

**Übergang von Großeinrichtungen zu  
selbstbestimmtem Leben in der  
Gemeinde - Ergebnisse und Kosten:  
Bericht einer europäischen Studie**

**Teil 1:  
Zusammenfassende Darstellung**

***Jim Mansell, Martin Knapp,  
Julie Beadle-Brown und  
Jeni Beecham***

## **Danksagung**

Die Autoren möchten folgenden Personen für ihren Beitrag zu dem vorliegenden Bericht ihren Dank aussprechen:

*PSICOST, Spanien:* Prof. L. Salvador-Carulla, Rafael Martinez-Leal, M. Poole, J. A. Salinas und A. Romero

*Universität Siegen, Deutschland:* Dr. J. Schädler, Dr. A. Rohrman und A. Frindt

*Karls Universität, Prag* Prof. J. Siska, B. Vann, J. Vránová

*Katholische Universität Leuven, Belgien:* Prof. C. van Audenhove, M. Demaerschalk, A. Declercq

*University of Kent, GB:* R. Hayward, A. Kozma

*London School of Economics, GB:* D. McDaid, J.-L. Fernandez, T. Matosevic, A. Lewis, A. Mehta, F. Moscone, R. Romeo, F. Amadeo, G. Fattore, A. Franci, G. de Girolamo, C. Gori, T. Kallert, H. Kunze, P. Morosini, M. Percudani, R. Tarricone, G. Tibaldi, R. Touchet, B. Trukeschitz, H. Ward, I. Zechmeister

*European Association of Service Providers for Persons with Disabilities, Brüssel:* L. Zelderloo, H. de Keyser

*Inclusion Europe, Brüssel:* I. Körner, G. Freyhoff

*Mental Health Europe, Brüssel:* J. Henderson

*Autism Europe, Brüssel:* D. Vivanti

*European Disability Forum, Brüssel:* C. Besozzi

*Open Society Institute Mental Health Initiative, Budapest:* C. Parker

Ein Teil der Druckkosten für den vorliegenden Bericht wurden vom Tizard Centre und vom Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste ZPE der Universität Siegen übernommen.

## **ISBN**

978-1-902671-49-9

## **Vollständige Bezeichnung**

Die vollständige Quellenangabe für den vorliegenden Bericht lautet: J. Mansell, M. Knapp, J. Beadle-Brown und J. Beecham (2007). Übergang von Großeinrichtungen zum selbstbestimmten Wohnen in der Gemeinde – Ergebnisse und Kosten: Bericht einer europäischen Studie. Teil 1: Zusammenfassende Darstellung. Canterbury: Tizard Centre der University of Kent.

## **Haftungsausschluss**

Die von den Autoren im vorliegenden Bericht vertretenen Auffassungen reflektieren nicht unbedingt die Ansichten der Europäischen Kommission.

## **Kosten**

Die Kosten für dieses Projekt betragen 349.781 €

Die Übersetzung des englischen Ausgangstextes wurde von Margarete Gerber angefertigt und durch die deutschen Projektpartner validiert.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. EINFÜHRUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2. METHODEN</b> .....	<b>3</b>
<b>3. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN</b> .....	<b>4</b>
PRÜFUNG DER VORHANDENEN INFORMATIONSQUELLEN .....	4
<i>Empfehlungen</i> .....	4
1. Festlegung eines einheitlichen Datensatzes auf europäischer Ebene .....	4
2. Veröffentlichung von Statistiken, die den Fortschritt in den einzelnen Ländern aufzeigen .....	5
DER UMSTELLUNGSPROZESS IN DREI LÄNDERN.....	5
KOSTENEFFIZIENZ DER GEMEINDEINTEGRIERTEN DIENSTE GEGENÜBER INSTITUTIONELLEN MODELLEN MIT HAUSDIENSTEN UND VERÄNDERUNGEN IM LAUFE DER ZEIT .....	6
<i>Strukturelle Aspekte</i> .....	6
<i>Politische Maßnahmen und Pläne</i> .....	7
<i>Kosten, Bedarf und Ergebnisse</i> .....	7
<i>Grenzen der Versorgung</i> .....	9
<i>Entwicklung der lokalen Wirtschaft</i> .....	10
<i>Alternativkosten des Kapitals</i> .....	10
<i>Finanzierungswege</i> .....	10
<i>Verschiedene Finanzierungsquellen</i> .....	11
<i>Dynamik des Wandels</i> .....	11
EMPFEHLUNGEN.....	11
<i>Förderung der Vision neuer Möglichkeiten in der Gemeinde</i> .....	12
3. Politische Maßnahmen für die Inklusion behinderter Menschen .....	12
4. Ausbau der gesetzlichen Grundlagen für die Inklusion.....	12
5. Behinderten Menschen, ihren Familien und Fürsprechern mehr politische Mitsprache einräumen .....	13
6. Berufsverbände dazu auffordern, durch ihre Politik die Inklusion zu unterstützen .....	13
7. Medien für die Berichterstattung und die Unterstützung des Themas Inklusion gewinnen .....	13
8. Aus den bewährten Praktiken anderer Länder lernen.....	13
<i>Die Öffentlichkeit in ihrer Unzufriedenheit mit den derzeitigen Versorgungszuständen bestärken</i> .....	14
9. Unabhängigen Forschungsinstituten Zugang zu den Einrichtungen verschaffen.....	14
10. Bildung von Inspektionsbehörden zum Schutz und zur Förderung der Rechte des Einzelnen.....	14
11. Vergleiche der Lebensqualität stärker betonen .....	14
<i>Praktisch demonstrieren, wie die Dinge verbessert werden können</i> .....	14
12. Innovative Dienste schaffen .....	14
13. Von Anfang an alle einbeziehen .....	15
<i>Bedenken bezüglich der Umstellung durch die Schaffung von Anreizen für die verschiedenen     Prozessakteure abbauen</i> .....	15
14. Neue Finanzierungsmöglichkeiten entwickeln.....	15
15. Hindernisse für die Entwicklung gemeindeintegrierter Dienste aus dem Weg räumen.....	15
16. Finanzierung neuer Dienste in Abhängigkeit von deren Qualität.....	15

# 1. Einführung

Das Ziel des vorliegenden Projekts bestand darin, die vorhandenen Informationen über die Anzahl von behinderten Menschen zusammenzutragen, die in den 28 europäischen Mitgliedsländern in stationären Einrichtungen leben, und zu ermitteln, wie die Umstellung von stationären Einrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste möglichst erfolgreich durchgeführt werden könnte. Besonderes Augenmerk wurde hierbei auf die wirtschaftlichen Aspekte des Umstellungsprozesses gelegt. Es handelt sich um die umfangreichste Studie dieser Art, die jemals durchgeführt wurde.

