

Die Verschärfung von Risiken der Ausgrenzung für Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege während der Corona-Pandemie

Albrecht Rohrmann

Einleitung

Als im Frühjahr 2020 deutlich wurde, dass sich die Verbreitung des Corona-Virus zu einer Pandemie entwickelte, wurde mit einschneidenden Maßnahmen zur Beschränkung von Kontakten reagiert. Die ergriffenen Maßnahmen galten angesichts der noch geringen Kenntnisse über das Virus und vor allem mangels anderer möglicher Schutzvorkehrungen wie Impfungen, Medikamenten oder Schutzmasken weithin als unausweichlich. Deutlich hinaus über die Einschränkungen für die allgemeine Bevölkerung gingen die Maßnahmen, die zum Schutz und zur Isolation von Menschen in Pflegeheimen und Menschen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe angeordnet wurden. Wenngleich die pandemische Lage zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrages noch nicht vorüber ist, mehren sich Veröffentlichungen, die sich mit den getroffenen Entscheidungen und ihren Folgen kritisch auseinandersetzen (vgl. z.B. die Beiträge in Bonacker/Geiger 2021; Kröll et al. 2020; Rödler 2020; Schulz-Nieswandt 2021; Zander 2021). Die Maßnahmen haben die Risiken der Ausgrenzung von Menschen in stationären Einrichtungen deutlich verschärft und ins Bewusstsein treten lassen.

In diesem Beitrag soll die Entwicklung während der Pandemie als Ausdruck einer Verschärfung von strukturellen Problemen der Unterstützung von pflegebedürftigen und in anderer Weise beeinträchtigen Menschen in Heimen thematisiert werden. Dazu soll zunächst in das Verständnis und die Bedeutung von Heimen eingeführt werden (1). Es werden sodann Corona-Maßnah-

men in den Blick genommen, die zu einer Verschärfung von Risiken der Benachteiligung von Heimbewohner*innen (2) führen. In den folgenden Kapiteln geht es ausgehend von der Verknüpfung von Wohnen und Unterstützung (3) um Ausgrenzungsrisiken durch die Lebensbedingungen in Heimen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden Folgen der Isolation (4), freiheitzentziehender Maßnahmen (5) und der Gewalt (6) thematisiert. Abschließend sollen Überlegungen zur Überwindung von Risiken der Ausgrenzung und zu einem weiteren Forschungsbedarf skizziert werden (7).

1. Heime für erwachsene Menschen mit Pflegebedarf und/oder anderen Beeinträchtigungen

Es fällt auf, dass der Begriff ›Heim‹, ebenso wie der Begriff der ›stationären Einrichtung‹ in den entsprechenden rechtlichen Vorschriften und auch im Sprachgebrauch der professionellen Anbieter solcher Hilfen zunehmend vermieden wird. In der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen wird mittlerweile von ›besonderen Wohnformen‹ (§ 104 Abs. 3 SGB IX) gesprochen, im Wohn- und Teilhabegesetz beispielsweise des Bundeslandes NRW von »Einrichtungen mit umfassenden Leistungsangebot« (§ 18 Abs. 1 WTG NRW), im Bereich der sozialen Pflegeversicherung hingegen von »vollstationären Einrichtungen« (§ 43 Abs. 1 SGB XI). Damit wird der Gegenstand dieses Beitrages klärungsbedürftig.

In der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) wird die Bedeutung eines selbstbestimmten Lebens (Independent Living) (Artikel 19) für den Schutz der Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen herausgestellt. Dieses Recht wird explizit in Gegenüberstellung zu stationären Versorgungssettings ausformuliert. Die Vertragsstaaten der Konvention müssen unter anderem gewährleisten, dass Menschen mit Beeinträchtigungen »have the opportunity to choose their place of residence and where and with whom they live on an equal basis with others and are not obliged to live in a particular living arrangement« (Artikel 19 UN-BRK). In der Auslegungshilfe des zuständigen Ausschusses der Vereinten Nationen (General Comment) zu dem Artikel wird eine nicht abgeschlossene Liste von Merkmalen von »institutionalized settings« (UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2017: 4) genutzt, die für die Auseinandersetzung mit den Risiken der Verletzung von grundlegenden Rechten von Menschen in Heimen herangezogen werden kann:

- »obligatory sharing of assistants with others and no or limited influence over whom one has to accept assistance from;
- isolation and segregation from independent life within the community;
- lack of control over day-to-day decisions;
- lack of choice over whom to live with;
- rigidity of routine irrespective of personal will and preferences;
- identical activities in the same place for a group of persons under a certain authority;
- a paternalistic approach in service provision; supervision of living arrangements;
- and usually also a disproportion in the number of persons with disabilities living in the same environment.« (ebd.)

Die Merkmale lassen unschwer eine Nähe zu jenen ›totaler Institutionen‹ nach Goffman (1973) erkennen, beziehen diese jedoch im weiteren Sinn auf die Organisation von personenbezogener Unterstützung und damit einhergehenden Abhängigkeitsbeziehungen. In den Merkmalen spielen die Probleme der Ausgrenzung und Isolation sowie die Verwehrung von grundlegenden Rechten zur Selbstbestimmung eine zentrale Rolle. Sie rechtfertigen es, nach einer Verschärfung und nicht nach einer Neuentstehung von Risiken durch die Corona-Pandemie zu fragen. Auch unabhängig vor der Pandemie steht in Frage, ob in solchen Einrichtungen eine menschenrechtskonforme Unterstützung möglich ist.

