbayern, SQS OBB; Personenebene).

Die generierten Daten sind Basis für grundlegende Fragen zur Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen.

Der hier vorliegende Bericht zur Wohn- und Betreuungssituation in Bayern stellt belegbare Informationen darüber bereit, wie viele Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Bayern untergebracht sind, in welchen Wohnformen der Personenkreis mehrheitlich lebt und welche strukturellen Bedingungen sowie Umfeldfaktoren die derzeitige Wohnsituation aufzeigen. Damit legen die beiden Teilstudien erstmalig Daten zur Anzahl des Personenkreises in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe dar. Des Weiteren geben sie eine differenzierte Beschreibung der Zielgruppe nach vorliegenden Diagnosen,



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



Art und Häufigkeit der herausfordernden Verhaltensweisen sowie zum Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen hinsichtlich der Medikamentengabe und der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. Gleichwohl konnten Informationen bezüglich der Häufung und der subjektiv eingeschätzten Wirksamkeit angewendeter pädagogischer Maßnahmen im Kontext von herausforderndem Verhalten gewonnen werden.

Erstmals werden mit diesem Ergebnisbericht bayernweite Forschungsdaten zur Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen für die Fachpraxis öffentlich gemacht.

Die hier präsentierten Ergebnisse stellen keine abschließende Darstellung der generierten Forschungsdaten dar. Vielmehr dienen diese als fundierte Ausgangslage zur Diskussion und Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen.



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



1 Projektbeschreibung PINO

Eine qualitativ hochwertige Betreuung, Förderung und Versorgung erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen im Lebensbereich Wohnen erweisen sich in Zeiten stark steigender Nachfrage an Intensivplätzen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel im Spiegel des Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes, der Umsetzung der UN-BRK und des Bundesteilhabegesetzes als besonders problematisch.

Aufgrund des besonderen Unterstützungs- und Betreuungsbedarfes des im Fokus stehenden Personenkreises ist das Setting der jeweiligen sogenannten regulären Wohnformen¹ und ambulanten Wohnformen zumeist überfordert. So werden Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten nicht selten in spezialisierten Sonderwohneinrichtungen untergebracht – bezeichnet meist als Intensivwohnen, intensivbetreutes und/oder therapeutisches Wohnen. Im Folgenden beschrieben unter der Bezeichnung Intensivwohnen.

Die Forschungs- und Arbeitsgruppe „Behinderung und herausfordernde Verhaltensweisen“ um Univ.- Prof. Dr. Reinhard Markowetz am Department Pädagogik und Rehabilitation, Abteilung für Präventions-, Inklusions- und Rehabilitationsforschung der Universität München gründet mit dem Projekt PINO - Projekt Intensivwohnen Netzwerk Oberbayern - ein „Intensivnetzwerk“. Dieses wird in Kooperation mit dem Bezirk Oberbayern durchgeführt. Der Behindertenbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Holger Kiesel, ist zugleich Schirmherr des Projektes.

Auftrag des Pilotprojektes ist es, ein wissenschaftlich tragfähiges, nachhaltig wirkendes und innovatives Gesamtkonzept des Intensivwohnens zu entwickeln, um folglich die Versorgungssituation der Zielgruppe sicherzustellen und die Teilhabesituation partnerschaftlich zu verbessern.

Das Forschungsprojekt ist auf den Zeitraum 01. April 2020 bis 31. Dezember 2023 angelegt.

¹ Unter Regelwohneinrichtungen oder regulären Wohnformen werden alle „besonderen Wohnformen“ (ehemals stationäre Wohnformen) für Menschen mit geistiger Behinderung verstanden.

1.1 Forschungsziele und Fragestellungen

Das Ziel des Projektes besteht darin, ein innovatives Gesamtkonzept für das Intensivwohnen auszuarbeiten, das weit über Oberbayern hinaus helfen soll, die institutionelle Versorgung und Fachlichkeit zu sichern.

Zum Gesamtkonzept gehört, den Lebensbereich Wohnen mit weiteren Lebensbereichen, insbesondere dem Lebensbereich Freizeit und dem Lebensbereich Arbeit, zu verzahnen. Damit wird die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt der Werkstätten und in Förderbetreuungsbereiche (berufliche Rehabilitation) sowie die soziale Teilhabe (soziale Rehabilitation) zum Ziel und zur Aufgabe des Intensivwohnens.

1.2 Forschungsfragen

Vor dem Hintergrund der Zielperspektiven gilt es, im Rahmen des Forschungsprojektes PINO der handlungsleitenden Fragestellung nachzugehen, welche Bedingungen ein Wohn- und Betreuungskonzept des Intensivwohnens erfüllen muss, um die Teilhabesituation der Personengruppe zu verbessern.

Dieser Fragestellung liegen eine Reihe von Teilfragestellungen zugrunde, die in den einzelnen Projektphasen mit Hilfe von passgenauem methodischem Vorgehen beantwortet werden.

I. Bedarfserhebung

- Wie sieht die Versorgungslage für Adressatinnen und Adressaten des Intensivwohnbereiches in Oberbayern aus?
- Wer genau ist der Personenkreis in Intensivwohneinrichtungen?
- Wie viele Adressatinnen und Adressaten des Intensivwohnbereiches sind in „regulären Wohneinrichtungen“ untergebracht?
- Lässt sich eine Übersicht der Intensivwohneinrichtungen und deren methodischen Konzepte darstellen?
- Inwieweit können die Zielperspektiven des Bezirkes Oberbayern und die individuellen Hilfeplanziele von den Einrichtungsträgern derzeit umgesetzt werden?
- Welche Faktoren zeigen sich als hinderlich, welche als förderlich zur Umsetzung der Zielperspektiven des Bezirkes Oberbayern (Leistungsvereinbarungen auf Trägerebene) und der individuellen Hilfeplanziele?

II. Entwicklung eines innovativen Gesamtkonzeptes

- Welche Bedingungen muss ein Wohn- und Betreuungskonzept des Intensivwohnens erfüllen, um die Versorgungssituation und externe Unterstützungsangebote sicherzustellen?
- Welche Bedingungen muss ein Wohn- und Betreuungskonzept des Intensivwohnens erfüllen, um die Zugangschancen zu den Lebensbereichen Freizeit und Arbeit zu schaffen?
- Welche Bedingungen muss ein Wohn- und Betreuungskonzept des Intensivwohnens erfüllen, um Übergänge aus dem Intensivbereich zu schaffen (Reintegration)?
- Welche harten, aber auch weichen Faktoren müssen zur Umsetzung einer hochwertigen pädagogischen Arbeit im Intensivwohnbereich vorliegen (Personalausstattung, Raumkonzepte, pädagogische Ausbildung, Beziehungsgestaltung, Haltung)?

Zur Entwicklung eines Gesamtkonzeptes wird ein mehrperspektivischer sowie multimethodischer Forschungsansatz gewählt. Das Intensivwohnen wird folglich ganzheitlich auf den unterschiedlichen Wirkebenen betrachtet. Zur Datenerhebung und -auswertung werden sowohl das Methodenspektrum der qualitativen als auch der quantitativen Forschung passgenau eingesetzt.

Die erste Phase umfasst eine systematische nationale und internationale Literaturrecherche.

In der Planungs- und Durchführungsphase wird eine Status Quo Studie, unterteilt in drei Teilstudien:

- Teil 1: Status Quo Studie Bayern (SQS BY) (*Einrichtungsebene*),
- Teil 2: Status Quo Studie Oberbayern (SQS OBB) (*Personenebene*) und
- Teil 3: Status Quo Studie Psychiatrien Bayern (SQS PSY) (*Einrichtungsebene*)

durchgeführt, wodurch die Bedarfslage und die Versorgungssituation dargestellt wird, und mittels weiteren qualitativen Erhebungen Qualitätsbausteine für das Intensivwohnen herausgearbeitet werden. Mit den gewonnenen Erkenntnissen wird ein Methodenkoffer für das Intensivwohnen entwickelt. Dieser Prozess wird wissenschaftlich evaluiert. Das aus diesem Prozess entwickelte Gesamtkonzept für das Intensivwohnen wird mit einer abschließenden Effekt- und Bewährungsstudie hinsichtlich der Wirksamkeit untersucht.

I. Teil Studie: Bayernweit

2 Ergebnisse Status Quo Studie Bayern (SQS BY) – Einrichtungsebene

Zur Teilnahme an der Status Quo Studie waren alle Wohneinrichtungen in Bayern für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung eingeladen.

Der Online-Fragebogen sollte von einer Person pro Einrichtung ausgefüllt werden, die die Bedarfslage der Gesamteinrichtung im Wohnen für den Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten bewerten kann. Dies konnte insbesondere der Fachdienst der Einrichtung sein oder die Bereichsleitung des Fachbereichs Wohnen (oder z.B. die Geschäftsführung, Abteilungsleitung, Gruppenleitung). Die Angaben im Fragebogen bezogen sich auf die gesamte Einrichtung – damit war der Fragebogen nur einmal pro Einrichtung auszufüllen.

Der im Mittelpunkt dieser Umfrage stehende Personenkreis umfasste ausschließlich Menschen mit einer diagnostizierten geistigen Behinderung, die zusätzliches herausforderndes Verhalten zeigen. Damit muss bei den betroffenen Menschen sowohl eine diagnostizierte *geistige Behinderung* als auch das *herausfordernde Verhalten* auftreten.

Das herausfordernde Verhalten steht damit unabhängig von einer spezifischen Diagnose (z.B. Autismus-Diagnose oder einer Diagnose einer psychischen Erkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung).

Merkmale zur Erfassung von herausforderndem Verhalten:

- Massive anhaltende, fremd-, auto- und/oder objekt aggressive Verhaltensstörung.
- Die auffälligen Verhaltensweisen können ständig (einmal am Tag oder häufiger) und fortlaufend in schwerwiegender Weise auftreten und stören bzw. beeinträchtigen andere Personen in erheblichem Umfang und beeinträchtigen die gesellschaftliche Teilhabe der Person in einem hohen Maß.

Die Forschungs- und Arbeitsgruppe vertritt eine systemökologische Perspektive. Demnach wird herausforderndes Verhalten als Ergebnis einer Diskrepanz zwischen dem Individuum und seiner Umwelt gesehen (vgl. Calabrese und Kasper 2019: 56). Sowohl Veränderungen im Umfeld als auch bei der Person selbst beeinflussen das Auftreten des Verhaltens. Die gezeigten Verhaltensweisen sind immer im Kontext des Austauschprozesses (Wechselbeziehung) zwischen Umwelt und

Individuum zu verstehen und folglich nicht nur Eigenschaft der Person selbst (vgl. Stevens 2006, in Nijs et al. 2019: 1; Calabrese 2016: 38; Calabrese und Büschi 2016: 134; Büschi und Calabrese 2017: 146).

Im Fokus standen ausschließlich Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen, die 18 Jahre und älter waren.

Der Fragebogen wurde in der Pretestphase an 8 Expert*innen aus dem begleitenden Expertenrat des Projektes sowie an zwei Geschäftsführer aus Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg versandt. Die Rückmeldungen der Pretestkommentare wurden von der Forschungs- und Arbeitsgruppe dezidiert diskutiert und entsprechend der im Interesse stehenden Fragestellungen und den Gütekriterien quantitativer Forschung eingearbeitet.

Die Status Quo Studie Bayern ist als eine Querschnittsstudie einzuordnen. Das bedeutet, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt, bei einer Gruppe Daten erhoben werden (vgl. Döring und Bortz 2016). Insgesamt umfasst das standardisierte Erhebungsinstrument 22 Seiten. Damit die Komplexität des Feldes erfasst werden konnte, wurden mit einer aufwendigen Pagetriggerfunktion Filter eingebaut. Mit den von der Arbeits- und Forschungsgruppe gebildeten Cluster ist es der Versuch, die Realität der Unterbringungskonstellationen der im Fokus stehenden Personengruppe einzufangen. Es wurden insgesamt vier Konstellationen der Versorgungssituation der Personengruppe in Bayern theoretisch kreiert:

Wir betreuen Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten,

- haben aber KEINE Wohnformen im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN.
- im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN.
- SOWOHL im Leistungstyp "INTENSIVWOHNEN" als auch in REGULÄREN Wohnformen.
- Wir betreuen KEINE Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten und haben keine Wohnformen im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN.

Die Frageitems gliederten sich in fünf wesentliche inhaltliche Abschnitte: strukturelle Merkmale (1), personenbezogene Faktoren (2), Rahmenbedingungen des Intensivwohnens I (3); Rahmenbedingungen des Intensivwohnens II (4), personenbezogene Faktoren des Intensivwohnens III (5), pädagogische, therapeutische Ausrichtung des Intensivwohnens IV (5), Wohnkarriere Intensiv (6), Wohnkarriere Alle (7), Verhaltensweisen der Personen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten (8); Umwelt der Einrichtung (9), Teilhabe, Aktivität und Partizipation (10), Teilhabe, Aktivität und Selbstbestimmung (11), Verbesserungspotentiale (12), Visionen für das Intensivwohnen (13), Anmerkungen und Kommentare (14).



Zur Konstruktion des Fragebogens wurden zunächst die Leistungsvereinbarungen des Intensivwohnens analysiert sowie ein Experteninterview mit Beschäftigten des Bezirks Oberbayerns durchgeführt, um die Rahmenbedingungen mit dem standardisierten Instrument eindeutig zu erfassen. Die Konstruktion der Frageitems: Umwelt der Einrichtung; Teilhabe, Aktivität und Partizipation; Teilhabe, Aktivität und Selbstbestimmung wurden auf der Basis der ICF, der UN-Behindertenrechtskonvention und der Guernsey Community Participation and Leisure Assessment (GCPLA)-Skala nach Baker (2000) entwickelt.

Überwiegend wurden Antwortformate mit Einfachauswahl und Mehrfachauswahl sowie verbalisierte und nicht verbalisierte 4- oder 5-Punkt-Skalen verwendet.

Daten wurden mit dem Online-Umfragetool Unipark erhoben. Die Befragung war vollständig anonymisiert. Rückschlüsse auf die Einrichtung und Personen konnten nicht gezogen werden.

Mit dem vorliegenden Zwischenbericht werden vorläufige Ergebnisse darüber gegeben, wie viele Personen der Zielgruppe in Bayern in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (Regelwohn- und Intensivwohneinrichtungen) leben, welche Diagnosen im Einzelnen vorliegen und wie und von wem sie betreut werden. Ein besonderer Fokus liegt auf den Rahmenbedingungen des Intensivwohnens und den pädagogischen und therapeutischen Konzepten sowie auf den „Wohnkarrieren“, also den Wohnverläufen und Übergängen der Zielgruppe in unterschiedliche Wohnformen.

Damit wird ein erster Einblick in die aktuelle Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichem herausforderndem Verhalten in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in Bayern gegeben².

Stichprobenziehung

Für die bayernweite Online-Vollerhebung wurden 557 gelistete Ansprechpartner von Wohneinrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung aus dem Adressverzeichnis³ des Bayerischen Landesamtes für Statistik angeschrieben. Zusätzlich wurden die Projektpartnereinrichtungen aus dem Intensivwohnbereich, welche Teil des Projekts PINO sind, gesondert eingeladen und angeschrieben.

Die Umfrage wurde am 14.12.2020 online gestellt und am 28.02.2021 beendet.

² Alle Ergebnisse, die mit Zahlen dargestellt werden, sind im Folgenden auch als solche in Zahlen und nicht in Buchstaben formuliert. „Eine früher gültige Buchdruckerregel, nach der generell die Zahlen von 1 bis 12 in Buchstaben und die Zahlen ab 13 in Ziffern zu schreiben sind, gilt heute nicht mehr!“ (Duden, [online], 23.04.2021).

³ Bei der Umfrage für die Statistik des Adressverzeichnisses handelt es sich um eine freiwillige Erhebung.

Alle kontaktierten Einrichtungen wurden per E-Mail persönlich mit einem zusätzlichen Anschreiben des bayerischen Behindertenbeauftragten, Holger Kiesel, kontaktiert, mit der Bitte, den Fragebogen auszufüllen.

Die Befragung fokussierte eine Vollerhebung aller bayerischen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung. Vor diesem Hintergrund wurde keine Stichprobenpopulationsgröße berechnet. Die Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen.

Tabelle 1: Stichprobe SQS BY

Einrichtungen Regel- und Intensivwohnen	Anzahl	in Prozent
Kontaktierte Ansprechpartner von Einrichtungen	557	
Fragebogenlink aufgerufen	169	
Fragebogen vollständig beantwortet	64	
Rücklaufquote (<i>Net.</i>)		11,5%
Beendigungsquote		37,9%
<u>Gültige Fragebögen</u> (<i>N</i>)	<u>64</u>	<u>37,9%</u>

2.1 Strukturmerkmale der Einrichtungen

Bei den im Folgenden dargestellten Daten handelt es sich um eine Auswahl der Gesamtinformationen, welche im Rahmen der Befragung erhoben wurden. Eine Übersicht der Zuordnung der teilnehmenden Einrichtungen findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Übersicht über die Aufteilung der Einrichtungen nach Art der Betreuung

Art der Einrichtung	<i>N</i>	Zusammensetzung
Gesamter Rücklauf von Einrichtungen mit gB	<u>64</u>	(Zusammensetzung siehe <u>gelbe</u> Ziffern)
Bayern Regelwohnen mit hV	51	(<u>41</u> davon nur Regel; davon <u>10</u> gemischt)
Bayern Intensivwohnen	12	(<u>2</u> davon nur Intensiv; davon 10 gemischt)
Bayern Regelwohnen ohne hV	<u>11</u>	
Davon OBB Regelwohnen mit hV	23	(18 davon nur Regel; davon 5 gemischt)
Davon OBB Intensivwohnen	6	(1 Einrichtung nur Intensiv; davon 5 gemischt)

Anmerkung. OBB= Oberbayern. Gemischt= Einrichtung bietet sowohl Regel- als auch Intensivwohnen an.

Die erste bayernweite Online-Erhebung zur Versorgungslage der Zielgruppe Erwachsene mit geistiger Behinderung (gB) und herausforderndem Verhalten (hV) in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe wurde von insgesamt 64 Einrichtungen ausgefüllt. 41 der Einrichtungen bezeichnen sich als reine Regelwohneinrichtungen, welche Personen der Zielgruppe mit gB und hV betreuen, 18 davon befinden sich innerhalb des Regierungsbezirkes Oberbayerns (OBB).

10 Einrichtungen bieten sowohl Wohnformen des Regelwohnens als auch des Intensivwohnens an, 5 davon in OBB.

2 der Einrichtungen gaben an, rein unter die Kategorie Intensivwohneinrichtung zu fallen, 1 davon in Oberbayern. 11 Einrichtungen, welche den Fragebogen beantworteten, betreuen derzeit keine Personen der Zielgruppe Erwachsene mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Bayernweit werden nach Angaben der teilnehmenden Einrichtungen in 51 Regelwohnformen Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen versorgt. Davon sind 23 Wohneinrichtungen in OBB. Unter allen teilnehmenden Einrichtungen handelt es sich bayernweit bei 12 Einrichtungen um Intensivwohneinrichtungen, 6 davon liegen in OBB. Die Gesamtzahl teilnehmender Einrichtungen ($N=64$) setzt sich also aus 41 reinen Regelwohneinrichtungen, 2 reinen Intensivwohneinrichtungen, 10 Einrichtungen, welche sowohl Regel- als auch Intensivwohnen anbieten, und 11 Einrichtungen ohne der betrachteten Zielgruppe zusammen (siehe gelb markierte Zahlen innerhalb der Tabelle 2).

2.2 Anzahl der Einrichtungen und Personengruppen nach Bezirk

Tabelle 3 veranschaulicht die Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen ($N=64$) auf die 7 bayerischen Bezirke. Eine erhöhte Teilnahme der oberbayerischen Einrichtungen ist auf die spezielle Ausrichtung der Studie auf Oberbayern inklusive der Bildung sogenannter Intensivnetzwerke, in welchen mit Intensivwohneinrichtungen innerhalb OBBs gearbeitet wurde, zurückzuführen.

Tabelle 3: Übersicht über die Verteilung der Einrichtungen auf Bezirke

Bezirk	Regelwohnen	Intensivwohnen	Davon sowohl als auch	Ohne ZG	Total
Oberbayern	13	1	6	4	24
Niederbayern	3			2	5
Oberpfalz	2		2	1	5
Oberfranken	2		1		3
Mittelfranken	10		1	2	13

Unterfranken	4			1	5
Schwaben	5	1			6
Total	<u>(+2) = 41</u>	<u>2</u>	<u>10</u>	<u>(+1) = 11</u>	<u>(+3) = 64</u>

Anmerkung. ZG= Zielgruppe; 3 der Einrichtungen enthielten sich bezüglich der Lage/ des Bezirkes, dies bezieht sich auf 2 Regelwohneinrichtungen und 1 Einrichtung ohne Bewohner*innen der Zielgruppe, angegeben in Klammern.

Die Gesamtzahl der Bewohner*innen aller Einrichtungen (N=64) beträgt insgesamt ungefähr 9000; davon haben rund 2500 Personen eine geistige Behinderung und herausforderndes Verhalten. Dies schließt sowohl gemeinschaftliche (besondere) Wohnformen als auch ambulante Wohnformen ein. Die Zielgruppe mit gB und hV der befragten Einrichtungen ist hauptsächlich in gemeinschaftlichen Wohnformen untergebracht (vgl. Tabelle 4). Die Befragung zeigt, dass in den Bezirken Oberbayern, Mittelfranken und Schwaben mehrheitlich Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt werden.