Zunehmend setzt sich die Ansicht durch, dass Dienste für behinderte Menschen nicht an eine bestimmte Form von Gebäuden oder Programmen gebunden sein sollten. Vielmehr geht es darum, ein flexibles Angebot an Hilfeleistungen und Mitteln bereitzustellen, das je nach Bedarf angepasst und kombiniert werden kann, um allen behinderten Bürgern ein Leben nach ihren eigenen Vorstellungen zu ermöglichen, ohne dass sie deshalb auf die notwendige Hilfe und Schutz verzichten müssten. Dieser Ansatz zeichnet sich im Wesentlichen durch folgende Merkmale aus:

- *Trennung von Wohnangebot und Versorgungsdiensten*  
Die den behinderten Menschen gebotene Versorgung und Hilfeleistung ist nicht länger an die Gebäudeart gebunden, in der sie untergebracht sind; sie gestaltet sich vielmehr nach ihren persönlichen Bedürfnissen und Entscheidungen. Auch in einer ganz normalen Wohnsituation kann ein hohes Maß an Unterstützung für Menschen mit Behinderung erbracht werden.
- *Zugang zu den gleichen Optionen wie jeder andere Bürger*  
Anstatt festzulegen, dass alle behinderten Menschen in Gruppeneinrichtungen leben müssen, verfolgt der neue Ansatz das Prinzip, behinderten Menschen im Hinblick auf die Wahl ihres Wohnortes die gleichen Optionen zu eröffnen wie jedem anderen Bürger, wobei ihr Anspruch auf Hilfsangebote bestehen bleibt, egal für welchen Wohnform sie sich entscheiden.
- *Wahlfreiheit und Selbstbestimmung für behinderte Bürger und ihre Vertreter*  
Die Hilfeleistungen werden so organisiert, dass die behinderte Person so weit wie möglich selbst bestimmen kann, welche Dienste sie in Anspruch nehmen möchte und in welcher Form diese bereitgestellt werden, um ihre persönlichen Wünsche und Vorlieben zu berücksichtigen. Dies bedeutet auch, dass behinderte Bürger bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden, um ein angemessenes Gleichgewicht zwischen ihren persönlichen Wünschen und der Hilfeverpflichtung der Gesellschaft zu erzielen.

Dieser Ansatz wird oft als „Unterstütztes Wohnen“ oder „selbständiges Wohnen“ bezeichnet. Diese Dienste ermöglichen es behinderten Menschen, als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu leben, anstatt sich standardisierten Modellen und Strukturen unterordnen zu müssen.

Behinderte Bürger dabei zu unterstützen, als gleichberechtigte Bürger in der Gemeinschaft zu leben, ist eine Frage der Menschenrechte. Der Ausschluss behinderter Menschen aus der Gesellschaft durch die Unterbringung in Heimen stellt folglich eine Verletzung der Menschenrechte dar. Im Rahmen von Forschungsstudien konnte festgestellt werden, dass die Heimversorgung häufig von untolerierbar schlechter Qualität ist und international anerkannte Menschenrechtsstandards verletzt. Im Ergebnis von Untersuchungen und Evaluierungen von

Alternativangeboten zur Versorgung in Einrichtungen wird allgemein die Umstellung auf gemeindeintegrierte Dienste empfohlen. Überall dort, wo Großeinrichtungen durch gemeindeintegrierte Dienste ersetzt wurden, konnten in der Regel positive Ergebnisse verzeichnet werden. Gleichzeitig stellte sich jedoch auch heraus, dass die Umstellung auf gemeindeintegrierte Dienste nicht automatisch eine Garantie für bessere Ergebnisse ist: Unter Umständen werden die Versorgungsmethoden der Großeinrichtungen unabsichtlich übernommen. Die Entwicklung geeigneter gemeindeintegrierter Dienste ist eine *notwendige*, aber keine *ausreichende* Bedingung für bessere Ergebnisse.

Die vorliegende Studie sollte in erster Linie wissenschaftliche Erkenntnisse für die politisch Verantwortlichen liefern, um auf politischer Ebene eine Umsteuerung der Finanzmittel dahingehend zu bewirken, dass den Bedürfnissen behinderter Menschen durch die Umstellung von der Versorgung in Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste und unabhängiges Wohnen besser entsprochen werden kann.

Zielsetzungen des Projekts:

1. Sammeln, Analysieren und Auswerten aller vorhandenen statistischen und anderen quantitativen Angaben zur Anzahl der behinderten Menschen, die in den 28 europäischen Mitgliedsländern in Großeinrichtungen leben.
2. Analyse der wirtschaftlichen, finanziellen und organisatorischen Bedingungen für eine optimale Umstellung von großen Behinderteneinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste und unterstütztes Wohnen, anhand von drei Fallbeispielen (England, Deutschland und Italien) zur Veranschaulichung der verschiedenen Aspekte der Umstellung.
3. Bericht über die ermittelten Aspekte, die Projektergebnisse, die Angemessenheit der in den einzelnen Ländern verfügbaren Daten sowie Empfehlungen für eine kosteneffiziente Umstellung von Institutionen auf gemeindeintegrierte Dienste.

## 2. Methoden

Für die vorliegende Studie hat die Europäische Kommission eine ‚große Wohneinrichtung‘ (large institution) folgendermaßen definiert. Als solche gelten Einrichtungen mit mehr als 30 Bewohnern, von denen mindestens 80 % geistig oder körperlich behindert sind. In den einzelnen Ländern wurden Informanten eingesetzt, die alle zweckdienlichen Informationen über Wohneinrichtungen zusammentrugen, die behinderte Menschen versorgen, um das derzeitige Verhältnis zwischen Versorgung in Einrichtungen und in gemeindeintegrierten Diensten zu untersuchen. Die Studie berücksichtigt alle Altersgruppen und alle Arten von Behinderungen, einschließlich psychischer Erkrankungen.

Die Studie verwendete folgende Elemente:

- Vorhandene europäische und internationale Datenquellen wurden auf ihren Gehalt an zweckdienlichen Informationen für die vorliegende Studie überprüft. Hierzu zählten sowohl offizielle Berichte und Berichte von Nichtregierungsorganisationen als auch spezifische Studien.
- Nationale Datenquellen wurden erschlossen und verglichen. Des Weiteren wurden vorhandene Publikationen verwendet und mit Informationen aus Telefongesprächen, E-Mail-Kontakten und Treffen komplettiert.
- Die Daten wurden auf ihre Definition, Vollständigkeit und Qualität geprüft.
- Die Daten wurden analysiert und für Präsentationszwecke aufbereitet.
- Der Ablauf und die Verfahren beim Aufbau der Dienste wurden für drei als Fallstudien ausgewählte Länder beschrieben: England, Deutschland und Italien.
- Besonderes Augenmerk wurde im Rahmen der Studie auf die Rolle der verschiedenen Akteure (auf nationaler, regionaler und lokaler Entscheidungsebene), die Rolle der behinderten Menschen und ihrer Angehörigen und Vertreter sowie auf die Rolle des Betreuungspersonals und der Berufsverbände gelegt.
- Die Forschungsergebnisse aus England, Deutschland und Italien bezüglich der wirtschaftlichen Aspekte der Umstellung von der Versorgung in Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste wurden verglichen. Es wurde darauf geachtet, möglichst analoge Situationen zu vergleichen bezüglich des Behinderungsgrades der Bewohner, der Palette der Dienste und der erreichten Qualität sowie im Hinblick auf den Ausgleich der Kosten für die Behörden einerseits und die Familien der behinderten Menschen andererseits.
- Die Forschungsergebnisse wurden untersucht, um die Größenordnung der Umstellungskosten zu ermitteln (z. B. Ausgaben für Doppelbetrieb in der Umstellungszeit).
- Die verschiedenen Strategien zur Kostenkontrolle in den drei untersuchten Ländern und die mit der Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste verbundenen wirtschaftlichen Aspekte wurden eingehend untersucht.
- Der vorläufige Bericht, der endgültige Bericht und die zusammenfassende Darstellung wurden von der University of Kent und der London School of Economics verfasst. Die Resonanz der Testgruppe wurde in die Interpretation der Ergebnisse und deren Folgen einbezogen. Der Bericht wurde mit den Projektpartnern und mit der Europäischen Kommission diskutiert.