Den Risiken der Ausgrenzung und der Missachtung von grundlegenden Rechten in Einrichtungen steht die zentrale Bedeutung gegenüber, die solchen Einrichtungen in der (fach-)öffentlichen Diskussion für die Unterstützung pflegebedürftiger und anderer Menschen mit Beeinträchtigungen immer noch zugemessen werden. In der (fach-)öffentlichen Diskussion ist die Unterscheidung von ›ambulanten‹ und ›stationären‹ Hilfen trotz der teilweise geänderten Begrifflichkeit in Gesetzestexten für das Verständnis von Unterstützungssettings nach wie vor prägend. Diese Gegenüberstellung ist der Gesundheitsversorgung entlehnt. Einfache gesundheitliche Probleme können ambulant behandelt werden, für schwierige Behandlungen ist eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich. In den Feldern der Unterstützung von Menschen mit Pflegebedarf und/oder anderen Beeinträchtigungen findet sich die Vorstellung, dass ein bestimmter Personenkreis einen »stationären Hilfebedarf« (Rohrmann/Schädler 2016: 220) hat. Dieser begründet sich durch im Zeitverlauf durchaus wandelbare Wahrnehmungen

der Art und Schwere einer Beeinträchtigung oder durch das Fortschreiten einer Unterstützungsbedürftigkeit. Gleichwohl findet sich sowohl im Bereich der Pflege als auch in der Eingliederungshilfe die Vorgabe, dass stationäre Hilfen möglichst vermieden werden sollen. Im Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung) wird dazu die Annahme eines stationären Hilfebedarfs unmittelbar herangezogen. Der Vorrang der häuslichen Pflege gilt nach § 3 SGB XI »damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können«. Im Bereich der Eingliederungshilfe sollen die Wünsche der Leistungsberechtigten hinsichtlich der Gestaltung berücksichtigt werden, wenn diese angemessen sind. Sie gelten vor allem dann nicht als angemessen, wenn die Kosten unverhältnismäßig über den nach Ansicht des Kostenträgers vergleichbaren und zumutbaren Leistungen liegen (§ 104 Abs. 2 SGB IX). Die Vorgabe stellt eine Diskriminierung von Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf dar. Ein zentrales Ausgrenzungsrisiko in stationären Settings besteht also darin, dass der Anspruch auf eine selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben vollständig einer scheinbar notwendigen funktionalen und zugleich kostengünstigen Versorgung untergeordnet wird.

Die dargestellte Orientierung in Verbindung mit den sozialrechtlichen Vorgaben hat es bislang verhindert, dass es in der Bundesrepublik Deutschland seit der Ratifizierung der UN-BRK zu einer Überwindung der stationären Versorgungslogik von Menschen mit Beeinträchtigungen gekommen ist. Im ersten Staatenprüfungsverfahren durch die Vereinten Nationen zeigt sich der zuständige Ausschuss der Vereinten Nationen besorgt »about the high levels of institutionalization and the lack of alternative living arrangements.« (UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015: 7) in der Bundesrepublik Deutschland, die sich der Ratifizierung der UN-BRK nicht verändert hat. Der amtlichen Pflegestatistik folgend gab es im Dezember 2009, also im Jahr der Ratifizierung der UN-BRK, insgesamt 10.383 Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege mit 808.213 Plätzen für diesen Zweck (vgl. Statistisches Bundesamt 2020: 45), zehn Jahre später (2019) hingegen 11.317 Einrichtungen mit 877.162 Plätzen (vgl. ebd.: 46). Im Schnitt haben Einrichtungen mit Plätzen ausschließlich für die Dauerpflege 70 Plätze (vgl. ebd.: 35). Etwa zwei Drittel der Plätze werden in 1-Bett-Zimmern vorgehalten, ansonsten erfolgt die Unterbringung zumeist in Doppelzimmern (vgl. ebd.: 35). Auf eine ähnliche Sachlage verweisen die Träger der Eingliederungshilfe im Bereich der Eingliederungshilfe. Sie zeigen, dass im Jahre 2009 insgesamt 189.716 volljährige Leistungsberechtigte in stationären Einrichtungen

lebten und im Jahre 2019 dann 200.025 Menschen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2021: 53). In beiden Bereichen zusammen leben also in der Bundesrepublik Deutschland über eine Millionen Menschen in Einrichtungen mit erheblichen Risiken der Verletzung grundlegender Rechte. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl der Angebote der Unterstützung außerhalb von Einrichtungen im Verhältnis stärker angestiegen (vgl. Statistisches Bundesamt 2020: 45 f; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2021: 54). Viele dieser Angebote weisen jedoch auch die oben zitierten Merkmale des Lebens in institutionalisierten Settings auf.

2. Ambivalenzen der Begründung von Corona-Maßnahmen in Bezug auf Bewohner*innen von Heimen

Menschen mit Beeinträchtigungen und Bewohner*innen von Einrichtungen gerieten in der Corona-Pandemie in unterschiedlicher Weise als ›Risikogruppen‹ in den Blick. Eine sich durchziehende Begründung von Maßnahmen war von der Sorge um Gruppen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Corona-Erkrankung und auch dem Risiko daran zu versterben bestimmt. Hier waren Bewohner*innen von Heimen in mindestens zweifacher Weise betroffen. Zum einen gab und gibt es angenommene und belegte Zusammenhänge zwischen Vorerkrankungen und dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die einen schweren Verlauf begünstigen. Zum anderen ist das Infektionsrisiko in Gemeinschaftseinrichtungen durch das Zusammenleben auf engem Raum und bei personenbezogenen Dienstleistungen, die eine körperliche Nähe erfordern, deutlich erhöht.