Tabelle 4: Übersicht über die Verteilung der Personengruppe mit gB und hV auf Bezirke (N=53)

	Gemeinschaftliche Wohnform		ambulante Wohnform		Total
	gesamt	mit gB & hV	gesamt	mit gB & hV	
Ohne Angabe	500	30	120	-	620
Oberbayern	1896	496	330	135	2747
Niederbayern	k. A.	111	25	-	238
Oberpfalz	599	73	76	1	675
Oberfranken	380	121	12	4	392
Mittelfranken	1091	787	186	26	1821
Unterfranken	428	370	162	116	648
Schwaben	837	162	405	1	1812
Total	<u>5731</u>	<u>2150</u>	<u>1316</u>	<u>283</u>	<u>8953</u>

Anmerkung. Mehrfachnennungen

2.3 Unterbringungssituation nach Leistungstypen

Eine Darstellung der unterschiedlichen Leistungstypen der Einrichtungen, die im Wohnen für erwachsene Personen mit geistiger Behinderung angeboten werden, findet sich in Tabelle 5. Hierbei sind Mehrfachnennungen bei komorbiden Auffälligkeiten möglich.

Tabelle 5: Übersicht über angebotene Leistungstypen aller beteiligter Einrichtungen (N=64)

<u>Leistungstyp</u>	<u>nur gB</u>	<u>mit hV</u>	<u>mit psych. Erkr.</u>	<u>mit ASS</u>	<u>mit anderen</u>	<u>Total</u>
WT-E-G	38	23	19	21	5	106
W-E-G	51	27	22	25	3	128
WT-E-G-INTENSIV	9	7	4	4	2	26
W-E-G-INTENSIV	3	2	2	2	1	10
WT-E-G-THERAPEUTISCH	4	2	1	1	0	8
W-E-G-THERAPEUTISCH	5	3	1	1	0	10
WT-E-G-ÜBERGANG	1	1	1	1	0	4
W-E-G-ÜBERGANG	2	1	1	1	0	5
WT-E-K	3	2	1	1	2	9
W-E-K	4	3	2	2	3	14
WT-E-S	2	1	4	0	1	8
W-E-S	2	1	3	0	0	6
aBEW	34	1	11	4	3	53
SGB XI	6	3	3	3	3	18
Integrative ambulante WGs für Menschen mit gB	4	0	0	0	0	4
BEW	8	2	5	2	2	19
TWG	0	0	1	0	0	1
BWF	4	0	2	0	0	6
Andere Leistungstypen	6	3	4	4	1	18
Total	186	82	87	72	26	453

Anmerkung. Mehrfachnennungen.

WT-E-G: Wohnen mit Tagesbetreuung; *W-E-G:* Wohnen ohne Tagesbetreuung; *G:* für geistige behinderte Erwachsene; *intensiv:* Intensivwohnen; *therapeutisch:* für Menschen mit annähernd intensivem Bedarf, die im Intensivwohnen lebten, jedoch nun keine massiven fremd-, auto- und / oder objekt aggressiven Verhaltensstörungen, die ständig und fortlaufend in schwerwiegender Weise auftreten, zeigen. *Übergang:* Übergang aus dem Intensivbereich. Positive Weiterentwicklung hinsichtlich Konfliktbewältigungsstrategien und lebenspraktischen Kompetenzen ist im Vergleich zu Bewohner*innen in Intensivgruppen bereits erkennbar. *aBEW:* Ambulant Betreutes Einzelwohnen; *SGB XI:* Soziale Pflegeversicherung; *BEW:* Betreutes Einzelwohnen; *TWG:* Therapeutische Wohngemeinschaften; *BWF:* Betreutes Wohnen in Familien; Grau hinterlegte Leistungstypen fallen unter die Kategorie des Intensivwohnens.

Auffällig ist eine hohe Zahl der Zielgruppe mit gB und hV, welche per WT-E-G und W-E-G abgedeckt sind, bei welchen es sich um Leistungstypen des Regelwohnens handelt. Erkennbar wird, dass in allen Leistungstypen Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten untergebracht sind. Auch Personen mit psychischen Erkrankungen und Autismus-Spektrum-Störungen werden in Regelwohnformen, wie dem WT-E-G und dem W-E-G untergebracht. Die Angaben aufsummiert auf das Intensivwohnen und auf das Regelwohnen betrachtet, zeigen sich prozentual bei der Unterbringung der Zielgruppen keine bedeutenden Unterschiede.

2.4 Bayernweite Betrachtung: Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen im Regelwohnen

Im Folgenden werden Ergebnisse dargestellt, die die Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen im Regelwohnen darstellen.

2.4.1 Anzahl der Bewohner*innen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten im Regelwohnen

Tabelle 6: Anzahl der Bewohner*innen

Wohnformen	Anzahl der Bewohner*innen
Intensivwohneinrichtungen	325 ^[AL1]
Regelwohneinrichtungen	1859
Ambulante Wohnformen	280
Gesamt	2.139

In den 12 teilnehmenden Intensivwohneinrichtungen in Bayern sind mindestens 325 Menschen mit einer Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen untergebracht.

In den regulären stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung sind in Bayern fast 2000 Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten untergebracht.

280 Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten leben in ambulanten Wohnformen. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die im Fokus stehende Zielgruppe in allen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe lebt.

2.4.2 Beschreibung der Diagnosen

In Tabelle 7 wird das herausfordernde Verhalten differenziert dargestellt und im Durchschnitt prozentual angegeben. Verhaltensweisen der Personengruppe innerhalb von Regelwohneneinrichtungen werden denen der Personengruppe im Intensivwohnen in Bayern gegenübergestellt. Die nachstehenden Verhaltensweisen zeigen sich ständig (einmal am Tag oder häufiger) und fortlaufend in schwerwiegender Weise, stören bzw. beeinträchtigen andere Personen in erheblichem Umfang und beeinträchtigen die gesellschaftliche Teilhabe der Person in einem hohen Maß.

Tabelle 7: Art und Weise herausforderndes Verhalten: Gegenüberstellung von Regelwohnen - Intensivwohnen

Verhaltensweisen	Angabe prozentuale Verteilung Regelwohnen	Angabe prozentuale Verteilung Intensivwohnen
	Einrichtungen: N=51	Einrichtungen: N=12
Massive anhaltende <i>autoaggressive</i> Verhaltensstörung	19,5%	37,1%
Massive anhaltende <i>objekt aggressive</i> Verhaltensstörung	16,9%	35,8%
Massive anhaltende <i>fremdaggressive</i> Verhaltensstörung	14,7%	30,5%

Anmerkung. Mehrfachnennungen

Es zeigt sich, dass autoaggressive, gefolgt von objekt aggressiven Verhaltensweisen der Bewohner*innen mit herausforderndem Verhalten im Regelwohnen eher im Vordergrund stehen als fremdaggressive Verhaltensweisen. Allerdings sind die Abweichungen nicht wirklich sehr groß.

Im Vergleich zu Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen aus dem *Regelwohnen* in Bayern zeigt sich ein nahezu identisches Bild: Die Zielgruppe zeigt überwiegend autoaggressive Verhaltensweisen, wenngleich objekt aggressive sowie fremdaggressive Verhaltensweisen vergleichsweise häufig auftreten.

Die geringeren Prozentangaben innerhalb des Regelwohnens lassen sich dadurch erklären, dass die Mehrzahl der Bewohner*innen im Regelwohnen auch keine herausfordernden Verhaltensweisen im Sinne der zugrundeliegenden Definition zeigt.

2.4.3 Beschreibung der Verhaltensweisen

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden danach gefragt, welche Diagnosen bei der Zielgruppe des Regelwohnens mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen vorliegen. Eine Differenzierung der Diagnosen sowie „andere nicht zur Auswahl stehende“ Diagnosen konnten mittels eines offenen Antwortfeldes genannt werden.

Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten, die in Einrichtungen im Regelwohnen in Bayern leben, haben häufig eine diagnostizierte Autismus-Diagnose; das gaben 30 der befragten bayerischen Regelwohneinrichtungen ($N=51$) an. Im gleichen Verhältnis haben die Bewohner*innen eine diagnostizierte psychische Erkrankung, das wurde ebenfalls von 30 Einrichtungen angegeben.

Folgende spezifische *Autismus-Diagnosen* und *tiefgreifende Entwicklungsstörungen* wurden genannt:

Tabelle 8: Autismus-Diagnose u. tiefgreifende Entwicklungsstörungen ($n=30$)

Autismus-Diagnose u. tiefgreifende Entwicklungsstörungen	Anzahl der Nennungen
Autismus-Diagnose (ICD-10)	
• Frühkindlicher Autismus (F84.0)	12
• Atypischer Autismus (F84.1)	13
• ASS (Autismus-Spektrum-Störung) (<i>n.n.bez.</i>)	2
• Asperger-Syndrom (F84.5)	3

Anmerkung. Mehrfachnennungen

Die am häufigsten auftretenden Autismus-Diagnosen der Zielgruppe sind Frühkindlicher- und Atypischer Autismus.

Unter psychischen Erkrankungen werden am häufigsten Persönlichkeitsstörungen, schizophrene und depressive Erkrankungen genannt.

Tabelle 9: Psychische Erkrankungen ($n=30$)

Psychische Erkrankung	Anzahl der Nennungen
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)	18
<ul style="list-style-type: none"> Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) (F60.3) Dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (F61) 	
Schizophrenie (F20.-)	18
<ul style="list-style-type: none"> Paranoide Schizophrenie (F20.0) Schizoaffektive Störungen (F25.0) 	
Depression; Depressive Episode (F32.-); Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)	16
<ul style="list-style-type: none"> Bipolare affektive Störung (F31.0) Anhaltende affektive Störungen (F34) Manische Episode (F30.-) 	
Psychose; psychotische Symptome	6
<ul style="list-style-type: none"> Wahnhaftige Störungen (F22) Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen (F31.2) 	
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	3
Bindungsstörung	1
Angststörung	2
Anpassungsstörung (F43.2)/Störung des Sozialverhaltens (F91)	6
Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.8)	3
Multiple Störungen der Sexualpräferenz (F65.6)	1
Suchtprobleme	1
Demenz	1
Suizidalität	1
Hyperkinetische Störungen (F90)/ „...“ des Sozialverhaltens (F90.1)	2

Anmerkung. Mehrfachnennungen

2.5 Bayernweite Betrachtung: Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen im Intensivwohnen

Im Folgenden werden Ergebnisse dargestellt, die die Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in *Intensivwohnangeboten* (IW) darstellen. Von den 64 Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung haben insgesamt 12 Einrichtungen des Intensivwohnens teilgenommen. Diese sind in der Tabelle 10 nach Bezirken aufgeführt. Anschließend werden die Ergebnisse über die Anzahl an Bewohner*innen, Aufnahmekriterien in das Intensivwohnen sowie besondere Diagnosen und Verhaltensweisen dargestellt.

Tabelle 10: Intensivwohneinrichtungen aufgeteilt nach Regierungsbezirken in Bayern ($n=11$)

Bezirk	Anzahl an IW
Oberbayern	6
Oberpfalz	2
Mittelfranken	1
Oberfranken	1
Schwaben	1
Niederbayern	-
Unterfranken	-

Anmerkungen. IW: Intensivwohnen

Zu beachten ist hierbei, dass die Intensivwohneinrichtungen in Oberbayern explizit angeschrieben und befragt wurden. Eine höhere Anzahl an Intensivwohneinrichtungen in den anderen bayerischen Bezirken ist vor diesem Hintergrund nicht auszuschließen.

2.5.1 Anzahl der Bewohner*innen im Intensivwohnen

In Tabelle 11 ist die Anzahl der Bewohner*innen aus dem Intensivwohnen nach Leistungstyp dargestellt. Die Gesamtanzahl beträgt 325 Bewohner*innen des Intensivwohnens in Bayern. Der Gesamtanzahl von 325 Bewohner*innen ist die Anzahl der Bewohner*innen der 6 teilnehmenden Intensivwohneinrichtungen aus Oberbayern gegenübergestellt. Die 170 Bewohner*innen des Intensivwohnens in Oberbayern sind in der Gesamtanzahl von 325 eingerechnet.

Tabelle 11: Anzahl Bewohner*innen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten

	Anzahl der Bewohner*innen im Intensivwohnen <u>Bayern</u> <u>gesamt</u> Einrichtungen: N=12	Anzahl der Bewohner*innen im Intensivwohnen <u>davon in Oberbayern</u> Einrichtungen: n=6
Gesamt	325	170
Im Leistungstyp: W-E-G- <i>intensiv</i>	81	33
Im Leistungstyp: WT-E-G- <i>intensiv</i>	188	115
Im Leistungstyp: W-E-G- <i>therapeutisch</i>	46	12
Im Leistungstyp: WT-E-G- <i>therapeutisch</i>	-	-
Im Leistungstyp: W-E-G- <i>Übergang</i>	8	8
Im Leistungstyp: WT-E-G- <i>Übergang</i>	2	2

Anmerkungen. W-E-G: Wohnen ohne Tagesbetreuung; WT-E-G: Wohnen mit Tagesbetreuung; G: für geistige behinderte Erwachsene; intensiv: Intensivwohnen; therapeutisch: für Menschen mit annähernd intensivem Bedarf, die im Intensivwohnen lebten, jedoch nun keine massiven fremd-, auto- und / oder objekt aggressiven Verhaltensstörungen, die ständig und fortlaufend in schwerwiegender Weise auftreten, zeigen. Übergang: Übergang aus dem Intensivbereich. Positive Weiterentwicklung hinsichtlich Konfliktbewältigungsstrategien und lebenspraktischen Kompetenzen ist im Vergleich zu Bewohner*innen in Intensivgruppen bereits erkennbar.

An der Befragung nahmen bayernweit 12 Intensivwohneinrichtungen teil. Insgesamt werden in diesen 325 Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen betreut. Mehrheitlich wird die Personengruppe im Leistungstyp WT-E-G-*intensiv* betreut. Das bedeutet, dass sie eine Tagesbetreuung haben und der Zugang zum 2. Lebensbereich (arbeiten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung) nicht ermöglicht wird.

Im Leistungstyp W-E-G-*intensiv* (81) und W-E-G-*therapeutisch* (46) sowie im Leistungstyp W-E-G-*Übergang* (8) werden insgesamt 135 Bewohner*innen betreut. Dieser Personengruppe wird der Zugang zu einem 2. Lebensbereich ermöglicht.

Warteliste

Bayern gesamt: Insgesamt warten derzeit ungefähr 273 Personen auf einen Intensivwohnplatz in Bayern (innerhalb des letzten Jahres).

Oberbayern: Auf einen Intensivwohnplatz Oberbayern warten 103 Personen.

Die Interpretation der Nennungen über die Anzahl der Warteliste ist vor dem Hintergrund der Doppelmeldungen zu sehen.

2.5.2 Beschreibung der Diagnosen der Zielgruppe des Intensivwohnens

Neben der Erfassung der Anzahl an Intensivwohneinrichtungen in Bayern, der Anzahl der Bewohner*innen und Anzahl an Aufnahmen, ist es von Interesse, die Zielgruppe des Intensivwohnens hinsichtlich der mit dem herausfordernden Verhalten auftretenden Diagnosen sowie den Ausprägungen der Verhaltensweisen differenziert zu beschreiben.

Diagnosen nach ICD-10

Die teilnehmenden Einrichtungen wurden danach gefragt, welche Diagnosen bei der Zielgruppe des Intensivwohnens vorliegen. Eine Differenzierung der Diagnosen sowie „andere nicht zur Auswahl stehende“ Diagnosen konnten mittels eines offenen Antwortfeldes genannt werden.

9 der teilnehmenden Intensivwohneinrichtungen ($N=12$) in Bayern gaben an, dass unter den Bewohner*innen *epileptische Diagnosen vorliegen*. Dass Bewohner*innen eine *Sprachstörung* aufweisen, gaben 7 Einrichtungen an. Häufig haben sie im Intensivwohnen eine Autismus-Diagnose; das gaben 10 der befragten bayerischen Intensivwohneinrichtungen an. 11 Einrichtungen nennen eine diagnostizierte psychische Erkrankung. Folgende spezifische Autismus-Diagnosen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen wurden genannt:

Tabelle 12: Autismus-Diagnose u. tiefgreifende Entwicklungsstörungen ($n=10$)

Autismus-Diagnose u. tiefgreifende Entwicklungsstörungen	Anzahl der Nennungen
Autismus-Diagnose (ICD-10)	
• Frühkindlicher Autismus (F84.0)	7
• Atypischer Autismus (F84.1)	5
• ASS (Autismus-Spektrum-Störung) (<i>n.n.bez.</i>)	2
• Andere desintegrative Störung des Kindesalters (F84.3)	2
• Asperger-Syndrom (F84.5)	1
• Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien (F84.4)	1

Anmerkung. Mehrfachnennungen

Die am häufigsten auftretenden Autismus-Diagnosen der Zielgruppe sind Frühkindlicher und Atypischer Autismus.

Die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen der Zielgruppe sind Persönlichkeitsstörungen, schizophrene und depressive Erkrankungen.

Tabelle 13: Psychische Erkrankungen ($n=11$)

Psychische Erkrankung	Anzahl der Nennungen
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.0)	6
<ul style="list-style-type: none"> Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.0) 	
Schizophrenie (F20.-)	10
<ul style="list-style-type: none"> Paranoide Schizophrenie (F20.0) Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) Schizoaffektive Störungen (F25.0) Katatone Schizophrenie (F20.2) 	
Depression; Depressive Episode (F32.-); Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)	9
<ul style="list-style-type: none"> Bipolare affektive Störung (F31.0) Manische Episode (F30.-) 	
Psychose; psychotische Symptome	5
<ul style="list-style-type: none"> Wahnhaftige Störungen 	
PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung); Trauma	2
Chronische motorische oder vokale Ticstörung	2
Bindungsstörung	2
Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)	1

Anmerkung. Mehrfachnennungen

Zudem wurden von 9 Einrichtungen weitere Diagnosen nach ICD-10 genannt:

Tabelle 14: Weitere Diagnosen nach ICD-10 ($N=12$)

Weitere Diagnosen nach ICD-10	Anzahl der Nennungen
Hyperkinetische Störungen (F90.-)	1
ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) (F90.0)	1
Bewegungsstereotypien	1
Störung des Sozialverhaltens	1
Anpassungsstörung	1

Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.-)	1
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Sedativa o. Hypnotika (F13.-)	1
Prader-Willi-Syndrom	1
Katzenschrei-Syndrom	1
Andere desintegrative Störung des Kindesalters	1
Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] (F44.-)	1
Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens u. der Sprache (F80.-)	1
Blindheit	1
Alkohol	1
Exhibitionismus	1

Prozentuale Verteilung der Zielgruppe nach Verhaltensweisen

Innerhalb des Intensivwohnen in Bayern ($N=12$) weisen Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten im Schnitt zu

- 51 Prozent *primär eine geistige Behinderung mit zusätzlicher psychischer Erkrankung sowie fremd-, auto- **und/oder** objekt aggressiven Verhaltensstörungen* auf und zu
- 23 Prozent *primär eine geistige Behinderung **und** fremd-, auto- und/oder objekt aggressive Verhaltensstörungen.*

Massive Verhaltensweisen

Als massivste Verhaltensauffälligkeiten, die sich bei Bewohner*innen im Intensivwohnen sowie Bewohner*innen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten im Regelwohnen zeigen, wurden folgende Verhaltensweisen genannt:

Tabelle 15: Massivste Verhaltensauffälligkeiten ($n=53$)

Kategorie	Beschreibung
Massive anhaltende fremd aggressive Verhaltensstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Bedrohung, Androhen von Schlägen • Schreien, massive Beschimpfungen, stundenlanges Schimpfen mit der Nutzung einer Vielzahl an Schimpfworten • Körperliche Attacken, schubsen, spucken, beißen, kratzen, treten, zwicken, schlagen (mit oder ohne Gegenständen), Treten von Mitbewohner*innen, Würgen von Mitarbeiter*innen und

<p>Massive anhaltende autoaggressive Verhaltensstörung</p>	<p>Mitbewohner*innen, Verprügeln von Mitarbeiter*innen, mit Absicht Gegenstände auf andere werfen, Haare ziehen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit Küchenmesser bedrohen • Mit der Faust gegen die Wand/den Boden schlagen, Schlagen des Kopfes gegen eine Wand, Kopf gegen Gegenstände schlagen, • Sich selbst schlagen, mit flacher Hand auf das Ohr schlagen, Kopf schlagen, Knie gegen Kopf schlagen, • Selbstverstümmelung, Zerbeißen der eigenen Handgelenke, Gelenke umbiegen, Brechen der eigenen Knochen, sich ritzen, Zerschneiden der Beine, sich kratzen, Wunden aufkratzen, sich Wunden zufügen, wiederholt an Haut herumzupfen, Haut abziehen, Zähne oder Zehennägel herausreißen, sich selbst Haare ausreißen, sich verbrühen/verbrennen
<p>Massive anhaltende objekt aggressive Verhaltensstörung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fensterscheiben einschlagen, Sofa durch das Fenster werfen, Fenster aus dem Rahmen reißen, Türen schlagen, Türen knallen, auf den Tisch schlagen, Zerstören von Möbeln und Gegenständen (z.B. Türe), komplette Zerstörung des Inventars/des Zimmers, Rausreißen von Leitungen, Heizungsrohren, Heizungen, Waschbecken, Gegenstände werfen (z.B. Stühle, Tische), Umwerfen von Tischen und Stühlen, Kleidung zerreißen • WC verstopfen, Anzünden von Räumlichkeiten und Gegenständen
<p>Weitere Verhaltens- auffälligkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe, Panikzustände, unberechenbare Ausbrüche, permanentes Ausziehen, Essen/Trinken ungeeigneter Substanzen, Suizidgedanken
<p>Obszönes Verhalten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Essen des eigenen Kotes, mit Kot schmieren, Herbeiführen von Erbrechen, Umklammern von Mitbewohner*innen mit Stimulation des Geschlechts, massive versuchte sexuelle Übergriffe

2.6 Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) und Unterbringungsbeschluss

Es ist nicht selten, dass bei Personen mit herausforderndem Verhalten unterschiedliche freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) angewendet werden sowie ein Unterbringungsbeschluss vorliegt.⁴ Mit einer separaten Frage wurde erhoben, für welche Anzahl an Personen ein Unterbringungsbeschluss vorliegt und ob im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten ein richterlicher Beschluss über freiheitsentziehende Maßnahmen vorliegt.