### 3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Der Hauptbericht dieser Studie befindet sich in Teil 2, die detaillierten Berichte über die einzelnen Länder in Teil 3. Das folgende Kapitel des Berichts fasst die Schlussfolgerungen der Studie zusammen. Begonnen wird mit den Schlussfolgerungen und Empfehlungen, die auf der Prüfung der vorhandenen Informationen basieren. Anschließend werden die Schlussfolgerungen aus der Analyse der Prozesse, Kosten und Ergebnisse des Aufbaus effizienter gemeindeintegrierter Dienste als Ersatz für stationäre Einrichtungen präsentiert und Empfehlungen formuliert, wie die Regierungen diesen Wechsel vorantreiben können.

#### *Prüfung der vorhandenen Informationsquellen*

Laut Artikel 31 des UN-Abkommens über die Rechte behinderter Menschen sind die Vertragsstaaten verpflichtet, alle erforderlichen Informationen zusammenzutragen, „um in der Lage zu sein, politische Maßnahmen zur Ratifizierung des vorliegenden Abkommens zu beschließen und durchzuführen“. Diese Informationen „sollen in geeigneter Weise aufgeschlüsselt“ und genutzt werden, um die Hindernisse, denen behinderte Menschen bei der Ausübung ihrer Rechte begegnen, abzubauen. Die Vertragsstaaten „sind für die Verbreitung der Statistiken verantwortlich und müssen diese Menschen mit und ohne Behinderungen zugänglich machen“.

Die Länder, die an der vorliegenden Studie teilnehmen, haben noch einen weiten Weg vor sich, um diese Forderung zu erfüllen. Bisher gibt es keine umfassenden Informationen über alle Arten von Hausdiensten und über alle Empfängergruppen. Es herrscht auch noch keine Klarheit über die genaue Definition der Dienste für behinderte Menschen und deren Merkmale sowie über die Empfänger dieser Dienste. Auch da, wo solche Informationen vorhanden sind, wurde nicht immer ein nationaler Vergleich durchgeführt. Die in diesem Bericht enthaltenen Informationen bilden einen Anfangspunkt – einerseits wird aufgezeigt, welche Informationen derzeit verfügbar sind, andererseits wird die Anzahl behinderter Menschen, die in Großeinrichtungen versorgt werden, beziffert. Künftige Bemühungen müssen darauf abzielen, die Länder in die Lage zu versetzen, ihre Verpflichtungen aus dem UN-Abkommen zu erfüllen.

#### Empfehlungen

##### *1. Festlegung eines einheitlichen Datensatzes auf europäischer Ebene*

- 1.1 Die Europäische Kommission muss die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten und Eurostat fördern, um den Mindestdatensatz für wohnbezogene Dienste für behinderte Menschen (im weiteren Sinne) festzulegen.
- 1.2 Der Datensatz muss alle erforderlichen Informationen enthalten, damit geprüft werden kann, in welchem Maße die Mitgliedsstaaten bei der Schließung von Großeinrichtungen und dem Ausbau von Angeboten für unabhängiges Wohnen und bei gemeindeintegrierten Diensten vorankommen.
- 1.3 Der Datensatz muss verwertbar sein sowohl für Länder, die noch weitgehend auf einer Versorgung in Großeinrichtungen basieren und wo die Unterscheidung zwischen institutioneller Versorgung und ambulanter Hilfe eindeutig ist, als auch für Länder, die bereits ein fortgeschrittenes Stadium bei der Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste und unterstütztes Wohnen erreicht haben. Dafür müssen wahrscheinlich Informationen sowohl über die Anzahl

von Plätzen in Großeinrichtungen (z. B. wie viele Plätze befinden sich in Wohneinrichtungen mit mehr als 30 Bewohnern, von denen mindestens 80% geistig oder körperlich behindert sind) als auch über die Menschen (z. B. wie viele Menschen leben als Eigentümer oder Mieter in einem Haus oder einer Wohnung und wie hoch ist der Versorgungsaufwand für die ambulante Dienste pro Woche) zusammengetragen werden.

- 1.4 Der Datensatz muss genügend Informationen über die versorgten Menschen enthalten (Geschlecht, Herkunft, Primärbehinderung), damit die Vertragsstaaten in der Lage sind, sicherzustellen, dass jeder einzelne Betroffene von der Umstellung von Großeinrichtungen auf bessere gemeindeintegrierte Alternativen profitiert.

## 2. *Veröffentlichung von Statistiken, die den Fortschritt in den einzelnen Ländern aufzeigen*

- 2.1 Die Europäische Kommission sollte gemeinsam mit Eurostat durch die regelmäßige Veröffentlichung von Statistiken über den Fortschritt in den einzelnen Ländern bei der Umstellung von Großinstitutionen auf bessere gemeindeintegrierte Alternativen berichten. Diese Statistiken sollten im Internet veröffentlicht werden und behinderten Menschen und anderen Teilen der Öffentlichkeit sowie Nichtregierungs- und Regierungsorganisationen kostenlos zugänglich gemacht werden, damit sie hierzu Stellung nehmen und die Entwicklung besserer Dienste unterstützen können.
- 2.2 Die Statistiken sollten mit einer Bewertung durch Eurostat bezüglich ihrer Genauigkeit und Vollständigkeit für jedes einzelne Land veröffentlicht werden.
- 2.3 Die Kommission sollte mit den Mitgliedsstaaten zusammenarbeiten, um auf nationaler Ebene in jedem Land eine einzige Informationsquelle zu bestimmen, die in der Lage ist, die erforderlichen Mindestinformationen für den Datensatz bereitzustellen. Die Kommission sollte außerdem die Veröffentlichung der für jedes Land verfügbaren Informationen als Papierfassung und im Internet unterstützen.

### *Der Veränderungsprozess in drei Ländern*

Besonders augenfällig an dem Prozess zum Aufbau gemeindeintegrierter Dienste in den drei eingehend untersuchten Ländern ist die große Bedeutung einer guten Abstimmung der verschiedenen am Umstellungsprozess beteiligten Behörden. Durch die Anzahl der beteiligten Behörden, ihre geografische Distanz und die Beteiligung verschiedener Entscheidungsebenen ist eine gute Koordinierung ausschlaggebend für den Erfolg. Es ist einfach nicht möglich, die Abwicklung von Großeinrichtungen, die Menschen aus ganz verschiedenen Regionen versorgen, der Institution selbst oder den örtlichen Behörden zu überlassen. Kommunale, regionale- und nationale Regierungen spielen bei der Entwicklung dieses Prozesses eine wichtige Rolle, sowohl durch das Festlegen des gesetzlichen und politischen Rahmens als auch durch den Aufbau und die Verwaltung eines zielgerichteten Anreizsystems.