Dauerhaft beeinträchtigte Menschen und vor allem Bewohner*innen von Heimen wurden als Gruppe angesehen, um die man sich in der Corona-Pandemie in besonderer Weise kümmern muss. Die »mitunter im Kult des Heroischen inszenierte Fürsorge« (Schulz-Nieswandt 2021: 23) hat die Bewohner*innen von Einrichtungen in der öffentlichen Darstellung in extremer Weise als Objekte der Fürsorge in Erscheinung treten lassen. Dies kann zu stereotypisierenden Sichtweisen von pflegebedürftigen und in anderer Weise beeinträchtigten Menschen und zu einer Zunahme der Diskriminierung führen (vgl. in Bezug auf alte Menschen Spuling/Wettstein/Tesch-Römer 2020). In der öffentlichen Debatte gab es zahlreiche abwertende Äußerungen in Bezug auf besonders gefährdete Gruppen (vgl. Zander 2021). In Bezug auf Menschen mit

Behinderungen nutzt Grams (2021: o.S.) das Bild eines ›Brennglases‹ um die Auswirkung der Corona-Pandemie zu beschreiben: »Zwar wird die Notwendigkeit ihres Schutzes allenthalben postuliert, allein es fehlt an Schutzkonzepten, die auch ihre gesellschaftliche Teilhabe sichern würden.« (ebd.) Es handelt sich um einen Diskurs über Menschen mit Beeinträchtigungen, in dem die zum Objekt degradierten ›Risikogruppen‹ sich mit ihren Sichtweisen, ihren Kompetenzen und ihren Erwartungen hinsichtlich des Schutzes vor den Risiken einer Corona-Infektion nur selten Gehör verschaffen konnten. Hier werden die Ambivalenz der Fürsorge und das Risiko der Verschärfung von einer Ausgrenzung durch Hilfe sehr deutlich.

Eine weitere Begründung für spezielle Maßnahmen für Menschen in Heimen, die für Infektionen und für einen schweren Verlauf der Erkrankung als besonders anfällig sind, hat sich ziemlich schnell zur Wahrnehmung ihrer Schutzbedürftigkeit hinzugesellt. Sie gelten als Risiko für die Überlastung des medizinischen Versorgungssystems: »Mit Patientenverfügungen, Therapiezielprotokollen und Scores sollte die Aufnahme hochaltriger, multimorbider Menschen bei einem Covid-19-Verdacht in die Krankenhäuser vermieden und diese nach Möglichkeit in den eigenen Einrichtungen versorgt werden.« (Dinges 2020: 73).

Unabhängig von der Pandemie gilt, dass Menschen mit Beeinträchtigungen und vor allem auch Bewohner*innen von stationären Einrichtungen hinsichtlich des Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen auch unabhängig von der Corona-Pandemie benachteiligt werden (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021). Die damit einhergehenden Risiken hinsichtlich des Zugangs zu gesundheitsrelevanten Informationen, hinsichtlich des Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen und -diensten, hinsichtlich der Assistenz bei Krankheit und hinsichtlich des Rechts auf intensivpflegerische und lebensrettende Maßnahmen haben sich aber unter den Bedingungen der Pandemie (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2020) verschärft. In Nordrhein-Westfalen wurde am 3. April 2020 eine Verordnung erlassen, mit der das Ziel verfolgt wurde die Verfügbarkeit von Krankenhausbetten sicherzustellen. Die Krankenhäuser wurden verpflichtet (zukünftige) Bewohner*innen von Heimen zum Zeitpunkt der Entlassung zu testen und die aufnehmenden Einrichtungen im Falle einer vorliegenden Infektion zu informieren. Die Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten ggf. durch Verlegungen Isolations- und Quarantänebereiche bilden (vgl. CoronaAufnahmeVO vom 03.04.2020 GV.NRW 2020 Nr. 11a). Die Konzentration auf die Versorgung in Krankenhäusern hat gleichzeitig dazu geführt, dass

die stationären Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe nicht auf den Umgang mit der Pandemie vorbereitet wurden und nicht die Ressourcen effektiver Schutzmaßnahmen erhielten. Hier schlug die Sorge um in die Wahrnehmung der Bedrohung durch ›Risikogruppen‹. Seinen weitestgehenden Ausdruck fand diese Diskussion auch gleich zu Beginn der Krise durch die öffentliche und auch international geführte Diskussion über Entscheidungen über die Priorisierung von Leistungen der Intensivmedizin, die unter dem Begriff der ›Triage‹ geführt wurde. Bereits am 25.03.2020 wurden von medizinischen Fachgesellschaften Empfehlungen zu »Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie« (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2020) vorgelegt, die neben den aktuellen Erkrankungen auch Komorbiditäten und den allgemeinen Gesundheitszustand als Kriterien heranziehen. Durch Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen wurde auf die darin enthaltene Diskriminierung hingewiesen (vgl. Poser/Frankenstein 2020). Die kontroverse Diskussion hat auf der Grundlage einer Verfassungsbeschwerde von neun Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen mittlerweile zu einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts geführt, in der das Risiko der Diskriminierung bestätigt wird (1 BvR 1541/20). Es ist zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrages noch nicht absehbar, in welcher Weise der Gesetzgeber seiner Pflicht zum Schutz vor Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen in der intensivmedizinischen Versorgung nachkommen wird und welche Auswirkungen dies auch darüber hinaus für den diskriminierungsfreien Zugang von Menschen mit Beeinträchtigungen und insbesondere von Menschen in Heimen zu gesundheitsbezogenen Leistungen hat.

3. Die Verknüpfung von Wohnen und Unterstützung

Stationäre Einrichtungen verknüpfen ein Angebot des Wohnens mit einer im Alltag zu leistenden Unterstützung. Dies ist für zahlreiche soziale Hilfen konstitutiv (vgl. die Beiträge in Meuth 2017). Es handelt sich um ein »Wohnen im wohlfahrtsstaatlichen Arrangement« (Meuth 2021: 442). Mit solchen Settings werden gesellschaftliche Annahmen über den adressierten Personenkreis erzeugt. Sie stehen in Spannung zu der hohen Bedeutung, die dem Schutz der eigenen Wohnung als Teil der Privatsphäre und für die Ausprägung eines individuellen Lebensstils zugemessen wird. Die Notwendigkeit der Verknüp-

fung ergibt sich keineswegs zwangsläufig aus einem Unterstützungsbedarf oder gar aus geäußerten Bedürfnissen. Dominant ist vielmehr die Logik des sozialstaatlichen Versorgungssystems. Diese nimmt in den unterschiedlichen Feldern sozialer Hilfen verschiedene Ausprägungen an. Übergreifendes Merkmal ist jedoch, dass es sich bei den stationären Einrichtungen um öffentliche Orte handelt. Sie werden gestaltet durch funktionale und zunehmend auch ökonomische Erwägungen des Trägers der Einrichtung, die durch öffentliche Stellen wie Sozialleistungsträger und die Heimaufsicht kontrolliert werden.