Von 325 Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Intensivwohnbereich ($N=12$) in Bayern liegt für insgesamt 280 der Bewohner*innen ein Unterbringungsbeschluss vor, das entspricht einem prozentualen Anteil von 86%. Zudem liegt für 229 Personen (70%) ein richterlicher Beschluss über freiheitsentziehende Maßnahmen im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten vor.

2.7 Aufnahme in das Intensivwohnen

Im Interesse der Erhebung lag es zu erfahren, woher die Bewohner*innen mehrheitlich in das Intensivwohnen aufgenommen werden.

Tabelle 16: Aufnahme in das Intensivwohnen aus vorheriger Einrichtung

	Anzahl der Nennungen <u>Bayern gesamt</u> Einrichtungen: $N=12$	Anzahl der Nennungen <u>davon in Oberbayern</u> Einrichtungen: $n=6$
Psychiatrie (allgemein)	6	4
Psychiatrie (Forensik)	1	1
Intensivwohnen für Kinder und Jugendliche	4	2
Regelwohneinrichtung der Behindertenhilfe für Kinder- und Jugendliche	5	3
Regelwohneinrichtung der Behindertenhilfe für Erwachsene	8	3
Elternhaus	4	1

⁴ § 1906 Abs. 1 und Abs. 4 BGB: *freiheitsentziehende Unterbringung* und *freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)* = aus Gründen der Gefahrenabwehr (Selbstgefährdung, Fremdgefährdung) (etwa Fixierung); bedürfen der Genehmigung des Betreuungsgerichts bei freiheitsentziehender Unterbringung und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Die Befragung zeigt, dass die Bewohner*innen mehrheitlich aus Regelwohneinrichtungen der Behindertenhilfe für Erwachsene und der Psychiatrie in das Intensivwohnen aufgenommen werden. Aus Intensivwohneinrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie aus dem Elternhaus werden seltener Bewohner*innen aufgenommen.

Getrennt betrachtet für das Intensivwohnen in Oberbayern ist hier die Psychiatrie am häufigsten genannt; gefolgt von Regelwohneinrichtungen sowohl für Kinder- und Jugendliche als auch Erwachsene.

Aufnahme aus anderen Bezirken

Von den Intensiveinrichtungen wurde rückgemeldet, dass Bewohner*innen aus anderen Bezirken aufgenommen werden. Neun Intensiveinrichtungen geben an, 57 Bewohner*innen aus anderen Bezirken zu betreuen.

In oberbayerischen Intensivwohneinrichtungen ($n=6$) sind 21 Personen aus anderen bayerischen Bezirken untergebracht.

Alle bayerischen Intensivwohneinrichtungen ($N=12$) geben an, dass 14 Bewohner*innen aus anderen Bundesländern kommen⁵.

Vier der teilnehmenden Intensiveinrichtungen berichten, dass innerhalb der letzten 2 Jahre 6 Bewohner*innen in ihren Heimatbezirk und/oder in ihr Bundesland zurückgeführt wurden.

Auswahlkriterien zur Aufnahme ins Intensivwohnen

Werden erwachsene Personen in das Intensivwohnen aufgenommen, müssen ausführliche Informationen über deren Behinderung, die Ausprägungen des herausfordernden Verhaltens, zusätzliche psychische Erkrankungen, Hilfe-/Unterstützungsbedarf in allen Lebensbereichen (lebenspraktisch, pädagogisch, soziotherapeutisch) und weitere personenbezogene Faktoren (z.B. Hyperaktivität, Passivität, Ängste, etc.) vorliegen. In das Intensivwohnen werden nach Angaben in den Leistungsvereinbarungen insbesondere Erwachsene mit einer primären geistigen Behinderung, zusätzlichen psychischen Erkrankung und massiven fremd-, auto- und/oder objekt aggressiven Verhaltensstörungen aufgenommen.

11 Einrichtungen des Intensivwohnens aus Bayern ($N=12$) gaben an, dass sie bestimmten Einschlusskriterien zur Aufnahme ins Intensivwohnen folgen. Folgende Aspekte⁶ wurden genannt (Anzahl der Nennung/en in Klammern):

- Diagnose der geistigen Behinderung (5)

⁵ Eine Gewichtung nach Bundesländern ist hierbei aus den Ergebnissen nicht abzuleiten.

⁶ Eine Gewichtung lässt sich hierbei nicht vornehmen.

- Herausforderndes Verhalten (massive Verhaltensauffälligkeiten; Auto-, Sach- und Fremdaggression) (4)
- Psychische Störung (1)
- Unterbringungsbeschluss (2)
- Passung zu strukturellen Rahmenbedingungen wie aktuelle Gruppenbelegung, Gruppenkonstellation, Gruppenkonzeption (5)
- Mehrfache Psychiatrieaufenthalte in der Vergangenheit (1)
- Herausforderndes Verhalten, das nicht ausreichend mit Medikamenten zu behandeln ist (1)

Von 3 Einrichtungen wurden zusätzlich *Ausschlusskriterien* angegeben:

- Keine forensische Unterbringung (1)
- Suchterkrankungen (2)
- Personen mit Essstörungen (1)
- Überwiegend suizidgefährdete Personen (1)
- Verurteilte Straftäter (1)

Es sollten Informationen erhalten werden, inwieweit weitere oder andere Auswahlkriterien für den Wohnbereich des Intensivwohnens verwendet werden. Aus den Angaben sind - bis auf die Angaben über einen Unterbringungsbeschluss - keine neuen Aspekte zu erfahren. Inwieweit bei einer Neuaufnahme der Unterbringungsbeschluss auch von anderen Intensivwohneinrichtungen als Kriterium herangezogen wird oder nicht, muss in weiteren Befragungen nachgegangen werden.

Unter dem Aspekt Personenzentrierung wurde danach gefragt, ob Bewohner*innen bei Neuaufnahmen von Mitbewohner*innen mit einbezogen werden.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Bewohner*innen bei Neuaufnahmen von Mitbewohner*innen nicht mit einbezogen werden. 9 von 12 der Einrichtungen verneinten; 2 beantworteten dies mit ja.

2.8 Rahmenbedingungen des Intensivwohnens

Die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen ist hochanspruchsvoll und verlangt neben einem besonderen nach den individuellen Bedarfen der Personen ausgerichteten Betreuungssetting, gut ausgebildete und verfügbare Fachkräfte. Wie die Personalsituation hinsichtlich der Qualifikationen aber auch der Besetzung der Mitarbeiter*innenstellen aussieht, wird unter diesem Punkt dargestellt.

Mitarbeiter*innen und Qualifikationen innerhalb des Intensivwohnens

11 der Intensivwohneinrichtungen ($N=12$), die an der Umfrage teilnahmen, haben insgesamt 457 Mitarbeiter*innen; davon sind 202 Vollzeitstellen (44%).

Mehrheitlich vertretene Qualifikationen sind: Heilerziehungspfleger*innen (140/ $n=9$), Hilfskräfte (132 / $n=10$), Pflegekräfte (66/ $n= 8$). Wenig vertreten sind: Psychologe*innen (Dipl.-, B.A., M.A.), (6/ $n=6$), Sozialpädagoge*innen (Dipl.-, B.A., M.A.) (6/ $n=5$), Therapeut*innen (6/ $n=6$).

Angegeben wird von den befragten Intensivwohneinrichtungen, dass es an den Qualifikationen der Profession Heilerziehungspfleger*in (Mittelwert: 2,5/ $n=10$) mangelt. Ein eher großer Mangel wird an Personal der Qualifikation Erzieher*in (Mittelwert: 2,8/ $n=7$); angegeben. Ein großes Defizit wird ebenso bei Therapeutinnen und Therapeuten (z.B. Physio-/ Ergotherapie) (Mittelwert: 2,2/ $n=7$) genannt. Beurteilt wurde dies auf einer Skala von 1- 3 (kein Mangel – Mangel – großer Mangel).

Die Intensivwohneinrichtungen würden bevorzugt die Qualifikation Heilerziehungspfleger*in ($n=9$) einstellen. Gefolgt wird diese Angabe von der Qualifikation Erzieher ($n=7$) und Heil- und Sozialpädagoge ($n=5$).

Nach Angaben der befragten Intensivwohneinrichtungen ($N=12$) haben 2 Einrichtungen 3 unbesetzte Arbeitsstellen (davon 1 Einrichtung: 2 und 1 Einrichtung: 1).

Im Durchschnitt ist eine Fluktuation von 10,7 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Intensivwohneinrichtungen innerhalb der letzten 2 Jahre zu verzeichnen.

2.9 Einstellung zur Aufnahme von Personen aus dem Intensivwohnbereich

Wesentlich zur Verbesserung der Versorgungssituation der Personengruppe in Bayern war es ferner, danach zu fragen, welche Einstellungen die bayerischen Einrichtungen zur generellen Aufnahme des Personenkreises haben.

Tabelle 17: Einstellung zur Aufnahme von Personen aus dem Intensivwohnbereich

	Zustimmung zur Aufnahme in Prozent
Einrichtungen, die Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten betreuen, aber KEINE Wohnformen im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN haben	44 %

Einrichtungen, die Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN betreuen	1 %
Einrichtungen, die Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten SOWOHL im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN als auch in REGULÄREN Wohnformen betreuen	8 %
Einrichtungen, die KEINE Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten betreuen und keine Wohnformen im Leistungstyp INTENSIVWOHNEN haben	4 %

Auf Nachfrage, welche Träger dazu bereit wären diesen Personenkreis aufzunehmen, fällt auf, dass insbesondere Einrichtungsträger, die den Personenkreis in Regelwohneinrichtungen betreuen (44%), einer weiteren Aufnahme zustimmen. Einrichtungen, die den Personenkreis ausschließlich in Intensivwohneinrichtungen betreuen, lehnen eine weitere Aufnahme des Personenkreises eher ab (1%). Zur Überlegung steht, inwieweit diese Ablehnung möglicherweise mit den derzeit fehlenden Plätzen und dem Fachkräftemangel in Verbindung steht.

2.10 Bedingungen zur Aufnahme von Personen aus dem Intensivwohnbereich

Bei der Frage, was die Einrichtungsträger zur weiteren Betreuung der Personengruppe brauchen, wird ersichtlich, dass insbesondere ein Mehr an Personal ($M=4,2$), das im Umgang mit diesem Personenkreis qualifiziert ist, nachgefragt wird ($M=4,5$); ebenso haben entsprechende bauliche Voraussetzungen eine hohe Relevanz für die Betreuung der Personengruppe ($M=4,22$).

Tabelle 18: Rahmenbedingungen zur Aufnahme im Intensivwohnen

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mehr Personal	59	4,20	1,243
Flexiblere Gruppenzusammenstellungen	53	3,77	1,368
Qualifiziertes Fachpersonal	60	4,50	1,157
Bauliche und räumliche Voraussetzungen (z.B. mehr Wohnraum, Ausstattung mit Sicherheitsglas)	59	4,22	1,340

Geeignete pädagogisch-therapeutische Angebote/ Konzepte	56	3,77	1,427
Andere inhaltliche Ausrichtung (Spezialisierung) unserer Einrichtung	55	3,18	1,467
Einrichtungs-Know-How erfahrener Träger	53	2,85	1,446

Anmerkung. 1= trifft überhaupt nicht zu; 2 = trifft nicht zu; 3 = teils/teils; 4 = trifft zu; 5 = trifft voll und ganz zu

2.11 Zukunftsvisionen für das Intensivwohnen in Bayern

Unter der Kategorie "Big Five" sollten die Mitarbeiter*innen sowohl im Intensiv- als auch im Regelwohnen Aspekte, die Sie sich in Zukunft für die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten wünschen, vermerken. Folgende Antworten (Tabelle 19) wurden gegeben (persönliche Aussagen der Mitarbeiter*innen zusammengefasst unter Oberkategorien):

Tabelle 19: Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens

Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens	Nennungen
<p>Personelle Besetzung und Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Stellenschlüssel • Ausreichend qualifiziertes Fachpersonal • Veränderung der Personalstruktur (interdisziplinäres Team) • Zeitknappheit • Weniger Bürokratie wie Dokumentation und Berichtswesen – Vereinfachung der Administration • Ressourcen für die Arbeit mit gesetzlichen Betreuern und Angehörigen 	44
<p>Flexiblere Wohn- und Betreuungsstrukturen (Personenzentrierung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung des BTHG im Sinne der Klienten (Personenzentrierung im Vordergrund - weg vom Systemdenken) • Passendere Leistungsvereinbarungen, individuelle personenzentrierte Lösungen mit den Kostenträgern • Partizipation der Bewohner, Selbstständigkeit fördern, Bedürfnisse und Bedarfe der Klientel erkennen, Bedürfnisorientierung, Betreuung am Bedarf • Mehr Möglichkeiten für Einzelbetreuung • Anpassung der strukturellen Gegebenheiten an die Bedürfnisse der Klientel 	38

-
- Flexiblere Gruppenzusammenstellung, Belegung nach Bedürfnis und nicht nach Diagnose
 - Flexibilisierung der Betreuung (im Setting und im Konzept)
 - Durchlässige Wohnformen, Erleichterung zum Übergang in alternative Einrichtungen, Übergangsgruppe, Trainingsgruppe zum offenen Wohnbereich

Baulich-strukturelle Rahmenbedingungen

35

- Bessere bauliche und räumlich geeignete Ausstattung und Rahmenbedingungen, z.B. Einzelzimmer, Rückzugsräume
- Mehr Rückzugs- und Kleingruppenmöglichkeiten in Einrichtungen
- Großzügige Räumlichkeiten
- Barrierefreiheit
- Kleinere Wohngruppen (max. 6 Bewohner*innen bei gleichbleibendem Personal)
- Möglichkeit zu angegliedertem Einzelwohnen

Aus- und Fortbildungen

20

- Ausbildung von Heilerziehungspflegerinnen in der Intensivgruppe/Intensivere
- Berücksichtigung der Inhalte in der HEP-Ausbildung
- Lehrkonzepte Wohnen Intensiv für alle Ausbildungsbereiche der Behindertenhilfe
- Zusatzqualifizierungen, differenzierte Fortbildungen für Mitarbeiter*innen
- Supervision

Ärztliche und therapeutische Versorgung

27

- Verfügbare zusätzliche Psychotherapieangebote, therapeutisch/psychologische Unterstützung, psychiatrische Betreuung
- Ausweitung der ambulanten therapeutischen Angebote
- Engmaschigere, adäquate ärztliche Versorgung
- Mehr Unterstützung durch Psychiatrie, Verbesserung und Ausweitung der spezialisierten psychiatrischen Versorgung, speziell auch für Krisensituationen
- Kriseninterventionsplätze zur (vorübergehenden) Betreuung und Entlastung
- Kompetente Ansprechpartner in Notsituationen, mehr spezialisierte Ärzte und Kliniken

Finanzierungsmechanismen

21

- Umfängliche Finanzierung der individuellen Bedarfe inkl. Sonderbedarfe, dem Bedarf entsprechende Pflegesätze
- Finanzierung von Einzelmaßnahmen

- Bessere, adäquate, flexiblere Finanzierung der Mitarbeiter*innen (Anreize schaffen)
- Keine trägerübergreifenden Unterschiede bei der Bezahlung, Sozialleistungen, etc.
- Berücksichtigung von erhöhtem Schulungs- und Supervisionsbedarf bei Refinanzierung ohne Kürzungen
- Refinanzierung von Fachpersonal vorab vor Aufnahme zur Entwicklung von individuellem Konzept
- Längerfristige Kostenzusagen für bessere Planungssicherheit auch bzgl. Personalplanung
- Gleiche Finanzierungsmöglichkeiten für Menschen mit mehrfacher Schwerbehinderung, die aktuell auf Angebote im gemeinschaftlichen Wohnen angewiesen sind, wie für Menschen mit Behinderung, die sich selbst vertreten können
- Umsetzung des Artikel 19a der UN-Behindertenkonvention: Überprüfung durch ein unabhängiges Gremium (z.B. inwieweit durch Kostendruck die Rechte der Bewohner eingeschränkt werden)

Kooperationen und Vernetzung mit Bezirk und anderen Trägern

18

- Krisenmanagement in Zusammenhang mit dem Bezirk bei unbetreubaren Bewohnern
- Unbürokratischere Zusammenarbeit mit zuständigen Ämtern und Behörden, schnellere Bearbeitung von dringenden Anliegen, flexible, unbürokratische Handlungsspielräume
- Unterstützung durch den Kostenträger, um neue Angebote entwickeln zu können verlässliche Partner (z.B. Kostenträger)
- Stopp der Herabstufung des Hilfebedarfs durch den Bezirk
- Bewusstsein bei Kostenträgern und der Gesellschaft, dass mangelnde personelle Ausstattung nicht zu FEM führen dürfen
- Mehr Austausch mit anderen Einrichtungen, verdichtete Vernetzung aller Intensiveinrichtungen, trägerübergreifende Praxisreflexionszirkel

Haltung und Bewusstseinsbildung

Innerhalb der Wohneinrichtung

10

- Haltung gegenüber Personengruppe verbessern
- bewusste Entscheidung für die Begleitung von Menschen mit herausforderndem Verhalten, die aktiv den dynamischen Begleitprozess mitgestalten

-
- Mehr Bereitschaft des Personals sich auf diese Menschen einzulassen
 - Mehr Begegnung auf Augenhöhe
 - Mehr Verständnis dafür, nicht in die Norm zu passen sowie größere Fehlertoleranz und Geduld
 - Friedliches Gruppenklima, mehr Wertschätzung der Mitarbeiter*innen

Gesellschaftlich

10

- Unsere Bewohner*innen brauchen eine Lobby
- Haltung gegenüber Personengruppe verbessern
- Sensibilisierung der Gesellschaft, mehr Toleranz in der Gesellschaft und von Nachbarn, Akzeptanz in der Gemeinde, Partizipation/Integration in die Gesellschaft
- Entstigmatisierung, Normalität
- Unterstützung

Übergang zweiter Lebensbereich

8

- 2. Lebensbereich (Flexibilisierung)
- Mehr Angebote im Bereich Arbeit

Sozial- und Lebensweltbezug

3

- Einbindung in den Sozialraum/Sozialraumorientierung
- Mehr Möglichkeiten einer Alltagseinbindung anstatt Sonderprogramme - Essen in der Gruppe selbst zubereiten, weniger Förderdruck und mehr Zeit für alltägliches Erleben und altersgerechte Aufgaben im Alltag

Wissenschaftliche Ergebnisse

6

- Aktuelle, wissenschaftlich fundierte Methoden zum Umgang
 - Mehr wissenschaftliche aber praxisnahe Forschung – insgesamt besseres Eingehen auf diese besonderen Menschen
 - Qualitätsstandards *Wohnen Intensiv* (inhaltlich, personell, strukturell)
 - Pilotprojekte mit intensiver 1:1-Betreuung und wissenschaftliche Begleitung einzelner Personen zur Untersuchung wie FEM und deren traumatische Folgen reduziert werden können
 - Wissenschaftliche Untersuchungen zur Traumatisierung dieses Personenkreises und Entwicklung einer Leitlinie (in der S3 Leitlinie *Posttraumatisches Belastungssyndrom* sind behinderte Menschen nicht erfasst)
-



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



Anhand der Rückmeldungen und damit genannten Zukunftsvisionen ist eine mehrheitliche Veränderung und Weiterentwicklung hinsichtlich personeller Besetzung und Rahmenbedingungen, flexibleren Wohn- und Betreuungsstrukturen (Personenzentrierung) sowie baulich-strukturellen Rahmenbedingungen gewünscht.

Aus Einrichtungsträgerperspektive werden zur Weiterentwicklung des Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen insbesondere strukturelle Rahmenbedingungen wie der Ausbau von Wohnplätzen, Finanzierungsmechanismen (insbesondere mit dem Blick auf die Flexibilisierung der Leistungen), Gleichbehandlung der Träger, bedarfsorientierte Leistungen und Planungssicherheit nachgefragt.

Ferner werden vielfältigere und flexiblere Wohn- und Betreuungsangebote sowie spezifische Betreuungskonzepte für den Personenkreis als wesentliche Zukunftsperspektive betrachtet, die sich in einer personenzentrierten Ausrichtung der Unterstützung widerspiegeln. Gefordert wird ebenso der Zugang zum 2. Lebensbereich.

Weitere wesentliche Faktoren sind verbesserte Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter*innen wie spezifische Aus- und Weiterbildungen mit Blick auf den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen.

Auch weiche Faktoren wie die Haltung und Bewusstseinsbildung gegenüber dem Personenkreis sowohl innerhalb der Einrichtung als auch in der Gesellschaft werden als relevant gesehen.

Gewünscht wird auch eine verbesserte Kooperation und Vernetzung mit dem Kostenträger, den Psychiatrien und anderen Einrichtungsträgern, die den Personenkreis betreuen.