Ein wichtiger Teil des Umstellungsauftrages besteht auch in der Schaffung neuer Rollen für die am Prozess beteiligten Akteure. Herkömmliche Anbieterorganisationen und ihre Mitarbeiter – brauchen neue Aufgaben, entweder in der Erbringung moderner gemeindeintegrierter Dienste oder durch eine berufliche Neuausrichtung. Neue Akteure – die Interessenverbände der Dienstempfänger und ihrer Familien, Nichtregierungsorganisationen, die sich an der Bereitstellung neuer Servicemodelle beteiligen wollen, staatliche Behörden,

die bisher keine Rolle bei der Unterstützung behinderter Mitbürger gespielt haben – müssen ebenfalls eingebunden werden.

Der Tempounterschied zwischen Deutschland einerseits und England und Italien andererseits scheint mit dem Grad der Unzufriedenheit der Entscheidungsträger mit den Einrichtungen zusammenzuhängen. In Italien und England haben die Aussichten auf Versorgungsalternativen und das Bekanntwerden der miserablen Versorgungsbedingungen in Großinstitutionen den Umstellungsprozess eindeutig beschleunigt.

In England und Deutschland zeigt sich deutlich wie wichtig es ist, **Menschen mit Behinderung direkt in den Prozess der Dienstleistungsentwicklung einzubinden**, ihnen zuzuhören und auf ihre Sichtweisen und Wünsche einzugehen. Die Reformen in diesen Ländern bestanden primär darin, bestehende Angebotsstrukturen umzugestalten und zu humanisieren – z.B. indem Institutionen durch Wohngruppen ersetzt wurden. Menschen mit Behinderung hingegen haben, sobald ihnen die Gelegenheit dazu geboten wurde, viel ambitioniertere Ziele in Bezug auf unabhängiges oder unterstütztes Wohnen verfolgt die sie selbst über persönliche Budgets gesteuert und organisiert haben. Dienstleistungsorganisationen allein laufen Gefahr, von ihren vergangenen und gegenwärtigen Denk- und Arbeitsweisen eingeschränkt zu werden; neue Dienstleistungsmodelle erfordern eine Partnerschaft zwischen Menschen mit Behinderung (und denen, die sie unterstützen und repräsentieren) und den Stellen, die Dienstleistungen planen und anbieten.

### *Kosteneffizienz der gemeindeintegrierten Dienste gegenüber institutionellen Modellen mit Hausdiensten und Veränderungen im Laufe der Zeit*

#### Strukturelle Aspekte

Vier Aspekte sollten im Zusammenhang mit dem Aufbau de Hilfesystems in besonderer Weise bedacht werden, wenn man bei der Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste vorankommen will:

- Die umfangreichste Unterstützung erhalten behinderte Menschen in der Regel von ihren Familien, Freunden und Nachbarn. Der große Einsatz, die Verantwortung und der Arbeitsaufwand all dieser unbezahlten Helfer wird oft weder anerkannt noch gefördert. Wenn die Familie nicht hilft, muss bezahltes Personal eingesetzt werden, was mit größeren direkten Kosten für das Gesundheitssystem einhergeht. Die Verfügbarkeit von Versorgungspersonen innerhalb der Familie ist aber bekanntermaßen beschränkt (siehe unten).
- Die Bedürfnisse behinderter Menschen erfordern häufig den Einsatz mehrerer Versorgungsdienste. Folglich sind im Rahmen gemeindeintegrierter Dienste viele verschiedene Dienstleister oder Bereiche gefragt, darunter das Gesundheitswesen, die Sozialdienste, der Wohnungsmarkt, das Bildungswesen, der Arbeitsmarkt, das Transportwesen, der Freizeitbereich, das Strafrechtssystem und die Sozialversicherung.
- Die erforderliche Finanzierung dieser Leistungen kann auf verschiedene Weise erfolgen, etwa aus Steuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträgen (beschäftigungsgebunden), freiwilligen Versicherungen (nach Ermessen des behinderten Menschen oder seiner Familie) sowie durch Direktausgaben der Dienstempfänger oder ihrer Familien. Die meisten Länder praktizieren eine Mischung der verschiedenen Finanzierungswege, wobei es allerdings schwierig ist, ein Gleichgewicht zwischen motivierenden und hemmenden Bedingungen zu finden.

- Der sehr komplexe Kontext der meisten Leistungssysteme (zahlreiche Dienste, zahlreiche Dienstleister, zahlreiche Finanzierungsquellen und -arten) führt oft dazu, dass es keine einfachen finanziellen „Hebel“ gibt, die man ansetzen kann, um umfassende Veränderungen bei der Dienstleistung zu bewirken.

### Politische Maßnahmen und Pläne

Die Schließung der Großeinrichtungen wäre zweifelsohne einfacher, wenn sich bestimmte Entscheider mehr Gedanken um das Schicksal der Bewohner machen würden. Die Herausforderung besteht darin, gemeindeintegrierte Dienste von guter Qualität aufzubauen. Die Beispiele aus England, Deutschland und Italien haben gezeigt, dass es bei der Umstellung auf gute Koordinierung und Planung ankommt.

- Idealerweise gibt es auf nationaler Ebene einen Beauftragten für die Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste. Mindestens jedoch bedarf es lokaler Vereinbarungen zwischen allen Bereichen, die mit der Bereitstellung dieser Dienste befasst sein werden. Die Planung sollte sich nicht damit begnügen, die Schließung einer Institution zu beschließen und hierfür ein Datum festzulegen, sie muss vielmehr einen genauen Überblick über das künftige Versorgungssystem geben. Behinderte Menschen und ihre Familien sollten in alle Phasen des Umstellungsprozesses intensiv einbezogen werden.
- Der lokale Handlungsplan muss auf zweckdienlichem Wissen und stichhaltigen Fakten aufbauen. Entscheidungsträger müssen nicht nur verstehen, welche Versorgungsmodelle und Behandlungen wirksam sind und welche Kosten sie verursachen (im Rahmen welcher Budgets), sie müssen auch wissen, welche Modelle kosteneffizient sind.
- Eine gute Kosten-Nutzen-Analyse oder ein anderes wirtschaftliches Gutachten als Grundlage für die Gesetzgebung oder die Erstellung lokaler Pläne kann sich als sehr kosten- und zeitaufwendig erweisen. Im Übrigen können auch Erfahrungen aus vorherigen Analysen genutzt werden, vorausgesetzt sie werden vor dem Hintergrund des lokalen Kontextes mit Bedacht interpretiert. Wichtig ist es auch, darauf zu achten, *für wen* ein bestimmter Dienst oder Einsatz kosteneffizient ist. Zum Beispiel kann ein bestimmter Dienst durchaus kosteneffizient für das Gesundheitswesen sein, für einen anderen Leistungsbereich aber kostenaufwendig. Dies kann aber den Verbesserungsprozess des Versorgungssystems behindern.

### Kosten, Bedarf und Ergebnisse

Die (komplexen) Zusammenhänge zwischen Kosten, Bedürfnissen und Ergebnissen sind die Grundlage, auf der eine starke wirtschaftlich begründete Argumentation für die Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste aufbauen muss.