Es wurde bereits auf die Analogie der Unterscheidung ›ambulanter‹ und ›stationärer‹ Leistungen in der Krankenbehandlung hingewiesen. Der entscheidende Unterschied zwischen der Aufnahme in ein Krankenhaus und in ein Heim ist allerdings, dass die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Pflege oder der Eingliederungshilfe in der Regel nicht zeitlich begrenzt ist und zumeist zur Aufgabe der eigenen Wohnung führt. Der Eintritt in eine stationäre Einrichtung ist durch die einschneidende Bedeutung für die Lebensführung als ein Übergang und als ein kritisches Lebensereignis (vgl. Philipp/Aymanns 2018) zu betrachten.

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit wird der Heimeintritt häufig als ein Lebensabschnitt wahrgenommen, der mit starken Einschränkungen und einer hohen Abhängigkeit von Unterstützung verbunden ist. Dies ist häufig im höheren Alter der Fall. Allerdings sind gut 7 % der Leistungsberechtigten der sozialen Pflegeversicherung im Heim jünger als 65 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt 2020: 21). Der Heimeintritt wird durch die Anpassung an die Möglichkeiten und Unterstützungsleistungen im eigenen Haushalt in der Regel so lange wie möglich herausgezögert. Der dauerhafte Verlust der eigenen Wohnung und der Einzug in eine Einrichtung, die durch funktionale Regeln der pflegerischen Versorgung gekennzeichnet ist, erzeugt eine erhöhte Vulnerabilität. Den Bewohner*innen geht weitgehend die Möglichkeit des Rückzuges und der Kontrolle über den privaten Raum verloren. Der Tagesablauf ist durch funktionale Erfordernisse des Einsatzes von Mitarbeiter*innen und durch eine Heimordnung strukturiert. Man wird im Pflegeheim besucht, startet aber selten selbst initiierte Aktivitäten außerhalb der Einrichtung. Dies begründet einen Verlust der Erfahrung von Selbstwirksamkeit und den Möglichkeiten der Selbstbestimmung.

In besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe leben überwiegend Menschen, denen im sozialrechtlichen Sinne unter anderen eine sogenannte geistige Behinderung zugeschrieben wird (ca. 63,4 % vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger 2021: 18), häufig in Verbindung

mit anderen Beeinträchtigungen. Die Zuschreibung einer sogenannten geistigen Behinderung ist ungeachtet des Integrations- und Inklusionsdiskurses nach wie vor von einer sich im Lebenslauf verschärfenden Ausgrenzung und einem Verweis auf Sondereinrichtungen geprägt. Im Erwachsenenalter prägen Werkstätten für behinderte Menschen die Beschäftigungssituation von Menschen mit sog. geistigen Behinderungen. Im Bereich der wohnbezogenen Unterstützung hat sich eine Vielfalt von Angeboten entwickelt, von denen jedoch – wie bereits erwähnt – die meisten Merkmale eines institutionellen Settings tragen. Mit dem Verweis auf besondere Wohnformen wird die Sonderrolle von Menschen mit Behinderungen verschärft. Ihnen wird das für die Lebensführung von erwachsenen Menschen bedeutsame Recht des Lebens in einer eigenen Wohnung mit selbstgewählten Mitbewohner*innen verwehrt. Die meisten der Bewohner*innen wohnen in der Einrichtung, gehen jedoch im Unterschied zu Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen auch Aktivitäten außerhalb der Einrichtung nach, zum Beispiel zum Zwecke der Beschäftigung, zu Besuchen oder zu anderen Aktivitäten. Dadurch, dass die individuelle Entscheidung und die Durchführung solcher Aktivitäten häufig eingeschränkt ist und weitere Angebote nicht selten unter der Regie des gleichen Trägers vorgehalten werden, ist die gesamte Lebenssituation der Bewohner*innen solcher Einrichtungen stark durch ein übergreifendes institutionelles Setting geprägt.

Die Problematik der Verknüpfung von Wohnen und Unterstützung hat sich in der Corona-Perspektive verschärft. Wie bereits dargelegt wurden deutlich weitergehende Maßnahmen des Infektionsschutzes gefordert und umgesetzt als in privaten Haushalten. So wurden in stationären Einrichtungen Besuchsregeln erlassen. Besuche wurden zunächst völlig untersagt (CoronaSchVO vom 16.04.2020 § 2 Abs. 2) und später in unterschiedlicher Weise stark limitiert. Auch in Privathaushalten wurden Besuchskontakte begrenzt. Das Recht, Besuche zu empfangen wurde jedoch zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt und es wurde immer wieder versichert, dass Kontrollen in privaten Haushalten nicht durchgeführt werden sollen. Auch die bereits dargestellte Bildung von Isolationsbereichen in Einrichtungen durch Verlegungen ist in Privathaushalten undenkbar. Betretungsverbote bzw. -begrenzungen und die funktionale Verlegung von Bewohner*innen in einer Einrichtung führt zu einem erweiterten Verlust der Privatsphäre und zu einer erhöhten Verletzlichkeit. Im Folgenden sollen beispielhaft Folgen in wichtigen Lebensbereichen aufgezeigt werden.