3 Zusammenfassung Ergebnisse Status Quo Studie Bayern (SQS BY)

Die vorläufigen und auszugsweisen Ergebnisse der ersten bayernweiten Erhebung zur Versorgungslage und Betreuungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten stellt einen ersten Überblick dar, wie viele Personen dieser Zielgruppe in bayerischen Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht sind, in welchen Wohnformen sie leben und wie sie differenziert nach Diagnosen und Verhaltensweisen beschrieben werden kann. Ein zahlenbasierter Einblick wird auch über die Wohnkarrieren der Personengruppen gegeben.

Insgesamt haben bayernweit 64 Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung teilgenommen. 51 dieser Einrichtungen betreuen Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in Regeleinrichtungen. Erkennbar wird zugleich, dass in allen Leistungstypen der Eingliederungshilfe Menschen mit geistiger Behinderung und stark herausforderndem Verhalten sind. Untergebracht ist die Zielgruppe hauptsächlich in gemeinschaftlichen Wohnformen. Bereits diese erste Erkenntnis wirft die Fragen auf, wie die Betreuung des Personenkreises in Regelwohneinrichtungen ermöglicht wird, ob, und wenn ja, inwieweit die Wohneinrichtungen mit dieser Klientel überfordert sind und welche Unterstützungsmechanismen von Regeleinrichtungen genutzt werden, um die Personengruppe in diesen Wohnsettings angemessen zu betreuen.

Die Anzahl der Personen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen beträgt in Bayern insgesamt 2500 Personen. In den Bezirken Oberbayern, Mittelfranken und Schwaben werden Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhalten mehrheitlich in Einrichtungen der Eingliederungshilfe versorgt.

Der besondere Fokus der Untersuchung auf die Unterbringung der Personengruppe in Intensivwohnformen zeigt, dass die Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten bayernweit mindestens in 12 Intensivwohneinrichtungen betreut werden. Davon werden in Intensivwohneinrichtungen in Bayern insgesamt 325 Personen betreut.

Die Versorgungslage der Personengruppe hinsichtlich des Ausbaus weiterer Wohnplätze zeigt sich anhand der Wartezahlen, die sich im Intensivwohnbereich auf 273 Personen belaufen. Die Übergänge in das Intensivwohnen finden mehrheitlich aus dem Regelwohnen für erwachsene Menschen statt. Der bereits von Theunissen und Kuligs (2019) beschriebene „Behindertentourismus“ wird auch für Bayern erkennbar. So werden Bewohner*innen ins Intensivwohnen sowohl aus anderen Bezirken als auch aus anderen Bundesländern aufgenommen.



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION

LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK

UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



Ein erstes Ziel der Befragung war es, die Zielgruppe Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten eingehend zu beschreiben. Der Personenkreis des Intensivwohnens zeigt zusätzlich zur geistigen Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen häufig eine Autismus-Diagnose sowie eine Diagnose einer psychischen Erkrankung. Die Verhaltensweisen der Zielgruppe zeigen sich überwiegend in autoaggressiven Verhaltensweisen, welche mittels einer offenen Frage detailliert beschrieben wurden. Hierdurch ist es der Forschungs- und Arbeitsgruppe möglich, in weiteren Datenauswertungen Vergleiche hinsichtlich der Zielgruppe und den Wohn- und Unterbringungsformen in allen Einzelheiten zu ziehen.

Insgesamt kann für den ersten Einblick in einen komplexen Datensatz festgehalten werden, dass mit der Befragung erstmalig für Bayern ein ausführliches Bild über die Versorgungs- und Betreuungslage des Personenkreises Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in Bayern gegeben werden kann. Es gilt, die Ergebnisse im Weiteren vertiefend auszuwerten, miteinander in Vergleich zu setzen sowie in Bezug zum nationalen und internationalen Forschungskontext zu stellen.

Anzumerken ist, dass diese Studie nicht den Anspruch einer Vollerhebung erfüllt, wenngleich alle Einrichtungen in Bayern angeschrieben und eingeladen waren. Die Teilnahme war freiwillig. Ausgewertet wurden nur die Daten der Einrichtungen, die an der Umfrage teilgenommen hatten. Mit Verallgemeinerung sollte vorsichtig umgegangen werden. Dennoch geben die Zahlen einen guten Überblick zur aktuellen Situation als auch wertvolle Hinweise auf Veränderungsbedarfe.



II. Teilstudie: Intensivwohnen in Oberbayern

4 Ergebnisse Status Quo Studie Oberbayern (SQS OBB) – Personenebene

Zur Entwicklung eines nachhaltig wirkenden Gesamtkonzeptes für das Intensivwohnens wurde mit einem separaten Schritt einer weiteren Online-Erhebung die personenbezogene Perspektive im Besonderen berücksichtigt. Hierfür gilt es die Bedarfslage und Versorgungssituation zu identifizieren und zu erfassen, welche Bedingungen ein Wohn- und Betreuungskonzept des Intensivwohnens erfüllen muss, um die Wohn- und Betreuungsqualität sowie Teilhabesituation für eine weitgehend exkludierte Personengruppe zu verbessern. Es war die erste spezifische Befragung für den Bereich des Intensivwohnens im Bezirk Oberbayern, die explizit die personenbezogene Perspektive von Bewohnerinnen und Bewohnern in Intensivwohneinrichtungen erhob.

Die Studienteilnehmer*innen wurden mit einem Informationsblatt, übersetzt in leichter Sprache, über die Dauer der Befragung (50 Minuten), die Inhalte, die jederzeitige und folgenlose Rücktrittsmöglichkeit, Freiwilligkeit und Verwendung und Löschung der Daten informiert. Damit fand eine informierte Einwilligung statt.

Eine beigefügte Einwilligungserklärung musste von der/dem Bewohner*in und von der jeweiligen gesetzlichen Betreuung unterschrieben werden und an die Forschungsgruppe zurückgesandt werden. Diese wurde sowohl in leichter als auch in „schwerer“ Sprache den Teilnehmer*innen beigefügt.

Eingeladen waren alle Bewohner*innen des Intensivwohnens und/oder Bezugsbetreuer*innen und/oder gesetzlichen Betreuer*innen von Bewohner*innen in Intensivwohneinrichtungen in Oberbayern, diese Studie gemeinsam mit dem/der Bewohner*in oder stellvertretend für die Bewohner*in vollständig auszufüllen. Für alle teilnehmenden Bewohner*innen musste gleich zu Beginn des Fragebogens ein Pseudonym eingegeben werden.

Der Zielgruppe Bewohner*innen in Intensivwohneinrichtungen in Oberbayern stand es frei, die Umfrage persönlich zu bearbeiten oder stellvertretend von einer/einem Bezugsbetreuer*in ausfüllen zu lassen.

Die Umfrage war vollständig anonymisiert. Weder bezüglich der Einrichtung noch der Bewohner*innen konnten jegliche Rückschlüsse gezogen werden. Daten wurden mit dem Online-Umfragetool Unipark erhoben.

Die Frageitems gliederten sich in fünf wesentliche inhaltliche Abschnitte: strukturmerkmale der Einrichtung (1), personenbezogene Merkmale (2), Rahmenbedingungen des Intensivwohnens I (3); personenbezogene Faktoren & Körperstrukturen/-funktionen (Diagnosen und Definition) (4), personenbezogene Faktoren & Körperstrukturen/-funktionen (Definition herausforderndes Verhalten) (5), Rahmenbedingungen des Intensivwohnens II (6), pädagogische und therapeutische Ausrichtung des Intensivwohnens (7), freiheitsentziehende Maßnahmen des Intensivwohnens (8), Medikamentengabe (9), Wohnkarriere Intensivwohnen (10), Umwelt der Einrichtung (11), Aktivität und Partizipation (Teilhabebereiche) (12), zweiter Lebensbereich (13), Personenzentrierung (14), Verbesserungspotentiale (15), Anmerkungen und Kommentare (16).

Gefragt wurde nach persönlichen Erfahrungen hinsichtlich der Ausprägung der herausfordernden Verhaltensweisen, den pädagogisch-therapeutischen und freiheitsentziehenden Maßnahmen, der Angaben zur Wohn- und Lebenssituation, der Teilhabebereiche im Wohnumfeld und der Lebenszufriedenheit.

Zur Konstruktion des Fragebogens und einer differenzierten Beschreibung der Personengruppe liegt der Erhebung ein systemökologisches Verständnis von herausfordernden Verhaltensweisen zugrunde. Die differenzierte Beschreibung der Diagnosen der Personengruppe wurde auf Basis der ICD-10 erfasst. Der Grad des herausfordernden Verhaltens sowie die Stärken der Personengruppe wurde auf einer von Theunissen und Kulig (2019) entwickelten Skala erfasst.

Die Konstruktion der Frageitems „Umwelt der Einrichtung“, „Aktivität und Partizipation“, „Teilhabe und Personenzentrierung“ wurden auf der Basis der ICF, der UN-Behindertenrechtskonvention und der Guernsey Community Participation and Leisure Assessment (GCPLA)-Skala nach Baker (2000) entwickelt.

Überwiegend wurden Antwortformate mit Einfachauswahl und Mehrfachauswahl sowie verbalisierte und nicht verbalisierte 4- oder 5-Punkt-Skalen verwendet.

Stichprobenziehung

Für die in Oberbayern durchgeführte Online-Erhebung wurden alle neun Projektpartnereinrichtungen des Intensivwohnens für Erwachsene, welche Teil des Projektes PINO sind, angeschrieben und damit eingeladen, sich an der Umfrage zu beteiligen. Die neun Einrichtungen verteilten sich auf sieben Träger der Behindertenhilfe im Regierungsbezirk Oberbayern. Die Umfrage wurde am 25.02.2021 online gestellt und am 04.06.2021 beendet.

Die Zielgruppe der Befragung waren erwachsene Bewohner*innen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen, die in Intensivwohnangeboten der Eingliederungshilfe im Bezirk Oberbayern leben. Die Anzahl der Bewohner*innen in Intensivwohneinrichtungen in

Oberbayern beläuft sich, nach Angaben des Bezirkes Oberbayern, auf circa 200 bis 250 Bewohner*innen.

Tabelle 20: Stichprobe SQS OBB, Teil 2

Einrichtungen und Bewohner*innen des Intensivwohnens Oberbayerns	Anzahl	in Prozent
Kontaktierte Einrichtungen in OBB	9	
Fragebogen aufgerufen (Mitarbeiter*innen)	134	
Gesamt Anzahl Bewohner*innen	>170	100%
Fragebogen beantwortet stellvertretend für bzw. als Bewohner*innen des Intensivwohnens	151	
Rücklaufquote (gültige Fragebögen) (N)	<u>151</u>	<u>88,8%</u>

Insgesamt beträgt der Rücklauf der Befragung 151 gültige Fragebögen, dies entspricht 88,8 Prozent.

Ausfüllende des Online-Fragebogens

Der Fragebogen wurde stellvertretend von einem/einer Bezugsbetreuer*in, Bereichsleiter*in oder einer anderen Fachkraft der Wohngruppe für 118 Bewohner*innen (78%) ausgefüllt. 22 Bewohner*innen (15%) füllten diesen gemeinsam mit einem/einer Bezugsbetreuer*in (11 Angaben fehlen) aus.

4.1 Strukturmerkmale der Einrichtungen

Träger der Einrichtung

Wie in Tabelle 21 sichtbar gab der Großteil teilnehmender Personen an, in Einrichtungen von öffentlich-rechtlichen Trägern wohnhaft zu sein (65,6%), wohingegen jeweils ein Sechstel (16,6%) der Bewohner in Einrichtungen von freigemeinnützigen oder privat (gewerblichen) Trägern untergebracht war.

Tabelle 21: Träger der Einrichtung teilnehmender Personen ($N=151$)

Träger der Einrichtung	in Prozent
staatliche Träger	0,7%
öffentlich-rechtliche Träger	65,6%
freigemeinnützige Träger	16,6
privat (gewerbliche) Träger	16,6

Lage der Einrichtungen

Tabelle 22 veranschaulicht die Lage der Einrichtungen, in welchen die Bewohner untergebracht sind. Der Großteil der Einrichtungen befindet sich laut Angaben in Dorflage (69,5%), einige Einrichtungen in kleinen bis mittelgroßen Städten. Keine Nennung gab es für Einrichtungen in einer Großstadt.

Tabelle 22: Lage der Einrichtungen ($N=151$)

Lage der Einrichtung	in Prozent
Dorflage bzw. Landgemeinde (unter 5.000 Einwohner)	69,5%
Kleinstadt (5.000 - 19.999 Einwohner)	13,2%
Mittelgroße Stadt (20.000 - 99.999 Einwohner)	16,6%
Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	0%

Angaben zum Geschlecht

Aus der Gesamtheit der Teilnehmenden waren 35,1% weiblich und 63,6% männlich. Keine Angaben wurden einem diversen Geschlecht zugeordnet, 1,3% der Bewohner enthielten sich einer Angabe.

4.2 Rahmenbedingungen des Intensivwohnens

4.2.1 Herkunftsort

Tabelle 23 veranschaulicht die Herkunftsorte der Bewohner*innen. Der Großteil der Bewohner*innen kommt ursprünglich aus München oder dem Rest Oberbayerns, wohingegen der Prozentsatz aus dem Rest Deutschlands oder internationaler Bewohner*innen relativ gering ist.

Tabelle 23: Herkunftsort (N=151)

Herkunftsort	in Prozent
Keine Angabe	13,9%
München	39,1%
Rest Oberbayerns	27,8%
Rest Bayerns	13,3%
Rest Deutschlands	1,3%
International	4,6%

4.2.2 Leistungsträger

Die Leistungsträger der befragten Bewohner*innen sind bei 85,4% der Standortbezirk. 10,6% der Befragten gaben an, unter einen anderen Bezirk in Bayern zu fallen, bei 2% sitzt der Leistungsträger in einem anderen Bundesland. Zwei Prozent enthielten sich.

4.2.3 Leistungstypen

Tabelle 24 beschreibt die angegebenen Leistungstypen, untergliedert in jene Nennungen mit und ohne zusätzlicher Einzelleistungsvereinbarungen.

Tabelle 24: Leistungsträger (N=151)

Leistungstypen	Nennungen
Mit zusätzlicher Einzelleistungsvereinbarung	
Leistungstyp WT-E-G-INTENSIV	8
Leistungstyp W-E-G-INTENSIV	1
OHNE zusätzliche Einzelleistungsvereinbarung	
Leistungstyp WT-E-G-INTENSIV	79
Leistungstyp W-E-G-INTENSIV	18
Leistungstyp W-E-G-THERAPEUTISCH	8
Leistungstyp W-E-G-ÜBERGANG	2
Andere	22

4.3 Gruppengröße im Intensivwohnen

Die Angaben zu den Rahmenbedingungen der Intensivwohnangebote geben Auskunft zur durchschnittlichen Anzahl der Bewohner*innen auf den Wohngruppen und die Unterbringung in einem Einzel- oder Doppelzimmer. Mehrheitlich leben 7 Personen in einer Wohngruppe mit Bewohnerinnen und Bewohnern, die herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Die Unterbringung findet meist in Einzelzimmern (84,1%; $n=127$) statt.

Tabelle 25: Durchschnittliche Anzahl der Bewohner*innen

Hilfebedarfsgruppe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Durchschnittliche Anzahl der Bewohner*innen auf einer Wohngruppe	143	6,74	0,86
Anzahl der Bewohner*innen mit HV	143	6,67	0,95

4.4 Personenbezogene Faktoren und Körperstrukturen und -funktionen (Diagnosen und Definitionen)

4.4.1 Zielgruppe des Intensivwohnens in Oberbayern

Bei der Befragung zum Grad der Behinderung (GdB) der Bewohner*innen gaben 81,4% der Befragten einen GdB von 100 an. 13,2% der Befragten machten keine Angabe zu GdB oder enthielten sich und die verbleibenden 5,4% sind von leichten oder mittelgradigen Einschränkungen betroffen. In Tabelle 26 kann die Zuordnung zu einer Hilfebedarfsgruppe betrachtet werden. Der Großteil der Befragten, welche sich hierzu äußerten, befindet sich in keiner Hilfebedarfsgruppe. Die Angaben zum Grad der Behinderung der Personen zeigen, dass die Bewohner*innen mehrheitlich einen Grad der Behinderung von 100 haben.

Tabelle 26: Hilfebedarfsgruppe ($N=151$)

Hilfebedarfsgruppe	in Prozent
Hilfebedarfsgruppe 1	2,0%
Hilfebedarfsgruppe 2	1,3%
Hilfebedarfsgruppe 3	4,0%

Hilfebedarfsgruppe 4	11,3%
Hilfebedarfsgruppe 5	5,3%
Keine Hilfebedarfsgruppe	44,4%
Keine Nennung	31,8%

Die Hilfebedarfsgruppe 4 ist mehrheitlich im Intensivwohnen vertreten. Auffallend ist jedoch, dass Personen im Intensivwohnen mehrheitlich keine Zuordnung zu einer Hilfsbedarfsgruppe haben.

Tabelle 27: Zielgruppe des Intensivwohnens in Oberbayern (N=151)

Zielgruppe	in Prozent
Primär geistige Behinderung und zusätzliche psychische Erkrankung und fremd-, auto- und / oder objekt aggressive Verhaltensstörung	68,9%
Primär geistige Behinderung und fremd-, auto- und/oder objekt aggressive Verhaltensstörung	25,2%

Eindeutig zeigt sich, dass fast 70 Prozent der Bewohner*innen eine primär geistige Behinderung und zusätzliche psychische Erkrankungen und fremd-, auto- und / oder objekt aggressive Verhaltensstörungen zeigen.

Tabelle 28: Zielgruppe des Intensivwohnens in Oberbayern (N=151)

Verhaltensweisen	in Prozent
Massive anhaltende fremdaggressive Verhaltensstörung	34,20%
Massive anhaltende autoaggressive Verhaltensstörung	33,80%
Massive anhaltende objekt aggressive Verhaltensstörung	32,10%

Die Art des herausfordernden Verhaltens zeigt sich hauptsächlich in einer fremdaggressiven Verhaltensstörung; autoaggressive und objekt aggressive Verhaltensstörungen weichen davon marginal ab.

Tabelle 29: Diagnosen (N=151)

Verhaltensweisen	in Prozent
Leichte geistige Behinderung	29,1%
Mittelgradige geistige Behinderung	52,3%
Schwere Intelligenzminderung	17,2%
Körperbehinderung	4,6%
Anfallsleiden (Epilepsie)	13,2%
Sprachstörung	11,9%
Autismus-Spektrum-Störung	30,5%
Benennung psychischer Erkrankungen	49,0%
Andere Diagnosen	9,3%

Diagnosen der Zielgruppe liegen mehrheitlich mit 52,3 Prozent bei mittelgradiger geistiger Behinderung, psychischer Erkrankung und Autismus-Spektrum-Störung.

4.4.2 Beschreibung des herausfordernden Verhaltens

Entsprechend der Skala von Theunissen und Kulig (2019) wird das herausfordernde Verhalten der Zielgruppe erfasst. Mit der Anwendung dieser Skala kann ein Vergleich der Personengruppe aus der Studie zur Unterbringungssituation in Baden-Württemberg hergestellt werden.

Die entwickelte Skala von Theunissen und Kulig (2019) umfasst fünf Dimensionen: Das ist der Sozialbereich, Auffälligkeiten im psychischen Bereich, Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsbereich, Auffälligkeiten gegenüber Sachobjekten, Auffälligkeiten im somatisch-physischen Bereich sowie selbstverletzende Verhaltensweisen.

Mit der Tabelle 30 werden die Mittelwerte der einzelnen Bereiche dargestellt.

Tabelle 30: Herausforderndes Verhalten

Bereiche des herausfordernden Verhaltens	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sozialbereich			
• Streiten (verbale Aggressivität)	138	1,24	1,33
• Fremdaggressives Verhalten (spucken, beißen, treten oder verletzen)	142	1,58	1,24
• Sozialer Rückzug	140	2,01	1,32
• Distanzloses Verhalten	143	1,92	1,57
• Stehlen	140	0,49	1,07
• Weglauftendenzen	141	0,73	0,00

• Weglauftendenzen mit Selbst u. Fremdgefährdung	137	0,68	1,10
• Sexuell übergriffiges Verhalten	140	0,24	1,13

Auffälligkeiten im psychischen Bereich

• Apathie (lustlos, gleichgültig)	137	1,18	1,14
• Stimmungsschwankungen	143	2,79	1,21
• Ängstlich	144	2,22	1,43
• Weinen, Schreien, Jammern	143	2,17	1,44
• Einnässen/ Einkoten	139	1,20	1,45

Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsbereich

• Mangelnde Ausdauer/ Konzentration	105	2,28	1,27
• Arbeitsunlust	103	1,95	1,25
• Arbeitsverweigerung	102	1,69	1,28

Auffälligkeiten gegenüber Sachobjekten

• Zerstören, Beschädigen von Objekten	143	1,68	1,30
• Verstecken, Verlegen oder Wegwerfen von Objekten	142	1,29	1,34
• Trinken oder Verschlucken ungenießbarer Objekte	142	0,50	1,12

Somatischer Bereich

• Körperliche Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Hautprobleme, Schwindelgefühle)	142	1,42	1,01
• Motorische Hyperaktivität	138	2,16	1,57
• Leichte Ermüdbarkeit	139	1,49	1,12

Selbstverletzende Verhaltensweisen

• Sich mit Objekten verletzen	137	0,91	1,18
• Sich selbst körperlich schlagen (z.B. Sich kratzen, beißen und Wunden zuführen)	142	1,79	1,37

Anmerkung. 0 = niemals, 1 = seltener als einmal wöchentl., 2 = mehrmals wöchentl., 3 = täglich, 4 = mehrmals täglich

Zur differenzierten Beschreibung der Personengruppe wird auf Basis der Bereichsitems ein Mittelwertindex für jeden Bereich berechnet.