- Innerhalb eines guten Gesundheitssystems ist der Kostenaufwand für Menschen mit grundlegenden Behinderungen in der Regel sehr hoch, egal *wo* diese Menschen leben. Politiker sollten daher nicht davon ausgehen, dass die Versorgungskosten innerhalb gemeindeintegrierter Dienste niedriger sein werden, auch wenn die zu schließenden Einrichtungen zu teuer erscheinen. Kostengünstige institutionelle Versorgung ist fast immer von niedriger Qualität.
- Es gibt keine Belege dafür, dass gemeindeintegrierte Versorgungsdienste automatisch teurer sind als die Versorgung in Großeinrichtungen, wenn man den Vergleich auf der Grundlage vergleichbarer Bedürfnisse und vergleichbarer Versorgungsqualität durchführt. Gemeindeintegrierte Angebote in Form von unterstütztem Wohnen zeitigen bei guter Organisation und Verwaltung in der Regel bessere Ergebnisse als die Unterbringung in Großeinrichtungen.

- Kosten für gemeindeintegrierte Dienste verteilen sich auf viele Bereiche und Politikfelder, da sie den vielfältigen individuellen Bedürfnissen behinderter Menschen gerecht werden sollen. Familien können auch eine hohe Kostenverantwortung übernehmen. Aus all diesen Gründen ist es wichtig, dass alle lokalen Partner die Politik oder den Handlungsplan kennen und möglichst auch billigen.
- Kosten werden aufgewendet, um Dienste zur Verfügung zu stellen, bestimmte Bedürfnisse zu erfüllen und bestimmte Ergebnisse zu erzielen. Daher ist es nicht besonders sinnvoll, Kosten zwischen zwei Hilfearten zu vergleichen, wenn nicht gleichzeitig die individuellen Bedürfnisse der behinderten Menschen und die beobachteten Ergebnisse verglichen werden.
- Die Bedürfnisse der Menschen, ihre Vorlieben und die allgemeinen Umstände sind keine konstanten Faktoren. Dementsprechend sind auch die Anforderungen an die Dienste nie die gleichen. Folglich sind die Kosten innerhalb einer Gruppe von Menschen variabel. Hieraus ergeben sich mindestens zwei wichtige Folgen. Erstens muss man aus methodologischer Sicht beim Vergleich von zwei Dienstleistungsmodellen größte Vorsicht walten lassen, es sei denn, man weiß, dass die Dienstleistungsempfänger in den beiden verschiedenen Szenarien bezüglich aller relevanten (kostenverursachenden) Aspekte identisch sind, oder dass statistische Anpassungen vorgenommen werden, um Äquivalenz zu erreichen. Tut man dies nicht, riskiert man die Unterfinanzierung des Projekts.
- Individuelle Bedürfnisse können sich im Laufe der Zeit ändern, vor allem in den ersten Monaten nach dem Umzug aus einer Großeinrichtung in ein gemeindeintegriertes Wohnangebot. Die Dienstleistungssysteme müssen in der Lage sein, flexibel auf sich ändernde Bedürfnisse zu reagieren. So müssen die Hilfeangebote berücksichtigen, dass sich die Anforderungen und Wünsche behinderter Menschen ändern, denn aller Wahrscheinlichkeit nach müssen Langzeitbewohner von Großeinrichtungen zum Zeitpunkt des Wechsels überhaupt erst eigene Vorstellungen von ihren Präferenzen bezüglich ihrer Wohn- und Lebensbedingungen in der Gemeinde entwickeln.
- Zweitens ergibt sich aus dieser inhärenten Veränderlichkeit die Möglichkeit, die Dienste genau auf die Bedürfnisse abzustimmen, damit das Versorgungssystem innerhalb der festgesetzten Ressourcen immer besser für das Wohlbefinden der behinderten Menschen sorgt.
- Allgemein ist es sinnvoll, verschiedene Dimensionen der Ergebnisse zu berücksichtigen: zum Beispiel nicht nur bestimmte Symptome (bei Menschen mit psychischen Krankheiten) oder persönliche Unabhängigkeit (bei Menschen mit geistigen Behinderungen), sondern auch, ob das Versorgungssystem die Fähigkeiten des behinderten Menschen fördert (zum Beispiel Arbeit zu finden oder sich ein soziales Netz aufzubauen) und dessen Lebensqualität verbessert. In der Regel führt größerer Aufwand bei der Unterstützung behinderter Menschen zu besseren Ergebnissen. Allerdings ist der Zusammenhang nicht immer einfach zu verstehen und Entscheidungsträger müssen gründlich (gemeinsam mit den behinderten Menschen) darüber nachdenken, welche Ergebnisse sie in erster Linie innerhalb des Versorgungssystems anstreben.
- Ein neues Versorgungsmodell (wie etwa gemeindeintegrierte Versorgung) kann mehr Kosten verursachen als die von ihm ersetzte Lösung (wie zum Beispiel langfristige stationäre Krankenhausversorgung), aber trotzdem kosteneffizienter sein, weil es bessere Ergebnisse für die Versorgungsempfänger und gegebenenfalls auch für deren Familien bringt. Diese verbesserten Ergebnisse sind den höheren Kostenaufwand durchaus wert.

Wenn die bereits existierende Versorgung in Institutionen relativ kostengünstig ist, können Entscheidungsträger davon ausgehen, dass Bewohner mit leichteren Behinderungen im

Rahmen guter gemeindeintegrierter Dienste bei gleicher oder besserer Versorgungsqualität zu den gleichen oder niedrigeren Kosten versorgt werden können und somit die Kostenwirksamkeit in dieser Gemeinde gleich bleibt oder sogar steigt. Eine gute gemeindeintegrierte Versorgung von Bewohnern mit schwereren Behinderungen aus kostengünstigen Großeinrichtungen wird dagegen teurer zu stehen kommen, wobei aber auch die Qualität sich deutlich erhöhen wird, sodass die Kosteneffizienz letztlich im gemeindeintegrierten Modell gleichwertig oder besser ausfällt. (Entscheidungsträger sollten übrigens besser nicht davon ausgehen, dass sie die Kosten der Versorgung in Großeinrichtungen auf Dauer niedrig halten können.)

Abbildung 1 Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität bei Umstellung auf gute gemeindeintegrierte Dienste

Abbildung:

	<u>Nach Umstellung auf gemeindeintegrierte Dienste</u>		
	Kosten	Qualität	Kosteneffizienz
<u>Kostengünstige Einrichtung</u>			
Weniger behinderte Person	Gleich oder niedriger	Gleich oder höher	Gleich oder besser
Schwerer behinderte Person	Höher	Höher	Gleich oder besser
<u>Teurere Einrichtung</u>			
Weniger behinderte Person	Niedriger	Gleich oder höher	Besser
Schwerer behinderte Person	Gleich oder niedriger	Höher	Besser

<u>After transition to services in the community</u>			
	Costs	Quality	Cost-effectiveness
<u>Less expensive institution</u>			
Less disabled person →	Same or lower	Same or higher	Same or better
More disabled person →	Higher	Higher	Same or better
<u>More expensive institution</u>			
Less disabled person →	Lower	Same or higher	Better
More disabled person →	Same or lower	Higher	Better

Bei teureren Großeinrichtungen können Entscheidungsträger davon ausgehen, dass Bewohner mit leichteren Behinderungen im Rahmen guter gemeindeintegrierter Dienste bei gleicher oder besserer Versorgungsqualität zu niedrigeren Kosten versorgt werden können. Die Kostenwirksamkeit des gemeindeintegrierten Modells ist hierbei also besser. Eine gute gemeindeintegrierte Versorgung von Menschen mit schwereren Behinderungen aus teureren Großeinrichtungen wird genau so viel kosten, wobei die Versorgungsqualität besser sein wird. Folglich ist auch hier die Kosteneffizienz des gemeindeintegrierten Modells besser.