4. Isolation

Als ein Merkmal zur Charakterisierung von Heimstrukturen wurde oben die Isolation und Segregation von einem selbstbestimmten Leben genannt. Nach Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention haben flexible Assistenzdienste das Ziel »to prevent isolation or segregation from the community« (Artikel 19 Abschnitt b). Isolation in stationären Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe wird hergestellt durch die räumliche Struktur, durch die Ordnung der Einrichtung und durch die Organisation der Unterstützung. Die Isolation wird also in der Regel nicht durch Zwangsmaßnahmen herbeigeführt, sondern durch das institutionelle Arrangement der Einrichtung hergestellt. Eine selbstbestimmte Lebensführung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind stark eingeschränkt oder unmöglich. Im Mittelpunkt stehen die internen Abläufe und die Bewohner*innen werden auf das Innenleben der Einrichtung begrenzt. Bewohner*innen, die im Bereich der Mobilität oder bei der Gestaltung von sozialen Beziehungen auf Assistenz angewiesen sind, sind in besonderem Maße davon abhängig, ob ihnen eine Assistenz für die Gestaltung von Aktivitäten außerhalb der Einrichtung gewährt wird.

Von den Bewohner*innen wird dies sehr häufig als starke Belastung empfunden. Entgegen der Vorstellung der Erleichterung von sozialen Kontakten in »Gemeinschaftseinrichtungen« reagieren viele Menschen in den Einrichtungen mit sozialem Rückzug und erleben sich in Einrichtungen als einsam (für Pflegeeinrichtungen vgl. Plattner/Brandstötter/Paal 2022; für die Eingliederungshilfe vgl. Trescher 2017: 159). Gesundheitliche Risiken als Folge von Einsamkeit und Isolation sind gut belegt (vgl. Pantel 2021).

Unter den Bedingungen der Corona-Pandemie hat die soziale Isolation und das Einsamkeitserleben bei vielen Menschen auch in privaten Haushalten zugenommen. Die Verschärfung in stationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind jedoch deutlich weitgehender. Vorliegende Untersuchungen lassen darauf schließen, dass Maßnahmen häufig über die von den Verordnungen und Verfügungen vorgegebenen hinausgegangen sind, wie zum Beispiel die Einschließung in Zimmern (für die Eingliederungshilfe Trescher/Nothbaum 2021; für die Pflege Dinges 2020: 73). Damit wurden die ohnehin eingeschränkten Möglichkeiten zur Teilhabe weiter eingeschränkt mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität und die Gesundheit der Bewohner*innen. Der Gesetzgeber hat auf die damit einhergehenden Risiken insofern reagiert, als er mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes vom November 2020 festgelegt hat, dass Schutz-

maßnahmen nicht zur vollständigen Isolation von Einzelnen und Gruppen führen darf. »Ein Mindestmaß an sozialen Kontakten muss gewährleistet bleiben« (§ 28a Abs. 2 IfSG). Diese Formulierung lässt allerdings offen, »worin das erforderliche Mindestmaß an sozialen Kontakten besteht und mit welchen Mitteln dieses Mindestmaß im Alltag der Einrichtungen auch unter den Bedingungen extremer pandemischer Notlagen gesichert werden kann.« (Deutscher Ethikrat 2020: 2).

Menschen in Privathaushalten sind der Begrenzung sozialer Kontakte häufiger durch Formen der digitalen Teilhabe begegnet. Diese Möglichkeiten blieben den Bewohner*innen von stationären Einrichtungen häufig verwehrt, da die Einrichtungen zumeist nicht über eine entsprechende digitale Infrastruktur verfügen und nicht beim Zugang zu digitalen Medien unterstützen können (vgl. für die Eingliederungshilfe Heitplatz/Sube 2020 und für Pflegeeinrichtungen Domhoff et al. 2021).

5. Gewalt als Risiko in stationären Einrichtungen

Das Risiko Gewalt zu erleben, ist in stationären Einrichtungen deutlich ausgeprägter als in anderen Lebensbereichen. Nach den bisherigen Ausführungen lässt sich das Gesamtsetting der Versorgung in stationären Einrichtungen als strukturelle Gewalt kennzeichnen mit Auswirkungen auf die Lebensbedingungen der Bewohner*innen und die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter*innen. Dies drückt sich auch in gewaltförmigen Handlungen von Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen in stationären Einrichtungen aus. Diese Form von Gewalt soll dabei im Anschluss an die Weltgesundheitsorganisation (vgl. Krug et al. 2002) verstanden werden als »the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation.«

Aus erhebungstechnischen Gründen ist es schwierig, das Ausmaß von Gewalt in stationären Einrichtungen zu erfassen (vgl. Eggert/Schnapp/Sulmann 2017: 2), da es sich zum einen um Straftatbestände und zum anderen um ein stark tabuisiertes Thema in Unterstützungsbeziehungen handelt. Vorliegende Studien weisen allerdings auf ein hohes Ausmaß hin. In einer Metaanalyse internationaler Studien zu Gewalt gegen ältere Menschen in institutionalisierten Settings kommen Yon et al. (2019) zu dem Ergebnis, dass fast ein Drittel der

Pflegenden von gewaltförmigem Verhalten und Handeln gegenüber Bewohner*innen berichten. In einer 2017 in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Studie berichten 94,1 % der befragten Beschäftigten, dass sie verbale Aggressionen erfahren haben und 69,8 % berichten über physische Gewalt (vgl. Schablon et al. 2018). In einer Untersuchung zu gewaltförmigen Verhalten von Bewohner*innen geben drei Viertel der befragten Mitarbeiter*innen an, ein solches Verhalten in den vier Wochen vor der Befragung beobachtet zu haben (vgl. Görgen et al. 2020: 134).