Tabelle 31: Mittelwert Index Herausforderndes Verhalten

Herausforderndes Verhalten	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Sozialbereich	146	2,15	0,64
Psychischer Bereich	146	2,95	0,90
Arbeitsbereich	107	2,97	1,10
Sachobjekt	145	2,18	1,0

Somatischer Bereich	146	2,72	0,8
Selbstverletzung	143	2,36	1,08

Anmerkung. 0 = niemals, 1 = seltener als einmal wöchentl., 2 = mehrmals wöchentl., 3 = täglich, 4 = mehrmals täglich

Deutlich wird mit der Berechnung, dass die Personengruppe Auffälligkeiten des Verhaltens mehrheitlich im psychischen Bereich, im Arbeitsbereich sowie im somatischen Bereich zeigt, welche etwa einmal wöchentlich auftreten.

Auffallend ist durch die hohe Standardabweichung, dass die Zielgruppe eine große Differenz in der Häufigkeit des Auftretens der herausfordernden Verhaltensweisen zeigt.

Zur weiteren Analyse der Daten wurde ein Gesamtindex des herausfordernden Verhaltens über alle fünf Bereiche berechnet.

Auch dieser unterstreicht die Ergebnisse, dass die Differenz der Zielgruppe sehr groß ist, und sich die herausfordernden Verhaltensweisen etwa einmal wöchentlich in den befragten Einrichtungen zeigen ($M=2.49$; $SD=.57$).

4.4.3 Beschreibung der Stärken

Äquivalent zum herausfordernden Verhalten wurden auf einer von Theunissen und Kulig (2019) entwickelten Skala die Stärken der Personengruppe erfasst.

Die Skala zur Erfassung der Stärken umfasst fünf Bereiche: Stärken im Sozialverhalten, im psychischen Bereich, im Arbeits- und Leistungsbereich, im somatisch-psychischer Bereich, im Bereich der Identität. Mit der Tabelle 32 werden die Stärken auf einer Skala von 1 = stark ausgeprägt bis 4 = nicht ausgeprägt beschrieben.

Tabelle 32: Stärken im Sozialverhalten ausgeprägt ($N=151$)

Stärken	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Stärken im Sozialverhalten			
• Anderen vertrauen	144	3,03	1,08
• Andere um Hilfe bitten	146	2,02	1,16
• Kann von sich aus Beziehungen aufnehmen	145	2,15	1,16
• Kann von sich aus Beziehungen aufnehmen	146	3,24	0,93
• Willensbekundungen (Wünsche, Bedürfnisse äußern)	146	1,67	0,92
• Soziales Interesse	144	2,13	1,16
• Mitentscheiden wollen	146	2,14	1,24
• Zeigt pro soziales Verhalten (z.B. Hilfsbereitschaft, kooperatives Verhalten, Einhalten sozialer Regeln)	145	3,26	1,01
• Ehrlichkeit	141	2,35	1,24

Stärken im psychischen Bereich

• Emotionen zeigen (Freude, Angst, Trauer)	146	1,53	0,86
• Ist lustig (lacht, ist humorvoll)	146	1,77	0,93
• Kann sich psychisch entspannen	143	2,40	1,02
• Genießen können	144	2,15	0,93

Stärken im Arbeits- und Leistungsbereich

• Fleiß	106	2,49	1,07
• Sorgfalt	106	2,77	1,05
• Ergreifen von Initiative	107	2,93	1,03
• Arbeitsmotivation	107	2,47	1,12
• Will die Arbeiten ausführen, die den eigenen Interessen entsprechen	106	2,33	1,14

Stärken im somatisch-psychischer Bereich

• Körperliches Befinden ausdrücken können	146	2,73	1,19
• Sich körperlich entspannen können	143	2,65	1,10

Stärken im Bereich der Identität

• Fähigkeiten und Kräfte einschätzen	142	3,10	0,65
• Selbstvertrauen (Vertrauen in die eigenen Ressourcen)	142	3,12	0,67
• Sich selbst annehmen können	139	3,04	0,77

Auch für die Stärken wurde für jeden Bereich ein Mittelwertindex berechnet. Ersichtlich wird, dass die Stärken der Zielgruppe sich insbesondere im psychischen Bereich zeigen. Am schwächsten ausgeprägt sind die Stärken im Bereich der Identität. Erkenntlich wird mit diesen Berechnungen auch die stark divergierende Personengruppe des Intensivwohnens.

Tabelle 33: Mittelwert Index Stärken

Stärken	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Arbeit	108	2,59	0,79
Sozialverhalten	146	2,42	0,77
Psychischer Bereich	146	1,97	0,77
Somatischer Bereich	146	2,70	0,91
Identität	142	3,10	0,524

Anmerkung. 1 = stark ausgeprägt, 2 = ausgeprägt, 3 = kaum ausgeprägt, 4 = nicht ausgeprägt

Die Berechnung des Gesamtindex zur Ausprägung der Stärken der Zielgruppe unterstreicht, dass sich der Grad der Stärken ($M=2,54$; $SD=.6$) ausgeprägt bis kaum ausgeprägt zeigt.

4.5 Partizipation und Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen

Die Selbstbestimmung und Teilhabemöglichkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern wird in Tabelle 34 veranschaulicht. Die Möglichkeit des Einkaufs persönlicher Bedarfe sowie die Erweiterung bestehender Fertigkeiten und Kompetenzen ist hierbei vergleichsweise oft möglich, wohingegen die freie Gestaltung des Tagesplans als unüblich eingestuft wird. Haushaltsaufgaben sowie die Selbstversorgung bezüglich Pflege und Ankleidung und räumliche Selbstgestaltung sind ungefähr für die Hälfte der Bewohner*innen möglich, ähnlich den Angaben hinsichtlich der Privatsphäre, der Mediennutzung und der Möglichkeit zur Teilhabe an Gremien.

Tabelle 34: Möglichkeit zur selbstbestimmten Teilhabe

Dimensionen der selbstbestimmten Teilhabe	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Im Wohnalltag persönliche Bedarfe des täglichen Lebens einzukaufen (z.B. Supermarkt)	141	1,45	1,10
Im Wohnalltag Haushaltsaufgaben zu übernehmen (z.B. Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten)	131	2,10	1,55
Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, sich kleiden)	136	2,43	1,61
Erweiterung bestehender Fertigkeiten und Kompetenzen (z.B. Mobilitätskompetenz)	136	1,73	1,36
Tagesplan weitestgehend selbst gestalten (z.B. Duschzeiten, Spazieren gehen)	134	3,10	1,74
Räumliche Selbstgestaltung (z.B. Zimmereinrichtung)	134	2,67	1,76
Privatsphäre (z.B. Zimmerschlüssel, Entscheidung über Zutritt)	134	2,51	1,84
Teilnahme an Bewohner*innen-Gremien (z.B. Bewohnerkonferenzen)	123	2,44	1,84
Mediennutzung (Zugang zum Internet, Tablet, Laptop)	132	2,34	1,77

Anmerkung. 1= trifft zu bis 5= trifft nicht zu

4.6 Pädagogisch-therapeutische Ausrichtung

Um die pädagogische sowie therapeutische Ausrichtung des Intensivwohnens hinsichtlich der persönliche Erfahrungen in der Begleitung von Bewohner*innen im Intensivwohnen abzubilden, wurde im Speziellen nach Konzepten und Maßnahmen gefragt, die besonders auch in Bezug auf die herausfordernden Verhaltensweisen von Bedeutung sind und daher angewendet werden.

Dass mit dem/der jeweiligen Bewohner*in nach einem speziellen Konzept bzw. Maßnahme in Bezug auf das herausfordernde Verhalten gearbeitet wird, trifft für 76 Prozent der Bewohner*innen ($n=115$) zu. Für 17 Prozent der Bewohner*innen ($n=25$) wird auf keine speziellen konzeptuellen Maßnahmen zurückgegriffen. (11 Antworten fehlen).

In einem offenen Antwortfeld wurden folgende Konzepte bzw. Maßnahmen am häufigsten genannt:

Tabelle 35: Pädagogisch-therapeutisches Konzept bzw. Maßnahme

Pädagogisch-therapeutisches Konzept bzw. Maßnahme	Anzahl der Nennungen
Nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende - Paul Moor	55
ProDeMa: Professionelles Deeskalationsmanagement	14
Strukturplan	13
Kriseninterventionsplan	12
Spezielles Wohnkonzept für Menschen mit Autismus	10
SYMPA: Systemtherapeutische Methoden Allgemeinpsychiatrischer Versorgung	9
TEACCH: Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children	7
EfB: Entwicklungsfreundliche Beziehung	5

In der folgenden Tabelle 36 und in Abbildung 1 sind die Häufigkeit sowie in Tabelle 37 die subjektiv bewertete Wirksamkeit anhand des jeweiligen Mittelwertes angegeben.

Anhand einer im Fragebogen festgelegten Auflistung unterschiedlicher pädagogischer Konzepte und Maßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre wurde von den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum einen die Häufigkeit der Anwendung der zum Einsatz kommenden Konzepte und Maßnahmen für die jeweilige Bewohnerin/den jeweiligen Bewohner angegeben sowie zum anderen die je damit von den Befragten subjektiv bewertete Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung der herausfordernden Verhaltensweisen in Bezug auf den/die Bewohner*in .

Die Häufigkeit der Anwendung pro Monat sollte dabei auf einer Skala von 1- 6 (keine Anwendung – 1 Mal – 2 Mal – 3 Mal – 4 Mal – mehr als 4 Mal) angegeben werden. Die Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung des herausfordernden Verhaltens der Bewohnerin/des Bewohners wurde ebenfalls mit einer Skala von 1- 6 (keine Wirksamkeit – geringe Wirksamkeit – eher geringe Wirksamkeit – mittel hohe Wirksamkeit – hohe Wirksamkeit – sehr hohe Wirksamkeit) abgefragt.

Tabelle 36: Angebotene pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen für die Bewohner*innen

Häufigkeit der Anwendung pro Monat für den/die Bewohner*in

Pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen	<i>keine</i>					<i>mehr als</i>
	<i>Anwen- dung</i>	<i>1 Mal</i>	<i>2 Mal</i>	<i>3 Mal</i>	<i>4 Mal</i>	<i>4 Mal</i>
Kriseninterventionsmaßnahmen	4	12	5	6	6	105
Persönliche Zukunftsplanung	20	23	6	1	4	75
Basale Stimulation (nach Fröhlich)	49	3	3	4	4	66
Multifunktionale Konzepte zur Sinneswahrnehmung (z.B. Snoezeln)	37	4	8	1	6	69
Therapeutische Angebote (z.B. mit Tieren, Kunst)	30	3	6	5	12	70
Ansätze zur Stabilisierung und Förderung (z.B. traumapädagogische Angebote)	105	6	2	1	2	8
Psychomotorische Angebote	32	3	5	0	5	81
Verhaltensorientierte/-unterstützende Verfahren	17	1	5	8	3	98
Applied Behavior Analysis (ABA) - angewandte Verhaltensanalyse	114	1	0	0	0	9
Positive Behavior Support (PBS) - Positive Verhaltensunterstützung (PVU)	44	0	0	1	1	78
Time-Out-Raum	83	12	0	3	4	26
Unterstützte Kommunikation	69	0	1	1	0	53
Entwicklungsfreundliche Beziehung (Senkel/Luxen)	45	0	0	0	0	77
Personenzentrierter Ansatz "Ernstnehmen – Zutrauen" (Pfortner)	23	1	5	1	2	92

Ansatz der emotionalen Entwicklung SEO (Dosen)	50	5	9	1	1	61
Fachkonzept der Sozialraumorientierung	105	0	5	1	2	9
POB&A bzw. GBM (nach Haisch)	39	0	6	0	1	77
TEACCH-Konzept	25	0	0	1	3	98
Basale Kommunikation (nach Mall)	116	0	0	1	0	7

Anmerkung. Häufigkeit der Anwendung pro Monat:

1: keine Anwendung – 2: 1 Mal – 3: 2 Mal – 4: 3 Mal – 5: 4 Mal – 6: mehr als 4 Mal

Grau hinterlegt= besonders häufige Anwendung der pädagogisch-therapeutischen Konzepte und Maßnahmen hinsichtlich der Verringerung des herausfordernden Verhaltens der Bewohner*innen

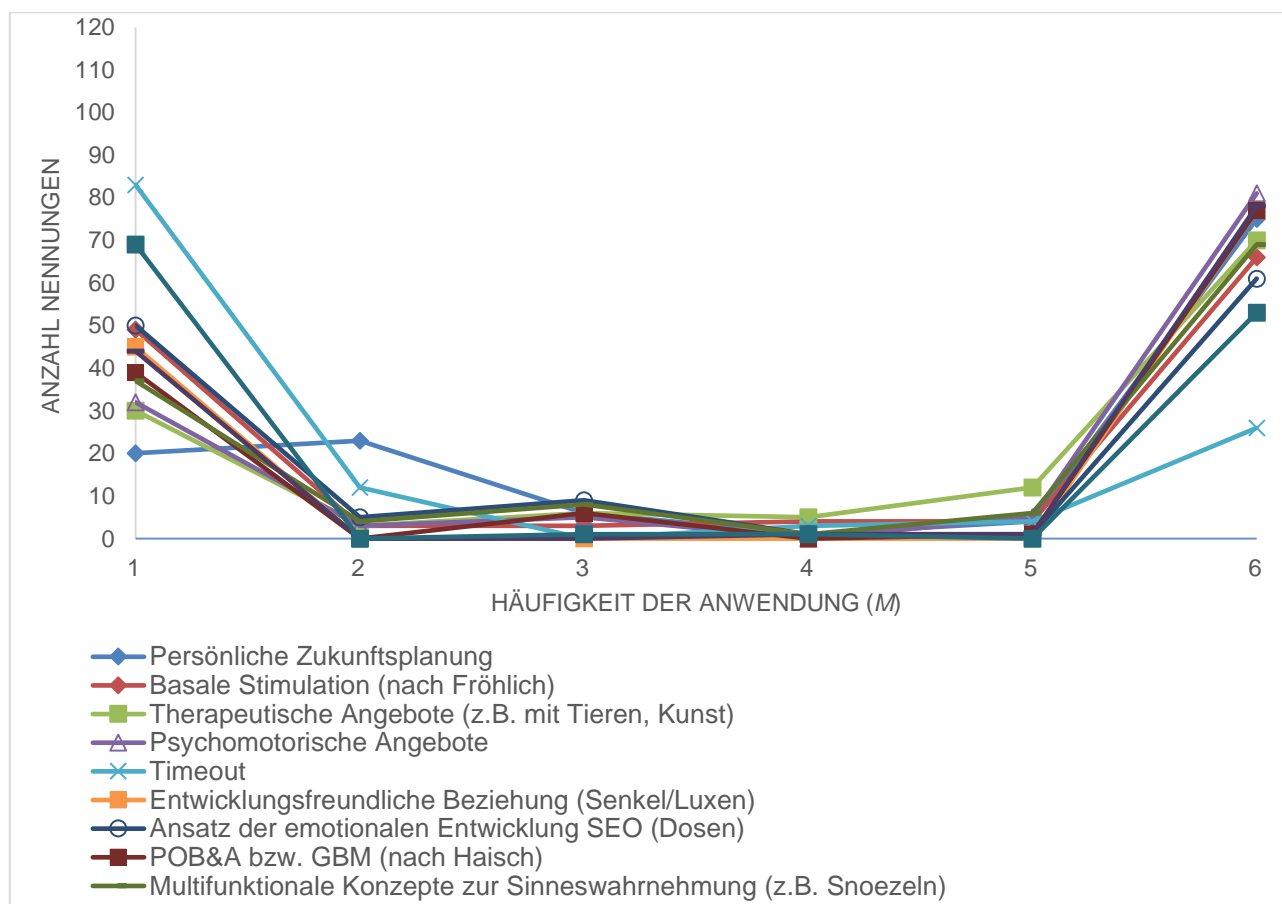


Abbildung 1: Angebotene pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen für die Bewohner*innen - Diskrepanz zwischen keiner und mehr als viermaliger Anwendung pro Monat

Anmerkung. Häufigkeit der Anwendung pro Monat:

1: keine Anwendung – 2: 1 Mal – 3: 2 Mal – 4: 3 Mal – 5: 4 Mal – 6: mehr als 4 Mal

Mit dem Blick auf die Häufigkeiten bezüglich der Anwendung pädagogisch-therapeutischer Konzepte bzw. Maßnahmen, lässt sich allerdings eine hohe Diskrepanz zwischen *keiner* und *mehr als viermaliger Anwendung* pro Monat erkennen. Das trifft vor allem für folgende Konzepte/Maßnahmen, die eine Standardabweichung über 2,0 aufweisen, zu:

- Persönliche Zukunftsplanung
- Basale Stimulation (nach Fröhlich)
- Multifunktionale Konzepte zur Sinneswahrnehmung (z.B. Snoezeln)
- Therapeutische Angebote (z.B. mit Tieren, Kunst)
- Psychomotorische Angebote
- Positive behavior support (PBS) - Positive Verhaltensunterstützung (PVU)
- Time-out
- Unterstützte Kommunikation
- Entwicklungsfreundliche Beziehung (Senkel/Luxen)
- Ansatz der emotionalen Entwicklung SEO (Dosen)
- POB&A bzw. GBM (nach Haisch)

Tabelle 37: Angebotene pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen für die Bewohner*innen

Pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen	Bewertung subjektiv eingeschätzter Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung des herausfordernden Verhaltens		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kriseninterventionsmaßnahmen	133	4,7	0,72
Persönliche Zukunftsplanung	105	4,2	0,91
Basale Stimulation (nach Fröhlich)	81	4,5	0,91
Multifunktionale Konzepte zur Sinneswahrnehmung (z.B. Snoezeln)	89	4,8	0,97
Therapeutische Angebote (z.B. mit Tieren, Kunst)	97	4,6	0,93
Ansätze zur Stabilisierung und Förderung (z.B. traumapädagogische Angebote)	16	4,3	1,25
Psychomotorische Angebote	94	4,9	0,97
Verhaltensorientierte/-unterstützende Verfahren	115	4,6	0,86

Applied Behavior Analysis (ABA) - angewandte Verhaltensanalyse	11	4,1	1,57
Positive Behavior Support (PBS) - Positive Verhaltensunterstützung (PVU)	83	4,6	0,97
Time-Out-Raum	45	4,8	0,96
Unterstützte Kommunikation	57	4,4	1,25
Entwicklungsfreundliche Beziehung (Senkel/Luxen)	76	4,8	0,50
Personenzentrierter Ansatz "Ernstnehmen – Zutrauen" (Pfortner)	101	5,0	0,67
Ansatz der emotionalen Entwicklung SEO (Dosen)	79	5,4	0,94
Fachkonzept der Sozialraumorientierung	18	4,4	1,09
POB&A bzw. GBM (nach Haisch)	84	5,0	0,76
TEACCH-Konzept	102	5,1	0,93
Basale Kommunikation (nach Mall)	10	3,3	1,57

Anmerkung. Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung des herausfordernden Verhaltens der Bewohnerin/des Bewohners: 1: keine Wirksamkeit – 2: geringe Wirksamkeit – 3: eher geringe Wirksamkeit – 4: mittel hohe Wirksamkeit – 5: hohe Wirksamkeit – 6: sehr hohe Wirksamkeit

Grau hinterlegt= hohe subjektive Bewertung der Wirksamkeit der pädagogisch-therapeutischen Konzepte und Maßnahmen hinsichtlich der Verringerung des herausfordernden Verhaltens der Bewohner*innen

Es lässt sich erkennen, dass je häufiger ein pädagogisch-therapeutisches Konzept bzw. eine Maßnahme angewendet wird, desto höher ist die subjektive Einschätzung der Mitarbeiter*innen über die Wirksamkeit.

Von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Intensivwohnens wird hierbei etwas häufiger im Monat auf Kriseninterventionsmaßnahmen ($M: 5,3$), verhaltensorientierte/-unterstützende Verfahren ($M: 5,1$), das TEACCH-Konzept ($M: 5,0$), ein personenzentrierter Ansatz ($M: 4,9$) sowie psychomotorische Angebote ($M: 4,5$) zurückgegriffen.

Hervorzuheben ist auch die Maßnahme durch den Time-Out-Raum. Anhand Ergebnisse ist zu erkennen, dass auf diesen eher gering zurückgegriffen, die Wirksamkeit der Maßnahme dennoch als hoch ($M: 4,8$) beurteilt wird.

Als weitere zusätzlich genannte pädagogisch-therapeutische Konzepte bzw. Maßnahmen, die bei dem/der Bewohner*in eine Wirksamkeit hinsichtlich der Verringerung der herausfordernden Verhaltensweisen zeigen, wurden folgende genannt (Tabelle 38):

Tabelle 38: Weitere pädagogisch-therapeutischen Konzepte und Maßnahmen

Weitere Konzepte und Maßnahmen	Nennungen
Aromapflege/-therapie	7
Einzelgespräche/Einzelbegleitung	4
Tagesstruktur, individuelle Struktur	4
Anforderungen ankündigen, vermeiden und Verweigerung akzeptieren	3
ProDeMa: Professionelles Deeskalationsmanagement, gezielter Abbau von Aggressionen	2
Raumkonzept nach Mahlke	2
Entspannungstechniken/-bad	2
Tiergestützte Einheiten	1
Musikunterricht	1
Theater spielen	1
Arbeitstherapie, Projektarbeit	1
Erlebnispädagogische Angebote (Urlaubsreisen)	1
SEO: Schema der emotionalen Entwicklung	1
Inhalte der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)	1
Traumatherapie	1
Achtsamkeit	1
Sicherheitsfragen beantworten	1
Lösungsorientierte Ansätze zur Reduzierung der FEM	1

Weiterführend wurde spezifisch danach gefragt, wie wichtig folgend aufgeführte pädagogische Ausrichtungen (Tabelle 39) für die jeweilige Betreuung der Bewohnerin/des Bewohners eingeschätzt werden. Auf einer verbalisierten 5-Punkte-Skala sollte die Wichtigkeit von 1: gar nicht relevant bis 5: sehr relevant eingeschätzt werden.