### Grenzen der Versorgung

- Es kann nichtdavor ausgegangen werden, dass die Familien bei der Versorgung der Menschen mit Behinderungen mithelfen. Dies kann daran liegen, dass während des Zeitraums der Unterbringung in der Institution der Kontakt abgebrochen ist. Es kann auch daran liegen, dass die unentgeltlichen Hilfeleistungen für die Familie eine zu hohe Belastung darstellen. Für Angehörige, die als Betreuungspersonen fungieren und keine

Unterstützung erhalten, sind die Folgen manchmal schwerwiegend: Entlassung, Einkommensverluste, hohe Ausgaben, Gesundheitsprobleme und Stress.

- Familien können in verschiedener Weise Unterstützung erfahren, sei es durch direkte oder indirekte finanzielle Hilfe, durch eine beschäftigungsfreundliche Politik, Bildungsprogramme, Beratung und Zahlungsaufschub. Auf diese Weise kann die Belastung der Betreuungspersonen gemildert werden und für Menschen mit Behinderungen erhöhen sich die Chancen, dass ihre Familien helfend eingreifen, wenn dies deren Wunsch ist.
- Ein überall festgestellter Hinderungsgrund für den Aufbau gemeindeintegrierter Versorgungsdienste ist der Mangel an entsprechend ausgebildetem Personal. Natürlich kann das Personal aus den Großeinrichtungen im Rahmen der gemeindeintegrierten Dienste eingesetzt werden, doch nicht alle Mitarbeiter werden die Umstellung mitmachen wollen, und nicht alle eignen sich dafür.
- Es gibt natürlich die Möglichkeit, bessere Gehälter anzubieten, um gutes Personal für die gemeindeintegrierten Dienste zu gewinnen. Damit regelt man das Problem des Personalmangels, treibt aber natürlich auch die allgemeinen Kosten in die Höhe.
- Das Einstellungsverfahren und die Schulung der Mitarbeiter für die neuen gemeindeintegrierten Dienste müssen beginnen, noch *bevor* die ersten Bewohner die Großeinrichtung verlassen. Die Planung des Personalbedarfs gehört zweifelsohne zu den wichtigsten Punkten des örtlichen Umsetzungsplans und der Landespolitik.

#### Entwicklung der lokalen Wirtschaft

- Die Schließung einer Großeinrichtung kann folgenschwer für die lokale Beschäftigungslage sein, wenn es sich hierbei um den einzigen oder den Hauptarbeitgeber handelt. Die Schaffung gemeindeintegrierter Angebote für behinderte Menschen in den gleichen Gemeinden mit dem Ziel, Beschäftigungsersatz zu schaffen, ist nicht unbedingt eine gute Idee. Die Bewohner der Großeinrichtung stammen unter Umständen aus anderen Landesteilen und möchten vielleicht lieber in ihren Heimatort zurückkehren. Fragen der Entwicklung der lokalen Wirtschaft müssen also berücksichtigt werden.

#### Alternativkosten des Kapitals

- Die meisten bestehenden Einrichtungen haben einen geringen Wert für andere Nutzungsarten. Oft handelt es sich um alte Gebäude in schlechtem Zustand und die Grundstücke, auf denen sie sich befinden, sind auf dem Immobilienmarkt nicht besonders gefragt. Bei der Schließung einer Einrichtung darf daher kaum mit zusätzlichen Geldmitteln gerechnet werden, um die notwendigen Investitionen für die gemeindeintegrierten Dienste aufzustocken.
- Selbst wenn ein Gebäude oder ein Standort einen hohen Marktwert hat, weil es sich für alternative Nutzungsarten eignet, so stehen die Verkaufserlöse im Allgemeinen erst nach der vollständigen Schließung der Einrichtung zur Verfügung. Folglich wird Geld zum „Überbrücken“ benötigt, das frühzeitig für den Aufbau der gemeindeintegrierten Angebote bereit steht. Außerdem müssen doppelte Betriebskosten eingeplant werden, um die alten und die neuen Dienste parallel über mehrere Jahre zu finanzieren, bis die Einrichtung völlig schließt.

#### Finanzierungswege

- Bedenken hinsichtlich des Abfließens von Mitteln in andere Teile des Versorgungssystems oder anderswo infolge der Schließung einer Einrichtung kann durch die Möglichkeit der teilweisen oder zeitweisen Abschottung („Ringfencing“) entgegengewirkt werden. So kann zum Beispiel das derzeit einer psychiatrischen Klinik

zugeteilte Budget für die Entwicklung gemeindeintegrierter Dienste für Menschen mit psychischen Krankheiten reserviert werden. Auf diese Weise erzielt man Sicherheit und Stabilität, was den Anstoß für eine neue Versorgungsinitiative geben kann.

- Zentralisierte Budgets mögen sich besser für die Umsetzung nationaler politischer Maßnahmen oder Prioritäten eignen, dezentralisierte Budgets erleichtern aber möglicherweise den Aufbau lokaler Dienste in Übereinstimmung mit lokalen Bedürfnissen und Vorlieben. So kann der Trend weg von den Großeinrichtungen und hin zu gemeindeintegrierter Versorgung verstärkt werden.
- An Einzelpersonen statt an Einrichtungen gebundene Finanzierungsarten könnten dazu beitragen, eine der Barrieren einzureißen, die dem Trend weg von stationären Einrichtungen noch im Wege steht.
- Die Art und Weise, wie Antragsverfahren gestaltet werden, wird einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Versorgungssystems und auf das Versorgungsgleichgewicht haben. Entscheidungsträger müssen hierbei sehr wachsam sein, um die geeigneten Anreize für Verbesserung zu schaffen.
- Größere Schwankungen der Haushalte von einem Jahr zum anderen sollten vermieden werden, weil sich dies als zerrüttend erweisen kann. Andererseits kann es aber auch notwendig sein, sich von dem Modell der stufenweisen Erhöhung zu verabschieden, um dem gegenwärtigen Zustand eine Alternative entgegenzusetzen.

#### Verschiedene Finanzierungsquellen

- Da behinderte Menschen oft viele verschiedene Bedürfnisse haben, brauchen sie unter Umständen eine ganze Reihe verschiedener gemeindeintegrierter Dienste, die von unterschiedlichen Dienstleistern bereitgestellt und aus verschiedenen Haushalten finanziert werden. Dieser Verschiedenartigkeit der Bedürfnisse muss Rechnung getragen werden. Die (aktuellen oder potenziellen) Querverbindungen zwischen Diensten und Dienstleistern können sich eventuell negativ auf die Wirksamkeit und die Kosteneffizienz der Versorgung auswirken.
- Abgestimmte Planungs und Antragsverfahren gehören zu den Ansätzen, die dabei helfen können, zwei oder mehrere (budgetvergebende Leistungsträger) zusammenzubringen, um die Koordinierung der Dienste und deren Auswirkungen zu verbessern.
- Die Dezentralisierung bestimmter Befugnisse und Verantwortlichkeiten durch den Einsatz von Fallmanagern oder auch die vom Nutzer selbstbestimmte Inanspruchnahme der Versorgungsdienste können helfen, diese Schwierigkeiten zu überwinden.