Während das Phänomen der Gewalt in stationären Einrichtungen der Pflege vergleichsweise gut erforscht ist, ist dies im Bereich der Eingliederungshilfe nicht der Fall. Studien zur Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen weisen darauf hin, dass diese sehr viel häufiger vorkommen, als im Gesamt der Bevölkerung, sind aber vor allem im Hinblick auf stationäre Einrichtungen noch nicht hinreichend differenziert (vgl. zusammenfassend Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2021: 673ff.). Eine Untersuchung zu psychischer, körperlicher und sexualisierter Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen deutet darauf hin, dass Menschen in Einrichtungen in besonderer Weise betroffen sind (vgl. Schröttle et al. 2014: 25). Wenngleich keine repräsentativen empirischen Studien über die Gewaltvorfälle in stationären Einrichtungen während der Corona-Pandemie vorliegen, kann durch die starke Belastung der Mitarbeiter*innen, die extreme Abschottung von Einrichtungen nach außen und die schwierige Vermittlung der angeordneten Schutzmaßnahmen eine zunehmenden Gewalt in Einrichtungen vermutet werden, die auf die Dringlichkeit von wirksamen Gewaltschutzmaßnahmen hinweisen.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Gewalt verwundert es, dass Maßnahmen zum Gewaltschutz in Einrichtungen bislang wenig systematisch entwickelt wurden. Es liegen zahlreiche Materialien und Arbeitshilfen zur Gewaltprävention vor (z.B. die Materialien des Zentrums für Qualität in der Pflege www.pflege-gewalt.de/ oder im Bereich der Eingliederungshilfe: Cappelmann et al. 2017). Die Vorlage eines Gewaltschutzkonzeptes ist für Einrichtungen der Pflege für die Zulassung nicht zwingend. In der Rehabilitation und damit in der Eingliederungshilfe verpflichtet der im Jahre 2021 eingeführte § 37 b SGB IX die Leistungserbringer sehr offen zu geeigneten Maßnahmen zum Schutz der Leistungsempfänger*innen, insbesondere Frauen und Kinder, was insbesondere durch ein Gewaltschutzkonzept realisiert werden soll. Es fehlen dafür jedoch verbindliche Vorgaben für Standards und vor allem Ansätze zu einer externen Kontrolle (vgl. Zinsmeister 2021: 55 u. 84f.)

In den unterschiedlichen ordnungsrechtlichen Vorgaben der Bundesländer zur Heimaufsicht sind einer Erhebung des Deutschen Instituts für Menschenrechte aus dem Jahre 2015 zu Folge nur in jeweils drei Fällen der Schutz vor Gewalt als Gesetzesziel benannt und Maßnahmen zur Gewaltprävention ausgeführt (vgl. Rabe/Leisering 2018: 42). Zu den Bundesländern zählt das Land Nordrhein-Westfalen. Hier kommt eine Expert*innenkommission, die nach dem Bekanntwerden von Gewaltvorkommisen in der Diakonischen Stiftung Wittekindshof eingesetzt wurde, zu dem Ergebnis, dass die zuständige Aufsichtsbehörde ihrer Kontrollaufgabe nicht nachgekommen ist. Die zuständigen Ämter seien »fachlich wie konzeptionell noch nicht hinreichend auf das Thema Gewaltschutz ausgerichtet« (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2021: 53). Im Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes werden Maßnahmen zum Gewaltschutz nicht genannt. Bei den anlassbezogenen Prüfungen sind lediglich in 2,6 % der Fälle Beschwerden über Gewalt der Auslöser (vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2020: 122), was die Annahme einer Tabuisierung von Gewalt in stationären Einrichtungen stützt.

Während der Corona-Pandemie war auch die Heimaufsicht von den Betretungsverboten in stationären Einrichtungen betroffen. Es konnten in der Phase des Lockdowns nur anlassbezogene Kontrollen stattfinden (vgl. Krampen 2021). Auch die regulären Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst wurden im Jahre 2020 ausgesetzt. Es wurden lediglich Anlassprüfungen durchgeführt (vgl. Medizinischer Dienst Bund 2021: o.S.).

6. Freiheitseinschränkende und -entziehende Maßnahmen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen für alle werden durch das Infektionsschutzgesetz § 28 ff zum Schutz des Lebens legitimiert. In stationären Einrichtungen ist die Freiheit durch die Abhängigkeit von Unterstützung zusätzlich eingeschränkt. Dies betrifft die Möglichkeit, selbstbestimmten Aktivitäten innerhalb der Einrichtungen und vor allem auch außerhalb der Einrichtungen nachzugehen. Die Freiheitsrechte wurden durch das Verbot von gemeinschaftlichen Aktivitäten in den Einrichtungen sowie durch Besuchsregelungen weiter eingeschränkt. Die Maßnahmen zur Kontaktreduzierung waren für viele Bewohner*innen aufgrund ihrer Beeinträchtigung und aufgrund des

eingeschränkten Zugangs zu verständlichen Informationen nur begrenzt verständlich.

Von freiheitseinschränkenden sind freiheitsentziehende Maßnahmen zu unterscheiden. Sie stellen die Ausübung eines unmittelbaren Zwanges dar und sollen in unterstützenden Beziehungen möglichst vermieden werden. Wird in einer stationären Einrichtung einer Person dennoch »durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen« (§ 1906) ist dies nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts möglich. Hinsichtlich der Anwendung von solchen Maßnahmen konnte vor der Corona-Pandemie ein Rückgang festgestellt werden. In den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes wird die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären Einrichtungen untersucht. Im aktuellen Berichtszeitraum (2019) wurden solche bei 5,6 % der Bewohner*innen festgestellt, was einen deutlichen Rückgang zu vorherigen Berichtszeiträumen darstellt. Genehmigungen und Einwilligungen lagen dazu in 93,4 % der Fälle vor, was eine Zunahme gegenüber früheren Berichten darstellt (vgl. Medizinischer Dienst 2020, S. 46). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass das Bewusstsein für die Problematik von Zwangsmassnahmen in stationären Einrichtungen wächst.

Es ist anzunehmen, dass während der Corona-Pandemie die Grenze zwischen notwendigen und durch das Infektionsschutzgesetz legitimierten freiheitseinschränkenden Maßnahmen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Praxis häufig verwischt ist. Darauf deuten die Diskussionen, die über die Anwendung von eindeutig freiheitsentziehenden Maßnahmen ohne entsprechende richterliche Anordnung wie eine faktische Verhinderung des Verlassens einer Einrichtung oder Einschließungen in Zimmer geführt wurden (vgl. Mazur 2021: 136). Es steht damit zu befürchten, dass die erkennbare Sensibilisierung hinsichtlich des Schutzes von Freiheitsrechten von Heimbewohner*innen durch die Reaktion auf die pandemische Lage erhebliche Rückschläge erlitten hat.