Tabelle 39: Wichtigkeit der pädagogischen Ausrichtung

Einschätzung der Wichtigkeit pädagogischer Ausrichtungen bezogen auf die jeweilige Bewohnerin/den jeweiligen Bewohner			
Pädagogische Ausrichtungen	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dialogische Haltung/ Interaktion	142	4,7	0,82
Ressourcenorientierung (z.B. Stärken-Konzept)	141	4,5	1,02
Empathie/ Authentizität	140	4,8	0,75
Beziehungsarbeit	141	4,9	0,48
Zuverlässigkeit	141	4,8	0,72
Eigenverantwortung der Bewohner*innen stärken	140	3,8	1,44
Struktur geben	140	4,8	0,54
sinnstiftende Tätigkeiten	138	4,1	1,15

Anmerkung. 1: gar nicht relevant bis 5: sehr relevant.

Als „relevant“ bis „sehr relevant“ werden alle grau hinterlegten pädagogischen Ausrichtungen gesehen. Als „zum Teil relevant“ bis „relevant“ wird die Eigenverantwortung der Bewohner*innen zu stärken etwas schwächer eingeschätzt.

4.7 Wohnkarriere Intensivwohnen

Unter der Kategorie „Wohnkarriere“ wurde erfasst, wo die Bewohner*innen zuvor lebten, welche Gründe es für eine Aufnahme in das Intensivwohnen gab, ob die Intensivwohnform als langfristig gesehen wird oder ob eventuell alternative Wohnformen als Möglichkeit gesehen werden.

Im Schnitt leben die Bewohner*innen bereits 12 Jahre in der Intensivwohnform.

Im Interesse der Erhebung lag es zu erfahren, woher die Bewohner*innen in das Intensivwohnen aufgenommen werden (4 Antworten fehlen).

Tabelle 40: Aufnahme in das Intensivwohnen aus vorheriger Einrichtung (N=151)

	Anzahl Bewohner*innen	in Prozent
Psychiatrie (allgemein)	25	16,6%
Psychiatrie (Forensik)	3	2,0%
Intensivwohnen für Kinder und Jugendliche	21	13,9%
Regelwohneinrichtung der Behindertenhilfe für Kinder- und Jugendliche	10	6,6%
Regelwohneinrichtung der Behindertenhilfe für Erwachsene	55	36,5%
Elternhaus	12	7,9%
Anderes: <i>andere Intensivwohngruppe (Erw.) (8), Ausbildungswohnen (2), Trainingswohnen (1), nicht bekannt (10)</i>	21	13,9%

Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewohner*innen vordergründig aus einer *Regelwohneinrichtung* der Behindertenhilfe für Erwachsene aufgenommen werden; um circa die Hälfte weniger dabei aus der Psychiatrie sowie auch aus dem Intensivwohnen für Kinder und Jugendliche. Eher weniger werden Bewohner*innen aus dem Elternhaus sowie dem Regelwohnen für Kinder und Jugendliche aufgenommen.

Von besonderem Interesse war es zu erfahren, welche Gründe es für die Aufnahme in eine spezialisierte Wohnform des Leistungstyps Intensivwohnen gab. Folgende Gründe, die zur Mehrfachauswahl aufgeführt waren, wurden dabei zutreffend für die jeweilige Bewohnerin/den jeweiligen Bewohner rückgemeldet (Tabelle 41):

Tabelle 41: Gründe für die Aufnahme der Bewohnerin/des Bewohners (N=151) in das Intensivwohnen

Gründe für die Aufnahme	Anzahl der Nennungen	in Prozent
Besonders auffälliges herausforderndes Verhalten	125	82,8%
Passt nicht in die vorherige Wohngruppe	45	29,8%
Fehlende geeignete pädagogisch-therapeutische Angebote/Konzepte	42	27,8%

War vorher in der Regelgruppe nicht mehr tragbar	32	21,2%
Unzureichende bauliche und räumliche Voraussetzungen	20	13,2%
Zu wenig Personal	15	9,9%
Kein geeignetes qualifiziertes Fachpersonal	14	9,3%
War vorher in der Familie nicht mehr tragbar	12	7,9%
War im ambulanten Wohnen nicht mehr tragbar	1	0,7%
Andere Gründe	47	31,1%

Als „andere Gründe“ wurden genannt:

- Alte Einrichtung wurde geschlossen/Auflösung der alten Wohngruppe
- Altersbedingter Wechsel ins Erwachsenenwohnen/Aufnahme aus Kinder- und Jugendwohnen
- Enthospitalisierungsprogramm/Umzug im Zuge der Enthospitalisierung
- Gründung des Wohnens für Menschen mit Autismus
- Heimvertrag wurde gekündigt/Kündigung Heimplatz
- Sexuelle Übergriffe auf Mitbewohner
- War 24h dauerfixiert
- Forensik

Am häufigsten wurde das besonders herausfordernde Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners genannt. Nicht auszuschließen ist, dass das Verhalten mitunter auch ein Faktor der häufig genannten Gründe ausmacht, dass aufgrund dessen der/die Bewohner*in in der (Regel-) Wohngruppe als nicht mehr tragbar eingestuft wurde.

Dass auch fehlende geeignete pädagogisch-therapeutische Angebote/Konzepte einen häufigen Grund für die Aufnahme in das Intensivwohnen darstellen, ist nicht unbedeutend, da damit impliziert wird, dass diese dort in besonderer Weise personenzentriert angeboten werden müssten. Hierauf wird innerhalb des folgenden Kapitels näher Bezug genommen.

Intensivwohnen als langfristige Wohnform

Das Intensivwohnen wird für 77,5 Prozent der Bewohner*innen ($N=151$) als eine langfristige Wohnform gesehen. Für 17,9 Prozent Bewohner*innen trifft dies nicht zu, hier wird ein Übergang in eine selbstständigere Wohnform für sinnvoll erachtet (7 Antworten fehlen).

Zur Einführung in diesen Fragebogenabschnitt wurden die Mitarbeiter*innen auch danach gefragt, wie häufig der/die Bewohner*in in den letzten zwei Jahren in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde.

Insgesamt wurden von 151 Bewohner*innen 86,1 Prozent (130) *gar nicht* in eine psychiatrische Klinik innerhalb der letzten zwei Jahre eingewiesen, 9,3 Prozent (14) *ein- bis zweimal* und 0,7 Prozent (1) *zwei- bis viermal*. (6 Antworten fehlen).

Alternative Wohnformen (Übergänge)

Als Alternative zum Intensivwohnen werden insbesondere gut *strukturierte (evtl. geschlossene) Regelwohnformen* mit erhöhtem Personalschlüssel gesehen. Des Weiteren werden *kleine und offene Wohnformen* wie

- Kleinstgruppen, 2-er WG (maximal 4 Bewohner*innen),
- Tiny Haus + intensiv Betreuung, Appartement mit WG-Angliederung,
- offene Wohngruppen, strukturierte offene Wohngruppen, offene Intensivgruppe WTEG,
- betreutes Wohnen und inklusives Wohnen mit Betreuung
als mögliche Wohnformen genannt.

Hervorzuheben ist auch der für einige Bewohner*innen genannte *Bauernhof* mit Selbstversorgung und Intensivbetreuung.

Weiterführend wurde die Frage gestellt, warum die genannte Wohnform als eine Alternative für den/die Bewohner*in zur jetzigen Intensivwohnunterbringung eingeschätzt wird. Die persönlichen Antworten der Mitarbeiter*innen für die Kategorien „strukturierte Regelwohnformen“, „kleine und offene Wohnformen“ und „Bauernhof“ zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 42: Gründe für alternative Wohnformen

Aus welchen Gründen wird die Wohnform als Alternative für den/die Bewohner*in eingeschätzt?

Strukturierte Regelwohnformen

Verhaltensweisen der Bewohner*innen

- Aggressionen und Verhaltensauffälligkeiten haben sich reduziert, benötigt keinen Packanzug mehr
 - Geschlossene Regelwohngruppe mit sehr klaren Strukturen, da sich Betreuer gut stabilisiert hat
 - Aufgrund der positiven Entwicklung der Bewohnerin ist eine Verlegung in eine Regelgruppe geplant
 - Regelwohngruppe muss übersichtlich sein und nicht zu groß. Betreuer hat sich gut stabilisiert, zeigt kaum mehr Verhaltensauffälligkeiten
 - Der Bewohner ist aufgrund enger Begleitung und klaren Strukturen sehr stabil
-

- Regelwohngruppe mit sehr klarer Struktur: zeigt auf der Wohngruppe bei einer klaren Tagesstruktur und einer positiven Haltung kaum Auffälligkeiten
- Regelwohngruppe mit sehr klaren und engen Strukturen, da sich der Betreute sehr stabilisiert hat
- Hat sich über die letzten Jahre stabilisiert
- Sehr gute psychische, emotionale Stabilisierung
- Die psychiatrischen Auffälligkeiten sind nicht so ausgeprägt. Das Sozialverhalten und die Selbstkontrolle haben sich verbessert

Kleine und offene Wohnformen

Verhaltensweisender Bewohner*innen

- Sehr klar strukturierte offene Wohngruppe: zeigt bei uns kaum Auffälligkeiten, benötigt sehr klare Strukturen und ein Gegenübertreten auf Augenhöhe (Haltung positiv)
- Gute Alltagsfähigkeiten, Selbstständigkeit
- Weil die Bewohnerin nicht weglaufgefährdet ist, zeigt keine Weglauftendenz
- Ist momentan sehr stabil

Individuelle Struktur für Bewohner*innen

- Reizüberflutung durch Mitbewohner*innen mit Verhaltensbesonderheiten würde vermieden werden
- Störungen von ritualisierten Tagesstrukturen würden minimiert werden können
- Mehrmals täglicher Wechsel von Betreuungspersonal findet nicht mehr in diesem Ausmaß statt
- Gezielte Konzeptionen
- Ist im derzeitigen Setting überfordert
- Selbstständiges Wohnen, je nach psychischer Stabilität möglich
- Wunsch nach mehr Selbstständigkeit

Teilhabe

- Mehr Kontakte nach außen
- Mehr Selbstständigkeit, ohne alleine zu sein

Bauernhof

- Bauernhof mit Selbstversorgung aber im Intensivstatus: sinnhafte Beschäftigung für Betreute vor Ort
- Neues Beschäftigungsmodell, muss sich viel aktiv bewegen
- Täglich strukturierte Beschäftigung
- Der 2. Lebensbereich wäre im Alltag integriert

Ein Übergang in eine selbstständigere Wohnform (z.B. reguläre Wohnform oder andere Intensivwohnform) wird aktuell für 12 Bewohner*innen ($N=151$) beabsichtigt. Dabei werden folgende Wohnformen fokussiert:

- Appartementhaus, Appartementwohnen mit Anbindung an Wohngruppe ($n=2$)
- Übergangswohngruppe (langfristig) ($n=1$)
- offene Intensivgruppe WTEG ($n=1$)
- offene Wohngruppe mit jungen Erwachsenen und guter Verkehrsanbindung ($n=1$)
- Regelwohngruppe, reguläre Wohnform ($n=5$)

Gründe gegen eine selbstständigere Wohnform

Um zu erfahren, welche Gründe *gegen* eine selbstständigere Wohnform (z.B. reguläre Wohnform oder andere Intensivwohnform) für den/die Bewohner*in sprechen und einen Übergang damit ausschließen, sollten diese in einem offenen Antwortfeld aufgeführt werden. Mit Tabelle 43 sind unter den Oberkategorien die persönlichen Antworten aufgeführt:

Tabelle 43: Gründe, die eine Betreuung in einer selbstständigeren Wohnform bisher für den/die Bewohner*in ausschlossen

Gründe, die eine Betreuung in einer selbstständigeren Wohnform bisher für den/die Bewohner*in ausschlossen	Nennungen
<p>Notwendigkeit von engen/klaren Strukturen mit erhöhtem Betreuungsaufwand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Benötigt sehr enge und strukturierte Begleitung, braucht den engen sehr strukturierten Rahmen • Benötigt intensive Betreuung und hohen Personalaufwand • Strukturelles und personelles Setting oftmals nicht gegeben • Betreute benötigt eine ständige 1:1 Begleitung, die auf einer normalen Wohngruppe nicht geleistet wird • Aus Sicherheitsgründen ist keine Wohnform denkbar, die Selbstständigkeit voraussetzt • Bewohner benötigt eine kleinere und reizarme Wohnform • Seine Bedürfnisse würden in einer Regelwohngruppe nicht erfüllt werden können • Alle anderen müssten sich wegen ihm anpassen • Fluchtgefahr 	<p>66</p>
<p>Anhaltendes herausforderndes Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auto-, fremd- und objekt aggressives Verhalten, Aggressionen • Bewohner ist in keiner anderen Wohnform tragbar • Gruppensprengendes Verhalten 	<p>49</p>
<p>Ängste, Reizüberflutung – Notwendigkeit der psychischen Stabilität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst, extreme Angstzustände und Unsicherheit, Einsamkeit, mangelnde psychische Stabilität, Belastungen, Stress • Der Betreute befindet sich in einer massiven Krise, wirkt traumatisiert von vorheriger Wohnform, benötigt sehr enge Begleitung und einen sehr wertschätzenden Umgang • Permanente Verschlechterung des schizophrener Krankheitsbildes, zunehmender Verlust kognitiver Fähigkeiten, unvorhersehbare Durchbrüche schizophrener Verhaltensweisen • Die Betreute hat immer wieder schwere Krisen, die Psychiatrie nimmt sie nicht mehr (ist austherapiert) – unser Ansatz ist: Keine Psychiatrie, wir sind eine Intensivwohngruppe und leisten diese Versorgung, Psychiatrie zerstört Vertrauen! • Psychosexuelle Entwicklungsstörung • Stimmungsschwankungen 	<p>23</p>

Keine geeignete alternative Wohnformen und Angebote	8
<ul style="list-style-type: none"> • Kaum Platz in einer geeigneten Wohnform, kein Platz in geeigneten Gruppen, sehr starres System bei Eingruppierung in Hilfebedarf, momentan kein geeigneter Wohnplatz da 	
Kein Angebot im 2. Lebensbereich	6
<ul style="list-style-type: none"> • Betreute hat keine Perspektive auf 2. Lebensbereich, keine Möglichkeit zum Besuch eines 2. Lebensbereichs, keine Perspektive im 2. Lebensbereich 	
Mangelnde Fähigkeit der Selbstständigkeit und Selbstversorgung	6

4.8 Freiheitsentziehende Maßnahmen innerhalb des Intensivwohnens

Mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sind alle externen Maßnahmen und mechanischen Vorrichtungen (am oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht), die die körperliche Bewegungsfreiheit einschränken und nicht vom Betroffenen selbst entfernt werden können (physical restraints) bezeichnet (vgl. Evans 2002, in Bredthauer 2011; vgl. Lundström et al. 2011: 37). Freiheitsentziehende Maßnahmen schließen demnach entsprechend des Begriffs nicht nur körperliche Fixierungen, sondern ebenso restriktive Maßnahmen wie Einschluss und Medikation zur Sedierung mit ein.

Als Gründe für die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen werden in der Regel Risiken benannt, die im Zusammenhang mit dem Verhalten der Person mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten stehen: unwillkürliche Selbstverletzung, Fremd-/Autoaggression, Sachaggression, Weglaufen/Hinlaufen, Sturzgefährdung, enthemmtes Verhalten (vgl. Abresch et al. 2019: 10).

In stationären Betreuungseinrichtungen sind restriktive Maßnahmen wie FEM üblich, korrelierend mit der Häufigkeit herausfordernder Verhaltensweisen (vgl. McGill et al. 2018: 143; Bush & Griffith 2017: 45). Unzureichendes Personal und der Mangel an einem fachlichen Konzept führen regelmäßig zu reaktiven und restriktiven Maßnahmen wie Zimmereinschluss oder Timeout (Theunissen & Kulig 2019: 30), ebenso wie zu Überlastungen und negativer Einstellungen seitens des Personals (Calabrese 2016: 39).

Um abzubilden, ob und welche freiheitsentziehenden/freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (FEM) durch einen richterlichen Beschluss im Zusammenhang mit dem herausforderndem Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners angewandt werden, sollte zu 7 im Fragebogen aufgeführten Maßnahmen die Häufigkeit der Anwendung dieser pro Woche bzw. Monat für den/die Bewohner*in angegeben werden; und zwar zwischen 0: nie – 1: seltener als alle 3 Monate – 2: ca. alle 3 Monate

– 3: ca. 1 Mal im Monat – 4: ca. 2-3 Mal im Monat – 5: ca. 1 Mal wöchentlich – 6: mehrmals wöchentlich – 7: täglich.

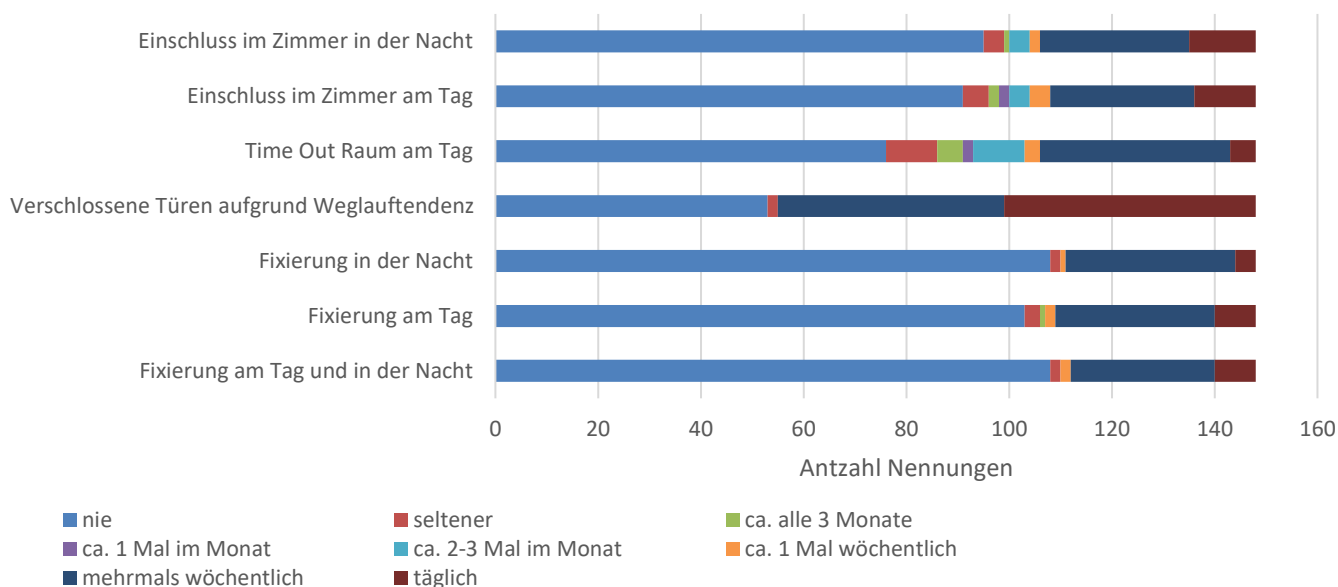


Abbildung 2: Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

Anmerkung. Angaben in Nennungen ($n=148$)

Wie Abbildung 2 darstellt ist zu erkennen, dass besonders die äußeren Extreme *nie* und *mehrmals wöchentlich* als Häufigkeiten der Anwendung von FEM angegeben wurden. Bei insgesamt 148 Bewohner*innen wird entweder so gut wie nie bzw. mehrmals wöchentlich eine der aufgeführten freiheitsentziehenden Maßnahmen angewendet.

In den jeweiligen Intensivwohneinrichtungen in Oberbayern wird für die Bewohner*innen ($N=151$) auf *weitere* strukturelle freiheitsentziehende/freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zurückgegriffen. Innerhalb eines offenen Antwortfeldes wurden weitere FEM genannt:

Tabelle 44: Strukturelle FEM innerhalb der Intensivwohngruppen für den/die Bewohner*in

Weitere strukturelle FEM	Nennungen
Geschlossene Einrichtung, geschlossene Eingangstür, Geschlossene Gruppe, geschlossene Gruppentür, geschlossene (freiwillige) Unterbringung	107
Abgeschlossener Garten	5
Teils verschlossene Räume	2

Treppengitter zur Sturzvermeidung	1
Bewohner lebt mit einer Gittertür – hat massive soziale Ängste	1
Kein freier Zugriff auf gewünschte Bezugspersonen	1
Es liegen keine strukturellen freiheitsentziehenden Maßnahmen vor –	7
Bewohner*innen haben die Möglichkeit, selbst ihre Zimmertür abzusperrern	

Als häufigste Nennung wird bei 107 Bewohnerinnen und Bewohnern die geschlossene Einrichtung als FEM genannt.