#### Dynamik des Wandels

- Die Dynamik des Wandels ist eine komplexe Sache, bei der es manchmal zur Aussendung irreführender Signale bezüglich des Kosten- und Ergebniswandels kommt. Entscheidungsträger müssen immer sicherstellen, dass sie eine genügend langfristige Sicht auf die Dinge haben.

#### *Empfehlungen*

Die Schlussfolgerungen machen deutlich, wie wichtig die Vision und die Führungskraft der Regierungen und Regionalverwaltungen sind und dass diese eng mit den Vertretern der behinderten Menschen und ihren Familien zusammenarbeiten müssen. Außerdem braucht der Umstellungsprozess eine umfassende, langfristige Perspektive, die alle Kosten und Nutzen berücksichtigt. Unterstrichen werden soll auch, wie wichtig Kreativität bei der Entwicklung von Lösungen für die zahlreichen zu erwartenden Umsetzungsprobleme ist. Aus dem Prozess sind Erfahrungen und Wissen zu schöpfen, die dabei helfen werden, gute gemeindeintegrierte

Dienste zu entwickeln. Die Studie kommt außerdem zu dem Ergebnis, dass es angesichts der verfügbaren Informationen keine Grundlage für die Annahme gibt, dass gemeindeintegrierte Versorgungsdienste automatisch teurer sind als die Versorgung in Großeinrichtungen, wenn man den Vergleich auf der Grundlage vergleichbarer Bedürfnisse und vergleichbarer Versorgungsqualität durchführt.

Wie können die Regierungen den Umstellungsprozess beschleunigen? Hierfür müssen die Regierungen gemeinsam mit anderen Akteuren handeln:

1. Die Vision neuer Möglichkeiten in den Gemeinden muss gestärkt werden.
2. Die Unzufriedenheit der Öffentlichkeit mit den derzeitigen Versorgungslösungen ist zu unterstützen.
3. Es muss praktisch demonstriert werden, wie die Dinge verbessert werden können.
4. Bedenken bezüglich der Umstellung müssen abgebaut werden, indem Anreize für die verschiedenen Prozessakteure geschaffen werden.

Diese Liste gilt es nicht nach und nach abzuarbeiten. Vielmehr muss jeder einzelne Punkt während des gesamten Prozesses ständig im Auge behalten werden. Welche Schritte die Regierungen unternehmen und wie das angemessene Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Maßnahmen aussieht, ist von Land zu Land je nach den spezifischen Umständen unterschiedlich. Fest steht aber, dass diese vier Themen während des ganzen Umstellungsprozesses aktuell bleiben. Auch andere Akteure (wie Organisationen der Behinderten und deren Familien) werden eine wichtige Rolle spielen. Die Verantwortung für die Planung, die Koordinierung und das Management des Prozesses liegen aber einzig bei den Regierungen.

Die im Folgenden unter den jeweiligen Zwischentiteln zusammengefassten Empfehlungen wurden nicht nur auf der Grundlage der Ergebnisse des vorliegenden Berichts formuliert, auch die immer umfangreichere Fachliteratur zu dem Thema Modernisierung der Dienste für Menschen mit Behinderungen und die Erfahrungen ihrer Verfasser als Akteure auf dem Gebiet wurden mit einbezogen.

## Förderung der Vision neuer Möglichkeiten in der Gemeinde

### 3. *Politische Maßnahmen für die Inklusion behinderter Menschen*

- 3.1 Festlegung des Ziels, dass alle behinderten Menschen in die Gesellschaft eingeschlossen werden und dass die ihnen zur Verfügung gestellte Hilfe auf dem Prinzip des Respekts für den Einzelnen basiert, wobei die behinderten Menschen Wahlfreiheit und Selbstbestimmung über ihren Lebensstil, volle Beteiligung an der Gesellschaft und maximale Unabhängigkeit erhalten sollen.
- 3.2 Verpflichtung, keine neuen Großeinrichtungen oder neuen Gebäude für bereits vorhandene Einrichtungen zu bauen und den überwiegenden Teil der verfügbaren Finanzierungsmittel in die Entwicklung gemeindeintegrierter Dienste zu investieren.
- 3.3 Festlegung des allgemeinen Zeitplans und eines Handlungsplans für die Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste.

### 4. *Ausbau der gesetzlichen Grundlagen für die Inklusion*

- 4.1 Gesetze zur Förderung unterstützten Wohnens und sozialer Inklusion verabschieden
- 4.2 Das UN-Abkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifizieren.
- 4.3 Diskriminierung behinderter Menschen in Diensten und Einrichtungen verbieten.
- 4.4 Die Verwendung öffentlicher Gelder für den Bau neuer Einrichtungen untersagen.

- 4.5 Sicherstellen, dass Regierungsbehörden, die in einem bestimmten Gebiet Dienste für die Bevölkerung bereitstellen, dazu verpflichtet sind, behinderte Menschen auf die gleiche Art und Weise zu versorgen.
5. *Behinderten Menschen, ihren Familien und Fürsprechern mehr politische Mitsprache einräumen*
- 5.1 Unterstützung von Organisationen, die sich für die Eingliederung behinderter Menschen in die Gesellschaft und für die Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste einsetzen.
- 5.2 Stellen in Behörden mit behinderten Menschen, deren Familienmitgliedern und Fürsprechern besetzen, die sich persönlich für die Inklusion einsetzen.
- 5.3 Behinderte Menschen und deren Familienmitglieder in politischen Beteiligungsformen schulen, damit sie ihr Mitspracherecht ausüben können.
- 5.4 Politiker und Beamte zu regelmäßigen Treffen mit behinderten Menschen, deren Familienmitgliedern und Fürsprechern, die sich für deren Eingliederung einsetzen, auffordern. Herausfinden, wie deren politische Mitsprachemöglichkeiten verbessert werden können.
6. *Berufsverbände dazu auffordern, durch ihre Politik die Inklusion zu unterstützen*
- 6.1 Berufsverbände, die mit der Vertretung, Schulung und Zulassung von Personal, das mit behinderten Menschen arbeitet, befasst sind, dazu auffordern, sich zur Unterstützung der Inklusion der behinderten Menschen in ihrer Arbeit zu verpflichten. Hierzu können sowohl spezialisierte Kräfte gehören, die mit behinderten Menschen arbeiten, als auch andere, die im Rahmen ihrer Tätigkeit eventuell Dienste für behinderte Menschen erbringen (z. B. Polizisten, Pflegepersonal in Krankenhäusern).
- 6.2 Dafür sorgen, dass Schulungsprogramme (sowohl Fortbildungen als auch Erstausbildungen) und Zulassungen auch behinderten Menschen offen stehen und auf dem Prinzip der Inklusion beruhen.
7. *Medien für die Berichterstattung und die Unterstützung des Themas Inklusion gewinnen*
- 7.1 Durch offizielle Informations- und Aufklärungskampagnen für die Politik der Umstellung von Großeinrichtungen auf gemeindeintegrierte Dienste werben.
- 7.2 Menschen, die gemeindeintegrierte Dienste von guter Qualität liefern und Menschen, die diese Dienste empfangen, dabei helfen, die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf ihre Arbeit zu lenken.
8. *Aus den bewährten Praktiken anderer Länder lernen*
- 8.1 Besuche von behinderten Menschen, ihren Familien und Vertretern, Dienstleistern und Entscheidungsträgern in anderen Ländern unterstützen, damit sie dort gute Praktiken bei gemeindeintegrierten Diensten kennen lernen. Diese Besuche beruhen auf Gegenseitigkeit und treten an die Stelle von Besuchen durch Dienstleister von Versorgungsleistungen in Großeinrichtungen.
- 8.2 Die Mitgliedschaft in internationalen Netzwerken fördern (wie zum Beispiel in der European Coalition for Community Living, der Europäischen Koalition für ein Leben in der Gemeinde). So lernen die Menschen mehr über bewährte Praktiken.