7. Perspektiven

Der Beitrag konnte aufzeigen, dass sich bestehenden Tendenzen die strukturellen Probleme in der Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen und die Risiken der Ausgrenzung und Benachteiligung in Heimen verschärft haben. Der Beitrag stützt sich dabei auf die während der Pandemie ergriffe-

nen Maßnahmen und erste Ergebnisse empirischer Forschung. Hier besteht allerdings ein großer Bedarf, weitere Forschungsfragen mit den Betroffenen zu ermitteln und empirisch zu untersuchen.

Auf handlungspraktischer Ebene gibt die Corona-Pandemie einen weiteren Anlass über die Überwindung von Ausgrenzungsrisiken von Menschen mit Beeinträchtigungen nachzudenken und die notwendigen politischen Maßnahmen zu ergreifen. In der bereits zitierten Auslegungshilfe zu Artikel 19 der UN-BRK werden die Vertragsstaaten aufgefordert eine Strategie zur Deinstitutionalisation zu erarbeiten. Dem ist die Bundesrepublik in ihren bisherigen Aktionsplänen zur Umsetzung der Konvention jedoch noch nicht nachgekommen. Die Vereinten Nationen haben die Bedeutung einer solchen Strategie angesichts der Corona-Pandemie nochmal bekräftigt:

»It is important to take immediate action to discharge and release persons with disabilities from institutions, whenever possible. Deinstitutionalization strategies need to be accelerated and reinforced with clear timelines and concrete benchmarks.« (United Nations 2020: 12).

Es ist notwendig, das Vorgehen während der Pandemie mit allen involvierten Akteur*innen, vor allem auch mit Bewohner*innen von Heimeinrichtungen aufzuarbeiten. Dabei geht es um strafrechtlich Aspekte und auch um die Frage, wie in Ausnahmesituationen Maßnahmen unter Achtung der Beteiligungsrechte, den Erfahrungen und den Expertisen von Betroffenen entwickelt und umgesetzt werden können. Dabei geht es um die Frage, wie soziale Isolation, Gewalt in Einrichtungen und nicht zu vertretende Freiheitseinschränkungen verhindert werden können. Alle diese Maßnahmen beziehen sich nicht nur auf eine pandemische Ausnahmesituation, sondern mit großer Dringlichkeit auch auf das Alltagsleben in Einrichtungen.

Literatur

- Bonacker, Marco/Geiger, Gunter (2021): Pflege in Zeiten der Pandemie. Wie sich Pflege durch Corona verändert hat, Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2021): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021. Berichtsjahr 2019, Münster, online: <http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/ima>

- ges/berichte/2021-03-23%20BAGS%20Bericht%20Kennzahlenvergleich%20Berichtsjahr%202019%20final.pdf vom 28.05.2023.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Berlin vom 14.08.2021.
- Cappelmann, Tina/Langenkamp, Doris/Leonhard, Bettina/Pakleppa, Kai/Volk, Jürgen (2017): Gewalt in Diensten und Einrichtungen verhindern. Eine Praxishilfe der Bundesvereinigung Lebenshilfe, Marburg: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2020): Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie, online: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200325-covid-19-ethik-empfehlung-v1.pdf> vom 28.05.2023.
- Deutscher Ethikrat (2020): Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Ad-Hoc-Empfehlung, Berlin, online: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-langzeitpflege.pdf> vom 20.03.2022.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2020): Das Recht auf gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen in der Corona-Pandemie. Stellungnahme der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, online: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Stellungnahme_Das_Recht_auf_gesundheitliche_Versorgung_von_Menschen_mit_Behinderungen_in_der_Corona-Pandemie.pdf vom 19.03.2022.
- Dinges, Stefan (2020): »Corona und die Alten – um wen sorgen wir uns wirklich?«, in: Wolfgang Kröll/Johann Platzer/Hans-Walter Ruckenbauer/Walter Schaupp (Hg.), Die Corona-Pandemie: Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise, Baden-Baden: Nomos, S. 69–84.
- Domhoff, Dominik/Seibert, Kathrin/Rothgang, Heinz/Wolf-Ostermann, Karin (2021): »Die Nutzung von digitalen Kommunikationstechnologien in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie«, in: Debora Frommeld/Ulrike Scorna/Sonja Haug/Karsten Weber (Hg.), Gute Technik für ein gutes Leben im Alter? Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme, Bielefeld: transcript, S. 65–86.

- Eggert, Simon/Schnapp, Patrick/Sulmann, Daniela (2017): Gewalt in der stationären Langzeitpflege, online: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Gewalt-StationaerePflege.pdf> vom 17.03.2022.
- Filipp, Sigrun-Heide/Aymanns, Peter (2018): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens, Stuttgart: Kohlhammer.
- Görgen, Thomas/Nowak, Sabine/Reinelt-Ferber, Anna/Jadzewski, Anabel T./Gerlach, Anja/Heydenbluth, Caroline (2020): Aggressives Handeln unter Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen als Herausforderung für die pflegerische Aus- und Fortbildung. Bericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, online: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_DHPol_Pr%C3%A4vention_Gewalt_zwischen_Heimbewohnern.pdf vom 20.03.2022.
- Goffman, Erving (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt, Main: Suhrkamp.
- Grams, Florian (2021): »Corona wirkt wie ein Brennglas. Teilhabe und Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen«, in: Forum Wissenschaft, o.S.
- Heitplatz, Vanessa/Sube, Lena (2020): »Wir haben Internet, wenn das Wetter schön ist!« Internet und digitale Medien in Einrichtungen der Behindertenhilfe, in: Teilhabe 59, S. 26–31.
- Krampen, Regine (2021): »Aufsichtshandeln während der Corona-Pandemie am Beispiel der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht«, in: Marco Bonacker/Gunter Geiger (Hg.), Pflege in Zeiten der Pandemie. Wie sich Pflege durch Corona verändert hat, Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 169–176.
- Kröll, Wolfgang/Platzer, Johann/Ruckenbauer, Hans-Walter/Schaupp, Walter (2020): Die Corona-Pandemie: Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise, Baden-Baden: Nomos.
- Krug, Etienne G./Dahlberg, Lind L./Mercy, James A./Zwi, Anthony B./Lozana Rafael (2002): World report on violence and health, Geneva, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/50364/retrieve> vom 17.03.2022.
- Mazur, Szymon (2021): »Grundrechte in der Pflege. Die Corona-Pandemie als Dilemma zwischen Freiheit und Sicherheit«, in: Marco Bonacker/Gunter Geiger (Hg.), Pflege in Zeiten der Pandemie. Wie sich Pflege durch Corona verändert hat, Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, S. 121–138.