Auslöser für freiheitsentziehende Maßnahmen

Spezifisch wurde danach gefragt, welche Auslöser es für die dargelegten freiheitsentziehenden/ freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gibt. Anhand einer Liste zur Mehrfachauswahl wurden folgende Auslöser für FEM für die Bewohner*innen (N=151) rückgemeldet:

Tabelle 45: Auslöser für FEM für die Bewohner*innen (N=151)

Auslöser für FEM	Nennungen	
	ja	nein
Selbstverletzendes Verhalten	51,7% (n=78)	46,4% (n=70)
Fremdaggressives Verhalten gegenüber Mitarbeiter*innen	54,3% (n=82)	43,7% (n=66)
Fremdaggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	52,3% (n=79)	45,7% (n=69)
Zerstörung von Sachobjekten	45,7% (n=69)	52,3% (n=79)
Zu wenig Personal im Dienst (keine ständige Beaufsichtigung möglich)	4,0% (n=6)	94,0% (n=142)
Zu wenig qualifiziertes Personal im Dienst	4,0% (n=6)	94,0% (n=142)
Zu wenig tagesstrukturierende Angebote	2,0% (n=3)	96,0% (n=145)
Weitere Gründe	22,5% (n=34)	75,5% (n=114)

Anmerkung. Mehrfachnennungen.

Grau hinterlegt= häufigste Nennungen als Auslöser für FEM

Es lässt sich erkennen, dass sich von den am häufigsten genannten Auslöser für FEM eine nahezu Gleichverteilung dieser als Aus- bzw. Nichtauslöser abzeichnet. Die am häufigsten genannten

Auslöser beziehen sich insbesondere restriktiv auf das herausfordernde Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners.

Dass das Fehlen an qualifiziertem oder an Personal überhaupt oder gering angebotene tagesstrukturierende Angeboten Auslöser für FEM darstellen, kann hierbei nicht bestätigt werden.

Als *weitere* genannte Gründe als Auslöser von FEM wurden folgende rückgemeldet:

Tabelle 46: Weitere Gründe als Auslöser für FEM

Weitere Gründe als Auslöser für FEM	Nennungen
Zur Reizreduzierung, Reizüberflutung, Überforderung, extreme motorische Unruhe ohne die Möglichkeit, diese selbst zu regulieren	19
Sehr stark eingeschränkte Verkehrssicherheit, Verhaltens- und Impulskontrollstörung	1
Fordert die Fixierung selbst ein, u.U. durch massive Auto-, Objekt- und Fremdaggression	1
Fordert den Zimmereinschluss selbst ein	1
Der nächtliche Zimmereinschluss dient der Reizvermeidung nachts stehen zu müssen, wenn sich der Betreute unbeobachtet fühlt	1
Schläft nicht ohne Bauchgurt, bleibt nicht im Bett	1
Anwendung des Zimmereinschlusses nur in Essenssituationen, wenn andere Bewohner anwesend sind und keine 1:1 Begleitung möglich ist	1
Vermeidung wahnhafter Wahrnehmungen	1
Kein männliches Personal im Dienst	1
Zwanghafter Wasserkonsum	1

Dass zur Reizreduzierung FEM angewendet werden, sollte sicherlich zur Diskussion stehen, warum hier nicht andere pädagogisch-therapeutische Konzepte bzw. individuell ausgerichtete tagesstrukturierende Angebote für sinnvoller erachtet werden.

4.9 Medikamentengabe

Obwohl es keine Evidenz für psychopharmakologische Interventionen gibt, werden nach wie vor in großem Umfang Medikamente zur Behandlung von herausforderndem Verhalten verschrieben (vgl. Campbell et al. 2014: 173; Sheehan et al. 2015, Bowring et al. 2017, in Bowring et al. 2019: 177).

Die meisten Erwachsenen mit geistiger Behinderung, die mit Psychopharmaka behandelt werden, verwenden diese über viele Jahre, manchmal sogar Jahrzehnte (vgl. de Kuyper et al. 2013, in Scheifes et al. 2016: 14). Auf diesen Aspekt hin wurde in einem weiteren Abschnitt des Fragebogens danach gefragt, ob und inwiefern eine bestimmte Medikation für den/die Bewohner*in besteht.

Aus den Rückmeldungen ist zu erfahren, dass 81 Prozent der Bewohner*innen des Intensivwohnens in Oberbayern Psychopharmaka in Form einer Dauermedikation im Zusammenhang mit dem herausfordernden Verhalten erhalten; für 14 Prozent der Bewohner*innen trifft dies nicht zu. Für 8 Bewohner*innen (5%) fehlt diese Angabe.

Eine darüber hinaus zusätzlich eingesetzte Bedarfsarznei wird im Zusammenhang des herausfordernden Verhaltens bei 141 Bewohner*innen im Schnitt bis zu *einmal im Monat* eingesetzt; Mittelwert 4,0 und Standardabweichung 2,26 auf einer Skala von: 1: mehrmals wöchentlich – 2: 1 Mal wöchentlich – 3: 2-3 Mal im Monat – 4: 1 Mal im Monat – 5: alle 3 Monate – 6: seltener – 7: gar nicht.

Durch die hohe Standardabweichung ist ersichtlich, dass eine hohe Streuung der Angaben vorliegt; und zwar zwischen 1: mehrmals wöchentlich und 3: 2-3 Mal im Monat sowie zwischen 6: seltener und 7: gar nicht.

Entsprechend verordnet werden psychopharmakologische Medikamente für 94 Prozent der Bewohner*innen von Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie; für 2 Prozent von anderen Medizinerinnen und Medizinerinnen und für 1 Prozent von Hausärztinnen und -ärzten; (4 Antworten fehlen).

Für 84 Prozent der Bewohner*innen wird die medizinische Versorgung im Regelfall durch niedergelassene Haus- und Fachärzte bzw. Konsiliarärzte erbracht. Für 23,2 Prozent leisten dies sehr vereinzelt eine trägerinterne Klinik, trägerinterne psychiatrische Fachärzte, trägerinterne Ärzte anderer Fachrichtungen oder ein psychiatrisches Fachkrankenhaus.

Eine Medikamentenvisite durch eine psychiatrische Fachärztin/einen psychiatrischen Facharzt findet für die Bewohner*innen des Intensivwohnens im Schnitt (5)⁷ alle drei Wochen statt.

⁷ 1: bei Bedarf – 2: in regelmäßigen Abständen – 3: 3 Mal pro Monat – 4: 14-tägig – 5: alle 3 Wochen – 6: 1 Mal im Monat – 7: alle 3 Monate – 8: keine Visite

4.10 Umwelt der Einrichtung

Mit Perspektive auf die Entwicklung eines nachhaltig wirkenden Gesamtkonzeptes des Intensivwohnens und im Hinblick auf Veränderungspotenziale bezüglich Bedarfslage und Versorgungssituation war es von Interesse zu erfahren, inwiefern die einzelnen Intensivwohneinrichtungen im Umgang mit dem herausforderndem Verhalten des/der Bewohner*in ($N=151$) Unterstützung erfahren und welche Bedingungen erfüllt sein müssten, um die Wohn- und Betreuungsqualität zu verbessern.

Um in Erfahrung zu bringen, inwiefern Unterstützung im Umgang mit dem herausforderndem Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners vorhanden ist, sollte anhand einer Liste (siehe Tabelle 47) zur Mehrfachauswahl die Unterstützung als vorhanden oder nicht vorhanden für jede einzelne Bewohnerin/jeden einzelnen Bewohner rückgemeldet werden.

Tabelle 47: Unterstützung im Umgang mit herausforderndem Verhalten

Unterstützung für den/die Bewohner*in vorhanden? Durch ...	Ja, für [...] der Bewohner*innen	
Niedergelassene Haus- und Fachärzte	($n=95$)	62,9%
Den zuständigen Kostenträger der Eingliederungshilfe	($n=87$)	57,6%
Die zuständige Pflegebehörde (FQA)	($n=82$)	54,3%
Eine psychiatrische Klinik	($n=76$)	50,3%
Unterstützungsdienste im Sozialraum: regionale psychologische Beratungsangebote	($n=5$)	3,3%
Die überregionale Fachstellen für Psychiatrie	($n=10$)	6,6%
Den bayerischen psychiatrischen Krisendienst	–	–
Überregionale psychologische Beratungsangebote	–	–
Regionale psychologische Beratungsangebote	($n=1$)	0,7%
Eine andere Einrichtung mit Intensivwohngruppen	($n=2$)	1,3%
Nein, wir erhalten keine Unterstützung	($n=4$)	2,6%
Durch Andere:	($n=21$)	14,0%
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinkrankenhaus • Angebot von Fortbildungen: Deeskalationstraining – Prodema, eigene Deeskalationstrainer 		

- Supervision
- Eltern
- Fachdienst hausintern
- Psychologin hausintern
- Wir versuchen die Unterstützung individuell auf die Situation abgestimmt selbst zu organisieren

Im Umgang mit dem herausfordernden Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners wird vorrangig Unterstützung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte, den zuständigen Kostenträger, die zuständige Pflegebehörde (FQA) sowie eine psychiatrische Klinik erfahren.

Für die Betreuung der Bewohnerin/des Bewohners würden die Mitarbeiter*innen des Intensivwohnens insbesondere folgende Kooperationen (Tabelle 48) intensivieren:

Tabelle 48: Intensivierung von Kooperationen

Intensivierung von Kooperationen für die Betreuung der Bewohner*innen	Nennungen
Bezirk/Kostenträger	64
<ul style="list-style-type: none"> • Gesicherte Kostenübernahme • Finanzierung von Weiterbildungen, Angebot von gezielten Fort- und Weiterbildungen, fachliche Fortbildungen, mehr Fortbildungen im Bereich Krisenmanagement • Finanzierung der räumlichen Konzepte • Konzept und Finanzierung 2. Lebensbereich • Einzelleistungsvereinbarungen • individuelle Lösungen 	
Allgemeinkrankenhaus	31
Andere Einrichtungen des Intensivwohnens	22
Bayerischer psychiatrischer Krisendienst	7
<ul style="list-style-type: none"> • Regionale und überregionale psychologische und psychiatrische Beratung/Krisendienst 	
Psychiatrien	2
Unterstützungsdienste im Sozialraum	1

Des Weiteren sollte mit einer offenen Frage die Intensivwohnform selbst kritisch reflektiert werden. Auf die offene Frage, was sich im Intensivwohnen verändern müsste, damit die jeweilige Bewohnerin/der jeweilige Bewohner eine verbesserte Versorgung in der jetzigen Wohnform haben könnte, wurden folgende persönliche Antworten stellvertretend (Tabelle 49) rückgemeldet:

Tabelle 49: Veränderungen für eine bessere Versorgung im Intensivwohnen

Veränderungen für eine bessere Versorgung im Intensivwohnen	Nennungen
<p>Räumliche Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geeignete räumliche Ausstattung, Größe etc. • Raum und Wohnkonzept entwickeln • Größere Räumlichkeiten • Ausstattung nach Mahlke • Bewilligung des geplanten Neubaus • W-Lan, Zugang zum Internet (WLAN) in Bezug auf die Nutzung von iPad, Talker etc. zum Ausbau der Unterstützten Kommunikation • Wasserbett innerhalb der Gruppe • Zimmer mit eigenem Bad • Wohngruppe sollte ebenerdig sein, mit Gartenzugang, mit Ausstattung (Schaukel, Trampolin etc.) 	<p>54</p>
<p>Personelle Besetzung und Strukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gehalt, Entlohnung der Mitarbeiter*innen, um Fachkräfte zu finden • Qualifizierte Mitarbeiter*innen, Fachpersonal • Alle Stellen müssten besetzt sein (Fachkräftemangel), deutliche Erhöhung der Stellenschlüssel • Stundenerhöhung für Betreuung • Gesicherter Stellenplan • Schnelle fachliche Nachbesetzung von offenen Stellen • Krisenteams • Ehrenamtliche Bezugsperson außerhalb der Wohngruppe • Einzelbegleiter, mehr Einzelbetreuung, individuelle Begleitung • Mehr Fachdienst auf der WG zur individuellen Förderung 	<p>50</p>
<p>Recht auf 2. Lebensbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeder Bewohner im Intensivwohnen muss das Recht auf einen 2. Lebensbereich haben, damit bei Stabilisierung eine Weiterentwicklung stattfinden kann 	<p>38</p>

Kleinere Wohnformen (4er und 6er Gruppen)	21
<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Mitbewohner • Ruhigeres Wohnumfeld (Straßenlärm, Gebäude) • Der Betreute würde von einer kleineren Wohnform profitieren • Übergänge in alternativen Wohngruppen schaffen • Übergänge in andere Wohnformen flexibler gestalten • Kleinere Gruppen schaffen für individuelle Wohnplätze im Intensivwohnen • Wohnkonzepte, die sich bewährt haben (dass diese bezahlt und auch umgesetzt werden können) 	
Medizinische Versorgung	14
Unterstützungsstrukturen	6
<ul style="list-style-type: none"> • Einzelleistungsvereinbarung • Mehr Flexibilität • Individuelle Tagesstrukturangebote • Haltung eines Haustiers • Spezielle Fach-, Fort- und Weiterbildungen • Öffentliche Gelder für Zusatzprojekte, die nicht mit dem Kostenträger verhandelt sind 	
Personenspezifische Faktoren Bewohner*innen	4
<ul style="list-style-type: none"> • Die Bewohner*innen werden von Kostenträgern immer nur auf die Verhaltensstörungen reduziert; es wird nicht nach dem Bedarf ermittelt • Einstufung des Bewohners nicht nur auf Verhalten reduzieren, sondern auch auf die Bedürfnisse 	

Für das Intensivwohnen wird sich insbesondere eine bessere räumliche Ausstattung im Sinne von Raum-/Wohnkonzepten sowie qualifizierte personelle Besetzung gewünscht. Des Weiteren sollte jede/r Bewohner*in das Recht auf den 2. Lebensbereich haben sowie Übergänge in alternative Wohngruppen ermöglicht werden – dabei werden kleinere und individualisierte Wohnformen angesprochen.

Spezifisch wurde mit einer offenen Frage danach gefragt, was den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern helfen würde, um besser mit der/dem Bewohner*in und seinen/ihren herausfordernden Verhaltensweisen arbeiten zu können. Folgende Antworten (Tabelle 50) wurden gegeben:

Tabelle 50: Unterstützung bzgl. herausforderndem Verhalten

Unterstützung bzgl. herausforderndem Verhalten	Nennungen
<p>Personelle Besetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesicherter Stellenplan • Qualifizierte Fachkräfte • Aufstockung Personal, ausreichend Fachkräfte, deutliche Erhöhung der Stellenschlüssel, Stundenkontingent der WG • KIT Team für Intensivgruppen • Mehr Fachdienst zur individuellen Begleitung • Qualifizierte pädagogisch arbeitende Gruppenmitarbeiter, die nicht überwiegend mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Dokumentation beschäftigt sind 	51
<p>Geeignete Fortbildungsangebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusatzausbildung für Mitarbeiter*innen im Intensivbereich • Professionelle Weiterbildungen/Schulungen, Fortbildung für Psychiatrie, Deeskalation • Supervision 	45
<p>Räumliche Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> • geeignetere/andere räumliche Strukturen • Raum-/Überwachungskonzepte • Kleinere Wohnform • Fahrbarer Liegesessel 	18
<p>Zweiter Lebensbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angepasster 2. Lebensbereich • Ausgleich im 2. Lebensbereich • Individuellere Arbeitseingliederung 	13
<p>Unterstützungsstrukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinärer Austausch • Abbau von strukturellen Schwierigkeiten wie z.B. langes Warten auf Reparaturen in der WG, Probleme mit individuellen Umbauten (Schallschutz, stabile Türen, robustes Inventar) • Weniger bürokratische Tätigkeiten • Finanzielle Ressourcen für tiergestützte Maßnahmen • Mehr Verständnis für die Arbeit auf Intensivwohngruppen 	5

Personenzentrierte Ausrichtung

3

- Bessere Berücksichtigung der individuellen Eigenheiten von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen
 - Weg von der Reduktion des Betreuten auf seine Verhaltensauffälligkeiten durch den Kostenträger (viele Bewohner sind sehr stabil, weil der Rahmen (Wohnen, Betreuungskonzept) stimmt)
 - Frühzeitige Verlegung in eine Intensivgruppe
 - Betreuer wirkt schwer traumatisiert durch jahrelange Psychiatrie
-

Auch hierbei wird wie zuvor häufig eine qualifizierte personelle Besetzung sowie eine bessere räumliche Ausstattung im Sinne von Raum-/Wohnkonzepten als Unterstützungsfaktoren rückgemeldet. Weiter werden Fortbildungsangebote im Sinne von professionellen Weiterbildungen/Schulungen genannt.

Bereits in der 1. Status Quo Studie Bayern (SQS BY) auf Einrichtungsebene wurde rückgemeldet, dass 10 Einrichtungen ($N=12$) ein spezifisches Raumkonzept im Intensivwohnen haben, was die Wichtigkeit hervorhebt. Dabei wurden folgende Besonderheiten genannt:

- Ebenerdiges Gebäude, breite Flure, Verbindungsgang zwischen Wohngruppen für schnelle Erreichbarkeit
- Halbtüren, Raumteiler
- Geräuschschluckende Raumdecken
- Nischenbereiche, Ruhecken, Rückzugsbereiche, Snoezelen
- Eigener kleiner Gartenbereich mit Gartenzaun
- Kleine Wohngruppen bzw. binnendifferenzierte Wohngruppen
- TEACCH-Essplätze

4.11 Zukunftswünsche

Unter der Kategorie "Big Five" sollten die Mitarbeiter*innen Aspekte, die Sie sich in Zukunft für die Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens wünschen, vermerken. Folgende persönliche Rückmeldungen (hier zusammengefasst unter Oberkategorien; Tabelle 51) wurden dazu gegeben:

Tabelle 51: Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens

Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens	Nennungen
<p>Baulich-strukturelle Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr offene Intensivwohngruppen • Raum-Wohnkonzept, räumliche Ausstattung nach Malke, bessere Ausstattung der Wohngruppe, größere Räumlichkeiten • Kleinere Wohnformen (max. 6 Personen) mit gesichertem Stellenschlüssel, Appartement, ABW • Gesicherte individuelle Strukturen für Bewohner*innen • Bessere Schallisolierung zwischen den einzelnen Zimmern 	113
<p>Übergang 2. Lebensbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2. Lebensbereich (individuell angepasst mit eigenem Leistungstyp); wir nehmen Bewohner*innen aus dem Kinder- und Jugendbereich ohne Perspektive auf • Schaffung eigener Arbeitsplätze für die Bewohner*innen • Beschäftigungsmöglichkeiten nach der Erwerbszeit • Flexible und individuelle Arbeitszeiten der Bewohner*innen 	65
<p>Aus- und Fortbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionelle/spezielle Fortbildungen • Qualifizierung der Mitarbeiter*innen • Momentan kein Inhalt in der Heilerziehungspflege-Ausbildung; Einbindung auch in diese Ausbildung 	49
<p>Finanzierungsmechanismen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuellere und situationsgerechtere finanzielle Möglichkeiten durch den Kostenträger • Sichere Finanzierung – bedarfsorientierte Finanzierung auch ohne Defizitorientierung • Mehr Budget für Bewohner bei Ausflügen oder für die Gestaltung des Wohnraumes • Besserer Verdienst für Mitarbeiter*innen • Mehr Budget für weitere Mitarbeiter*innen, damit mehr Eins-zu-eins-Betreuung möglich ist • Behebung des Fachkräftemangels durch Anpassung der Arbeitsbedingungen und Bezahlung (finanziell, geringere Wochenarbeitszeit) 	72

Kooperationen und Vernetzung mit Bezirk und anderen Trägern

51

- Zukunftsperspektive für junge Menschen im Intensivbereich (Haltung des Bezirks, dass diese Menschen nicht arbeiten können)
- Bei Reduzierung der Verhaltensauffälligkeiten hat der Betreute keine Berechtigung für Intensivwohnen; es werden nicht die Gründe dafür reflektiert
- Bewohner sollen nicht nur auf ihre Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionen reduziert werden – bedürfnisorientiertes Arbeiten
- Allgemeine Regulierungen individualisieren: Was benötigt der Einzelne
- Akzeptanz des Bedarfs: Nicht immer wieder neu begründen müssen
- Adäquate Zusammenarbeit mit dem Kostenträger
- Würde mir ein mehr Miteinander mit Bezirk wünschen
- Weniger Bürokratie
- Mehr Verständnis beim Kostenträger
- Austausch/Vernetzung mit anderen Einrichtungen
- Fachgremium Wohnen Intensiv (ähnlich Werdenfelser Weg)

Ärztliche und therapeutische Versorgung

40

- Gesicherte und bessere medizinische Versorgung im Klinikbereich (unabhängig wie schwierig Betreuung ist)
- Bessere Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Wohnheim
- Mehr therapeutische Angebote

Flexiblere Wohn- und Betreuungsstrukturen

25

- Flexibler Übergang in andere Wohnform
- Mehr Flexibilität in Einstufungen bei Übergang in Regelgruppen
- Bessere Strukturen bei Verlegungen in Regelgruppen schaffen
- Personalintensiver Übergang vom Jugendbereich
- Übergangswohnformen vom Kinder-/Jugendbereich oder längerem Psychiatrieaufenthalt zum Erwachsenenbereich
- Flexible Wohnformen, angepasste und individuelle Strukturen
- Mehr Einzelleistungsvereinbarungen
- Mehr Einzelbetreuungszeiten
- Erhalt der Fähigkeiten vor Förderung
- Perspektive entwickeln, individuelle Gestaltung und Struktur für Bewohner*innen
- Wesentlich mehr Zeit für die spontane, außerplanmäßige Beziehungsarbeit mit den Bewohnern (situativer Ansatz)

Personelle Besetzung

34

- Erhöhung der Stellenschlüssel
- Fachkräfte, Personal mit Zusatzqualifikation
- Stabiles Team
- Fachkräfte, die Spaß an der Arbeit im Intensivbereich haben

Haltung und Bewusstseinsbildung

Innerhalb der Wohneinrichtung

15

- Änderung der Haltung, positive Haltung gegenüber Intensivbetreuten, auf Augenhöhe begegnen
- Wir wollen auch für diesen Personenkreis individuelle Inklusion leben!
- Nicht nur Reduzierung auf Verhalten
- Respektieren der Besonderheiten der Klienten: es geschehen keine Verhaltenswunder
- Erleichterte Kommunikation zwischen Betreuten, Personal und Angehörigen
- Namensänderung für Intensiv (wirkt sehr negativ)

Gesellschaftlich

14

- Vorurteile abbauen
- „Urteilt“ nicht über uns
- Änderung der Haltung gegenüber intensivbetreuten Bewohnern Würdigung der besonderen Betreuung im Intensivbereich
- Mehr Wertschätzung für Mitarbeiter

*Bewohner*innenwünsche*

26

- Mein Freund soll hier einziehen
- Gesundere Ernährung
- Entspannter/ausgeglicherener sollen die Betreuer sein
- Ich möchte irgendwann selbständig leben können
- Öfter außerhalb der WG übernachten
- Partnerin finden, die ich liebe
- Täglicher Ansprechpartner, zuverlässige Bezugspersonen
- W-Lan
- Bezugspersonen sollen immer hier bleiben
- Freie Verfügung über Geld
- Möglichkeit der Haltung von Haustieren, Haustiere für die WG
- Ich hätte gerne meine Eltern zurück



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



-
- Irland
 - Gitarre
 - Haftanstalt darf es nicht werden
 - Irgendwann im ABW leben
 - Mehr Urlaub (im Ausland)
 - Abnehmen
 - Größeres Zimmer
 - Besseres Licht im Zimmer
 - Einen guten Freund an der Seite haben, Kontakte zu Freunden
 - Mehr nette Mitarbeiter*innen
 - Feiern
-

Ableitend ist zu erkennen, dass eine stärkere Subjektorientierung als notwendig erachtet wird. Das betrifft zum einen die personenzentrierte Ausrichtung von Betreuungskonzepten (flexiblere Wohn- und Betreuungsstrukturen, baulich-strukturelle Rahmenbedingungen, kleinerer Wohnformen, zweiter Lebensbereich, ärztliche und therapeutische Versorgung, Finanzierungsmechanismen) und zum anderen Maßnahmen der Qualifizierung und Kooperationen (qualifizierte Mitarbeiter*innen, personelle Besetzung, Kooperationen mit Bezirk und anderen Trägern).