- 8.3 Die Berufsbildungsprogramme für Personal, das mit behinderten Menschen arbeitet, sollten die bewährten Praktiken in gemeindeintegrierten Diensten anderer Länder beinhalten.

Die Öffentlichkeit in ihrer Unzufriedenheit mit dem derzeitigen Versorgungssystem bestärken

#### **9. *Unabhängigen Forschungsinstituten Zugang zu den Einrichtungen verschaffen***

- 9.1 Die Einrichtungen auffordern, öffentlichen Organisationen, Nichtregierungsorganisationen und Medien Besuche zu gestatten, um mit behinderten Bewohnern, deren Familien und Vertretern sowie dem Personal ins Gespräch zu kommen, sofern diese dazu bereit sind.
- 9.2 Einrichtungen ermuntern, sich für ihren Ersatz durch gemeindeintegrierte Dienste einzusetzen.

#### **10. *Bildung von Inspektionsbehörden zum Schutz und zur Förderung der Rechte des Einzelnen***

- 10.1 Die Inspektionsbehörden (in denen sowohl behinderte Menschen als auch „Experten aus Erfahrung“ arbeiten) besuchen die Dienste, treffen sich mit Bewohnern, Familienmitgliedern, Vertretern und Personal und überwachen die Lebensbedingungen und die Lebensqualität der behinderten Menschen.
- 10.2 Die Ergebnisse der Inspektionen werden veröffentlicht.
- 10.3 Tatbestände genauer aufklären, wenn während der Inspektionen einzelne Personen um Schutz oder Rechtshilfe bitten.

#### **11. *Vergleiche der Lebensqualität stärker betonen***

- 11.1 Förderung der Beschreibung von Lebensbedingungen und Lebensqualität von Bewohnern von Institutionen im Vergleich zu (1.) nicht behinderten Menschen in der Gesellschaft und (2.) zu Menschen mit einem ähnlichen Behinderungsgrad, die durch gemeindeintegrierte Dienste versorgt werden (im gleichen Land oder auch in anderen Ländern), anstelle von Vergleichen mit den Zuständen in den gleichen Einrichtungen in der Vergangenheit oder mit anderen Einrichtungen.

Praktisch demonstrieren, wie die Dinge verbessert werden können

#### **12. *Innovative Dienste schaffen***

- 12.1 Die Entwicklung von Angeboten für unterstütztes Wohnen finanzieren, Bereitstellung normalen Wohnraums und ausreichenden Personals, um den Bedürfnissen jedes Einzelnen gerecht zu werden.
- 12.2 Dafür sorgen, dass Modellprojekte sowohl bezüglich ihrer Struktur als auch ihres Betriebs die besten Praktiken widerspiegeln.
- 12.3 Dafür sorgen, dass Modellprojekte nicht nur Menschen aus Einrichtungen herausholen, sondern auch ortsansässigen Menschen helfen, die auf der „Warteliste“ stehen. Auf diese Weise werden Menschen in der Gemeinde, in der die Dienste bereitgestellt werden, das Projekt auch leichter unterstützen.
- 12.4 Modellprojekte müssen sowohl den Aspekt der Unterbringung als auch den Aspekt der Beschäftigung beinhalten (Bildung, Arbeit oder andere Tagesaktivitäten), um die Erfolgchancen des Modells zu erhöhen.

12.5 Neue Formen der Ausbildung und beruflichen Qualifizierung müssen gefunden werden, um genügend Personal für die sich entwickelnden neuen Dienste abstellen zu können.

12.6 Die Qualität und die Kosten der neuen Dienste sind zu überwachen.

### *13. Von Anfang an alle einbeziehen*

13.1 Darauf achten, dass auch Menschen mit schwereren oder komplexeren Behinderungen frühzeitig in den Prozess mit einbezogen werden, sodass von Anfang an Erfahrungen mit deren Bedürfniserfüllung gesammelt werden können.

Widerstände durch die Schaffung von Anreizen für die verschiedenen Prozessakteure abbauen

### *14. Neue Finanzierungsmöglichkeiten entwickeln*

14.1 Modelle entwickeln, bei denen die behinderten Menschen über individuelle Budgets verfügen, um ihr neues Leben wirklich nach ihren eigenen Bedürfnissen und Wünschen zu gestalten.

14.2 Dafür sorgen, dass sich neue Organisationen bilden können, die außerhalb des existierenden institutionellen Versorgungsrahmens bei der Bereitstellung der gemeindeintegrierten Dienste mitwirken können, um den neuen Modellen den Weg zu ebnen.

14.3 Finanzielle Anreize für die Gemeindeverwaltungen schaffen, damit sie aktiv für die Inklusion behinderter Menschen in ihrer Gemeinde eintreten.

### *15. Hindernisse für die Entwicklung gemeindeintegrierter Dienste aus dem Weg räumen*

15.1 Modelle für die Leistungsvergabe an innovative, lokale Dienste entwickeln, damit die eingefahrenen Regeln des institutionellen Versorgungssystems aufgegeben oder verändert werden und damit die Entwicklung gemeindeintegrierter Dienste möglich wird.

15.2 Auch die Regeln bei der Leistungsvergabe in anderen relevanten Bereichen wie Planung, Wohnungswesen, Beschäftigung, Sozialversicherung und Gesundheitsfürsorge müssen überprüft werden, um sicherzustellen, dass behinderte Menschen in der Gemeinde Gleichbehandlung erfahren.

15.3 Die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission stellt sicher, dass die EU-Vorschriften bezüglich Beschäftigung, Gesundheit und Sicherheit sowie bezüglich anderer Bereiche in EU-Kompetenz die Entwicklung guter gemeindeintegrierter Dienste nicht behindern, sondern fördern.

### *16. Finanzierung neuer Dienste in Abhängigkeit von deren Qualität*

16.1 Dafür sorgen, dass neue Dienste nur finanziert werden, wenn sie eine gute Qualität bieten, dass diese geprüft wird (Erfahrungen der behinderten Menschen mit diesen Diensten als dominanter Faktor zur Qualitätsmessung) und dass die Finanzierung ausgesetzt wird, wenn Dienste keinen akzeptablen Standard mehr bieten.

16.2 Der Versuchung widerstehen, Einrichtungen wieder in Betrieb zu nehmen oder neue Einrichtungen als „provisorische“ Lösungen zu bauen.

16.3 Internationale Organisationen wie die Weltbank oder die Europäische Kommission müssen die Verwendung von Finanzierungsmitteln für die Wiederinbetriebnahme oder den Neubau von Einrichtungen unterbinden.