- Medizinischer Dienst Bund (2021): »Pflege-Qualitätsprüfungen. Pflege-Qualitätsprüfungen der medizinischen Dienste im Jahr 2021«, Essen, <https://md-bund.de/statistik/pflege-qualitaetspruefungen.html> vom 17.03.2022
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2020): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114 a Abs. 6 SGB XI, Essen, online: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/MDS-Qualitaetsberichte/6._PflegeQualitaetsbericht_des_MDS.pdf vom 17.03.2022.
- Meuth, Miriam (2017): »Wohnen – Gegenstand pädagogischer Praktiken, erziehungswissenschaftlicher Forschung und Theoriebildung«, in: Miriam Meuth (Hg.), Wohn-Räume und pädagogische Orte. Erziehungswissenschaftliche Zugänge zum Wohnen, Wiesbaden: Springer VS, S. 1–36.
- Meuth, Miriam (2021): »Wohnen in pädagogischen Kontexten«, in: Frank Eckardt/Sabine Meier (Hg.), Handbuch Wohnsoziologie, Wiesbaden: Springer VS, S. 437–456.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021): Herausforderndes Verhalten und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Abschlussbericht der Expertenkommission, Düsseldorf, online: <https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/abschlussbericht.pdf> vom 20.03.2022.
- Pantel, Johannes (2021): »Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter«, in: Geriatrie-Report 16, S. 6–8.
- Plattner, Lukas/Brandstötter, Cornelia/Paal, Piret (2022): »Einsamkeit im Pflegeheim – Erleben und Maßnahmen zur Verringerung Eine Literaturübersicht«, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 55, S. 5–10.
- Poser, Nancy/Frankenstein, Anne (2020): Stellungnahme zu den Empfehlungen der Fachverbände für den Fall einer Triage (April 2020), online: <https://abilitywatch.de/wp-content/uploads/2020/04/FbJJ-Stellungnahme-Triage-2020.pdf> vom 18.03.2022.
- Rabe, Heike/Leisering, Britta (2018): Die Istanbul-Konvention. Neue Impulse für die Bekämpfung von geschlechtsspezifischer Gewalt, Berlin, online: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/ANALYSE/Analyse_Istanbul_Konvention.pdf vom 20.03.2022.
- Rödler, Peter (2020): »Totale Institution. Die Renaissance der geschlossenen Unterbringung im Zuge der Corona Pandemie?«, in: Behindertenpädagogik 59, S. 345–358.

- Rohrmann, Albrecht/Schädler, Johannes (2016): »Die Entwicklung inklusiver Unterstützungsangebote als Herausforderung für eine regionale Planung im Bereich von Behinderung und Pflege«, in: Dirk Kratz/Theresa Lempp/Claudia Muche/Andreas Oehme (Hg.), Region und Inklusion. Theoretische und praktische Perspektiven, Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 216–233.
- Schablon, Anja/Wendeler, Dana/Kozak, Agnessa/Nienhaus, Albert/Steinke, Susanne (2018): »Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey«, in: International journal of environmental research and public health 15.
- Schröttle, Monika/Hornberg, Claudia/Glammeier, Sandra/Sellach, Brigitte/Kavemann, Barbara/Puhe, Henry/Zinsmeister, Julia (2014): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Kurzfassung, online: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/3bf4ebbo2f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-b-elastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf> vom 20.03.2022.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2021): Der alte Mensch als Verschlussache. Corona und die Verdichtung der Kasernierung in Pflegeheimen, Bielefeld: transcript.
- Spuling, Svenja M./Wettstein, Markus/Tesch-Römer, Clemens (2020): Altersdiskriminierung und Altersbilder in der Corona-Krise. (DZA-Fact Sheet), Berlin, <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-67214-2> vom 18.03.2022.
- Statistisches Bundesamt (2020): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2019, online: https://www.destatis.de/DE/The men/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads -Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=public ationFile vom 20.02.2022.
- Trescher, Hendrik (2017): Wohnräume als pädagogische Herausforderung, Wiesbaden: Springer VS.
- Trescher, Hendrik/Nothbaum, Peter (2021): »Institutionalisierte Lebensbedingungen und die Frage nach Inklusion in Zeiten von Corona«, in: Zeitschrift für Inklusion.
- UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): Concluding observations on the initial report of Germany. CRPD/C/DEU/CO/1, on-

- line: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/096/31/PDF/G1509631.pdf?OpenElement> vom 28.02.2022.
- UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2017): General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community, Geneva, online: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx> vom 13.04.2023.
- United Nations (2020): A Disability-Inclusive Response to COVID-19, online: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-A-Disability-Inclusive-Response-to-COVID-19.pdf> vom 18.03.2022.
- Yon, Yongjie/Ramiro-Gonzalez, Maria/Mikton, Christopher R./Huber, Manfred/Sethi, Dinesh (2019): »The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis«, in: European journal of public health 29, S. 58–67.
- Zander, Michael (2021): »Corona-Pandemie und Behinderung – ein Überblick«, in: Zeitschrift für Disability Studies 1, S. 1–10.
- Zinsmeister, Julia (2021): »Juristische und strukturelle Situation im Gewaltschutz«, in: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Hg.), Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen, Nürnberg, 36–85.