5 Zusammenfassung Ergebnisse Status Quo Studie Oberbayern (SQS OBB)

Abschließend werden die wesentlichen deskriptiven Ergebnisse der Teilstudie II. zusammenfassend dargestellt.

Rahmenbedingungen

Die oberbayerische Intensivwohnlanschaft ist mehrheitlich im ländlichen Raum angesiedelt. Für 85 Prozent der Bewohner*innen hat der Bezirk Oberbayern die Leistungsträgerschaft. Überwiegend wird die Personengruppe in Oberbayern im Leistungstyp des WT-E-G INTENSIV ohne Einzelleistungsvereinbarung betreut. Mehrheitlich kommen die Bewohner*innen ursprünglich aus München.

Die Wohngruppengröße im Intensivwohnen in Oberbayern beträgt durchschnittlich 7 Personen, die größtenteils ein Einzelzimmer haben.

Zielgruppe des Intensivwohnens

Der Anteil der männlichen Bewohner überwiegt mit 64 Prozent. 82 Prozent der Bewohner*innen haben einen Grad der Behinderung von 100.

Bei 70 Prozent der Bewohner*innen liegen eine geistige Behinderung und eine zusätzliche psychische Erkrankung sowie eine fremd-, auto- und objekt aggressive Verhaltensstörung vor. Bei der Zielgruppe liegt mehrheitlich eine mittelgradige geistige Behinderung, eine psychische Erkrankung und eine Autismus-Spektrum-Störung vor.

Die Art des herausfordernden Verhaltens zeigt sich am stärksten in massiven, fremdaggressiven Verhaltensstörungen, wobei die Abweichungen zu massiven, anhaltenden autoaggressiven und objekt aggressiven Verhaltensweisen marginal sind.

Mit der Berechnung eines Index des herausfordernden Verhaltens zeigt sich (angelehnt an Theunissen & Kulig 2019), dass die Personengruppe mehrheitlich im psychischen Bereich, im Arbeitsbereich sowie im somatischen Bereich Auffälligkeiten des Verhaltens zeigt, die Auffälligkeiten treten im Durchschnitt etwa einmal wöchentlich auf. Auffallend ist durch die hohe Standardabweichung, dass die Zielgruppe eine große Differenz in der Häufigkeit des Auftretens der herausfordernden Verhaltensweisen aufweist. Der Gesamtindex für das herausfordernde Verhalten unterstreicht, dass die Personengruppe durchschnittlich einmal in der Woche herausfordernde Verhaltensweisen zeigt, wobei die Abweichungen der Angaben hierzu stark abweichen. Die Stärken

der Zielgruppe zeigen sich insbesondere im psychischen Bereich. Der Grad der Stärken ist insgesamt mittel bis kaum ausgeprägt.

Partizipation und Teilhabe für Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen

Die Selbstbestimmung und Teilhabemöglichkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern ist größtenteils gegeben, jedoch in einigen Unterkategorien nur unter Vorbehalt. Die Möglichkeit des Einkaufes persönlicher Bedarfe sowie die Erweiterung bestehender Fertigkeiten und Kompetenzen ist hierbei vergleichsweise oft möglich, wohingegen die freie Gestaltung des Tagesplans als unüblich eingestuft wird. Räumliche Selbstgestaltung und Privatsphäre scheinen bewohnerabhängig möglich zu sein, ebenso wie die Nutzung von Medien.

Wohnkarriere

Im Schnitt leben Bewohner*innen bereits seit 12 Jahren in einer Intensivwohnform innerhalb Oberbayerns. Insbesondere werden sie aus Regelwohneinrichtungen (besondere Wohnformen) für Erwachsene mit geistiger Behinderung sowie aus der Psychiatrie und dem Intensivwohnen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten aufgenommen. Der Grund der Aufnahme gründet zu 83 Prozent im besonders herausfordernden Verhalten der Personen. Zudem werden zu 30 Prozent fehlende pädagogisch-therapeutische Angebote damit begründet.

Das Intensivwohnen wird aktuell, auch aus Mangel an alternativen Wohnformen und -strukturen, für 77,5 Prozent der Bewohner*innen als eine langfristige Wohnform gesehen. Gründe werden in der Notwendigkeit enger Strukturen, eines erhöhten Betreuungsaufwandes und der psychischen Stabilisierung gesehen.

Als alternative Wohnformen werden insbesondere gut strukturierte Regelwohnformen oder strukturierte und offene Kleinwohngruppen (max. vier Bewohner*innen) genannt.

Pädagogisch-therapeutische Ausrichtung

Dass im Intensivwohnen in Bezug auf die herausfordernden Verhaltensweisen nach einem bestimmten Konzept bzw. einer Maßnahme gearbeitet wird, trifft zwar für 76 Prozent der Bewohner*innen zu, allerdings werden mehrheitlich keine konkreten Konzepte dabei genannt, die eine regelmäßige Anwendung und eine besondere pädagogisch-therapeutische Ausrichtung abbilden. Zudem lässt sich zu Teilen eine hohe Diskrepanz zwischen keiner und etwas häufiger Anwendung pro Monat erkennen.

Etwas häufiger werden die pädagogische Haltung „nicht gegen den Fehler, sondern für das Fehlende - Paul Moor“, die Konzepte professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa), Kriseninterventionsmaßnahmen, Strukturplan, psychomotorische und verhaltensunterstützende Angebote, personenzentrierter Ansatz (Pfortner) und TEACCH genannt.

Die Mitarbeiter*innen der Intensivwohneinrichtungen legen gegenüber den Bewohnerinnen und Bewohnern vor allem Wert auf Beziehungsarbeit und Ressourcenorientierung, einhergehend mit einer dialogischen Haltung durch Authentizität, Empathie und Zuverlässigkeit. Zudem halten sie es für sehr wichtig, ihnen im Alltag Struktur zu geben.

Freiheitsentziehende Maßnahmen innerhalb des Intensivwohnens

Die überwiegende Mehrheit (86,1 Prozent) der Bewohner*innen wurde innerhalb der letzten zwei Jahre nicht in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Das deckt sich auch mit den Angaben der Psychiatriebefragung – Status Quo Studie Psychiatrien Bayern (SQS PSY BY). Aus dieser ist zu entnehmen, dass von neun befragten Psychiatrien ($N=9$) Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten sowohl mehrheitlich aus Regelwohneinrichtungen für Erwachsene als auch aus dem Intensivwohnen und dem Elternhaus aufgenommen werden.

Bei insgesamt 148 Bewohnerinnen und Bewohnern des Intensivwohnens in Oberbayern werden entweder so gut wie nie bzw. mehrmals wöchentlich freiheitsentziehende Maßnahmen angewendet; dabei eher mehrmals wöchentlich Maßnahmen wie Fixierungen und verschlossene Türen oder auch der Time-out-Raum. Geschlossene Einrichtungen und Gruppen gehören hierbei zum Standard der Wohneinrichtungen.

Die am häufigsten genannten Auslöser für freiheitsentziehende Maßnahmen beziehen sich insbesondere restriktiv auf das herausfordernde Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners.

Aus den Rückmeldungen wurde zudem bestätigt, dass 81 Prozent der Bewohner*innen des Intensivwohnens in Oberbayern Psychopharmaka in Form einer Dauermedikation erhalten.

Kooperationen und Verbesserungspotentiale

Im Umgang mit dem herausfordernden Verhalten der Bewohnerin/des Bewohners wird vorrangig Unterstützung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte und den zuständigen Kostenträger sowie geringer durch die zuständige Pflegebehörde (FQA) und eine psychiatrische Klinik erfahren.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Intensivwohnens und eine verbesserte Versorgung der Bewohner*innen werden folgende Zukunftswünsche formuliert: Im Intensivwohnen sind



insbesondere die räumlichen Gegebenheiten und Strukturen im Sinne eines Wohnkonzeptes - inbegriffen alternativer kleinerer Wohnformen - die personellen Strukturen im Zusammenhang von Gehalt, Qualifikation und Stellenschlüssel sowie die Anpassungen des 2. Lebensbereiches (Neuschaffung, flexible/individuelle Arbeitszeiten) zu verbessern. Ebendiese Weiterentwicklungen werden auch als Unterstützungsfaktoren genannt, um besser mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren herausfordernden Verhaltensweisen arbeiten zu können. In diesem Zusammenhang werden zudem Fort- und Zusatzausbildungen für Mitarbeiter*innen betont. Des Weiteren werden vom Kostenträger angepasste Finanzierungsmöglichkeiten verlangt. Auch die Kooperation mit dem Bezirk und anderen Intensivwohneinrichtungen sollte nach Rückmeldungen ausgebaut und intensiviert werden sowie eine gesicherte und bessere medizinische Versorgung im Klinikbereich vorhanden sein.

6 Einordnung und Schlussbetrachtung

Die mit diesem Bericht bereitgestellte Datenbasis stellt einen Grundpfeiler für die nachhaltige Weiterentwicklung der Wohn- und Betreuungssituation für Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen bereit.

Diese Bereitstellung „vorläufiger Ergebnisse“ ist im Sinne der Wissenschaft sowohl mit Blick auf die einhergehende Verpflichtung zur Transparenz als auch mit Bezug zum Forschungsauftrag, neue Erkenntnisse nutzbar zu machen und in einen relevanten Verwertungszusammenhang zu stellen, notwendig.

Die vorliegenden Ergebnisse können damit im Rahmen eines formativen gemeinsamen Prozesses zur konzeptionellen Entwicklung, Erprobung und Bewertung innovativer und nachhaltiger Gelingensfaktoren für das Intensivwohnen in und über die Grenzen von Oberbayern genutzt werden.

Die hier präsentierten deskriptiven Daten der beiden durch die LMU durchgeführten Studien stellen einen zentralen Meilenstein und zugleich Grundpfeiler für die Zukunft des Intensivwohnens in Bayern dar, die mit weiteren qualitativen Daten der Kompassstudie ergänzt und im gemeinsamen Dialog mit allen aktiven Akteurinnen und Akteuren weiterentwickelt werden.

Literatur

- Abresch, M.; Kleinert, S.; Rochow, G.; Viol, M.; Burkhard-Bicking, P.; Hennig, A. et al. (2019): Reduzierung freiheitsentziehender Maßnahmen (FEM) in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Abbildung der Inhalte eines Qualifizierungsprojekts in Rheinland-Pfalz. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz (Hrsg.).
- Bowring, D. L.; Painter, J.; Hastings, R. P. (2019): Prevalence of Challenging Behaviour in Adults with Intellectual Disabilities, Correlates and Association with Mental Health. In: *Current Developmental Disorders Reports* 6 (4), S. 173–181.
- Bredthauer, D. (2011): Freiheitsentziehende Maßnahmen vermeiden – Empfehlungen aus der ReduFix-Studie. Fachtagung zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in Siegen-Wittgenstein. Fachhochschule Frankfurt/Main, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. Siegen, 16.06.2011. Online verfügbar unter http://www.redufix.de/html/img/pool/Siegen_Bredthauer_2011_handout.pdf, zuletzt geprüft am 19.01.2021.
- Bush, A.; Griffith, G. (2017): 'Sometimes they listen to me about what works best for me, but they don't always do it' - Challenging behaviour: What does the evidence base tell us about service users' perspectives of support they receive? *Clinical Psychology Forum* 290. S. 42–48.
- Calabrese, S. (2016): Herausfordernde pädagogische Situationen. Wie können Arbeitssituationen von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen optimal gestaltet werden? Erkenntnisse einer qualitativen Studie. In: *Sozial Aktuell* (10), S. 38–39.
- Campbell, M.; Robertson, A.; Jahoda, A. (2014): Psychological therapies for people with intellectual disabilities: comments on a Matrix of evidence for interventions in challenging behaviour. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 58 (2), S. 172–188.
- Lundström, M. O.; Antonsson, H.; Karlsson, S.; Graneheim, U. H. (2011): Use of Physical Restraints With People With Intellectual Disabilities Living in Sweden's Group Homes. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 8 (1), S. 36–41.
- Markowetz, R.; Wolf, M.; Lang, A.; Arndt, S.; Scherer, K. (2021): Internationale Literaturrecherche zum Intensivwohnbereich. Teilhabebedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen. LMU München. DOI: 10.5282/ubm/epub.75041
- Mc Gill, C.; Breen, C. J. (2020): Can sensory integration have a role in multi-element behavioural intervention? An evaluation of factors associated with the management of challenging behaviour in community adult learning disability services. In: *British Journal of Learning Disabilities* 48 (2), S. 142–153.
- Scheifes, A.; Walraven, S.; Stolker, J. J.; Nijman, H. L. I.; Egberts, T. C. G.; Heerdink, E. R. (2016): Adverse events and the relation with quality of life in adults with intellectual disability and challenging behaviour using psychotropic drugs. In: *Research in Developmental Disabilities* 49–50, S. 13–21.
- Sheehan, R.; Kimona, K.; Giles, A.; Cooper, V.; Hassiotis, A. (2018): Findings from an online survey of family carer experience of the management of challenging behaviour in people with intellectual



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



disabilities, with a focus on the use of psychotropic medication. In: *British Journal of Learning Disabilities* 46 (2), S. 82–91.

Theunissen, G.; Kulig, W. (2019): Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg. Ergebnisbericht. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.).



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Angebotene pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen für die Bewohner*innen - Diskrepanz zwischen keiner und mehr als viermaliger Anwendung pro Monat 51
Abbildung 2: Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)..... 62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stichprobe SQS BY 11
Tabelle 2: Übersicht über die Aufteilung der Einrichtungen nach Art der Betreuung..... 11
Tabelle 3: Übersicht über die Verteilung der Einrichtungen auf Bezirke 12
Tabelle 4: Übersicht über die Verteilung der Personengruppe mit gB und hV auf Bezirke (N=53). 13
Tabelle 5: Übersicht über angebotene Leistungstypen aller beteiligter Einrichtungen (N=64) 14
Tabelle 6: Anzahl der Bewohner*innen 15
Tabelle 7: Art und Weise herausforderndes Verhalten: Gegenüberstellung von Regelwohnen - Intensivwohnen 16
Tabelle 8: Autismus-Diagnose u. tiefgreifende Entwicklungsstörungen (n=30)..... 17
Tabelle 9: Psychische Erkrankungen (n=30)..... 18
Tabelle 10: Intensivwohneinrichtungen aufgeteilt nach Regierungsbezirken in Bayern (n=11)..... 19
Tabelle 11: Anzahl Bewohner*innen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten 20
Tabelle 12: Autismus-Diagnose u. tiefgreifende Entwicklungsstörungen (n=10)..... 21
Tabelle 13: Psychische Erkrankungen (n=11)..... 22
Tabelle 14: Weitere Diagnosen nach ICD-10 (N=12) 22
Tabelle 15: Massivste Verhaltensauffälligkeiten (n=53)..... 23
Tabelle 16: Aufnahme in das Intensivwohnen aus vorheriger Einrichtung 25
Tabelle 17: Einstellung zur Aufnahme von Personen aus dem Intensivwohnbereich 28
Tabelle 18: Rahmenbedingungen zur Aufnahme im Intensivwohnen 29
Tabelle 19: Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens 30
Tabelle 20: Stichprobe SQS OBB, Teil 2..... 39
Tabelle 21: Träger der Einrichtung teilnehmender Personen (N=151)..... 40
Tabelle 22: Lage der Einrichtungen (N=151)..... 40
Tabelle 23: Herkunftsort (N=151) 41
Tabelle 24: Leistungsträger (N=151) 41
Tabelle 25: Durchschnittliche Anzahl der Bewohner*innen 42



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



Tabelle 26: Hilfebedarfsgruppe (N=151)	42
Tabelle 27: Zielgruppe des Intensivwohnens in Oberbayern (N=151)	43
Tabelle 28: Zielgruppe des Intensivwohnens in Oberbayern (N=151)	43
Tabelle 29: Diagnosen (N=151)	44
Tabelle 30: Herausforderndes Verhalten.....	44
Tabelle 31: Mittelwert Index Herausforderndes Verhalten	45
Tabelle 32: Stärken im Sozialverhalten ausgeprägt (N=151).....	46
Tabelle 33: Mittelwert Index Stärken	47
Tabelle 34: Möglichkeit zur selbstbestimmten Teilhabe.....	48
Tabelle 35: Pädagogisch-therapeutisches Konzept bzw. Maßnahme.....	49
Tabelle 36: Angebotene pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen für die Bewohner*innen	50
Tabelle 37: Angebotene pädagogisch-therapeutische Konzepte und Maßnahmen für die Bewohner*innen	52
Tabelle 38: Weitere pädagogisch-therapeutischen Konzepte und Maßnahmen	54
Tabelle 39: Wichtigkeit der pädagogischen Ausrichtung	55
Tabelle 40: Aufnahme in das Intensivwohnen aus vorheriger Einrichtung (N=151)	56
Tabelle 41: Gründe für die Aufnahme der Bewohnerin/des Bewohners (N=151) in das Intensivwohnen.....	56
Tabelle 42: Gründe für alternative Wohnformen.....	58
Tabelle 43: Gründe, die eine Betreuung in einer selbstständigeren Wohnform bisher für den/die Bewohner*in ausschlossen	60
Tabelle 44: Strukturelle FEM innerhalb der Intensivwohngruppen für den/die Bewohner*in	62
Tabelle 45: Auslöser für FEM für die Bewohner*innen (N=151)	63
Tabelle 46: Weitere Gründe als Auslöser für FEM	64
Tabelle 47: Unterstützung im Umgang mit herausforderndem Verhalten	66
Tabelle 48: Intensivierung von Kooperationen	67
Tabelle 49: Veränderungen für eine bessere Versorgung im Intensivwohnen	68
Tabelle 50: Unterstützung bzgl. herausforderndem Verhalten.....	70
Tabelle 51: Veränderung und Weiterentwicklung des Intensivwohnens	72



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ



**Forschungs- und Arbeitsgruppe „Behinderung und herausfordernde Verhaltensweisen“
am Institut für Präventions-, Inklusions- und Rehabilitationsforschung der Universität
München:**

- Prof. Dr. Reinhard Markowetz
Pädagogik und Rehabilitation
Leopoldstraße 13
80802 München
Tel.: +49 (0)89 2180-5111
E-Mail: markowetz@lmu.de
- Annika Lang
Pädagogik und Rehabilitation
Leopoldstraße 13
80802 München
E-Mail: annika.lang@edu.lmu.de
- Sophia Arndt, Ph.D.
Pädagogik und Rehabilitation
Leopoldstraße 13
80802 München
E-Mail: S.Arndt@edu.lmu.de
- Markus Wolf
Pädagogik und Rehabilitation
Leopoldstraße 13
80802 München
E-Mail: wolf@lmu.de



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FAKULTÄT 11 PSYCHOLOGIE UND PÄDAGOGIK
DEPARTMENT PÄDAGOGIK UND REHABILITATION
LEHRSTUHL FÜR PÄDAGOGIK BEI VERHALTENSSTÖRUNGEN UND AUTISMUS EINSCHLIEßLICH
INKLUSIVER PÄDAGOGIK
UNIV.-PROF. HON.-PROF. DR. REINHARD MARKOWETZ

