

Bericht der Ad-Hoc-Expertengruppe zum Übergang von der Heimpflege zur gemeindenahen Pflege



Europäische Kommission

Generaldirektion für Beschäftigung, Soziale
Angelegenheiten und Chancengleichheit



Anmerkungen

Dieser Bericht wurde von einer Gruppe unabhängiger Experten verfasst, die im Februar 2009 von Kommissar Vladimír Špidla einberufen wurde, um den komplexen Fragen einer Reform der Heimpflege nachzugehen.

Weder die Europäische Kommission noch Personen, die in ihrem Namen handeln, sind für die eventuelle Verwendung der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen verantwortlich. Die in diesem Text geäußerten Meinungen und Kommentare unterliegen der Verantwortung der Autoren und spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Europäischen Kommission wider.

Mitglieder der Ad-Hoc-Expertengruppe

- Children's High Level Group: Jan Pfeiffer (Vorsitzender), Georgette Mulheir
- AGE (European Older People's Platform): Anne-Sophie Parent
- COFACE (Confederation of Family Organisations in the EU): Céline Simonin
- EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities): Luk Zelderloo
- ECCL (European Coalition for Community Living): Ines Bulic
- EDF (European Disability Forum): Carlotta Besozzi, Ask Andersen
- Inclusion Europe: Geert Freyhoff
- Mental Health Europe: Josée van Remoortel

Die Ad-Hoc-Expertengruppe erhielt Unterstützung eines Sekretariats, bestehend aus Jan Jařab und Silvio Grieco (Europäische Kommission).

Photo Michel Loriaux
© Europäische Gemeinschaften, 2009
Abdruck mit Quellenangabe gestattet

Manuskript erstellt im September 2009

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	5
Kurzfassung.....	6
I. Konzeptueller Rahmen.....	8
II. Die derzeitige Situation in der EU	10
III. Argumente für einen Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege	11
IV. Die wichtigsten Herausforderungen beim Übergang von Heimpflege auf gemeindenahe Pflege und Lösungsvorschläge	16
V. Gemeinsame Grundprinzipien für den Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege.....	20
VI. Empfehlungen	23

Vorwort

Überall in der Europäischen Union leben Menschen jahrelang in Pflegeeinrichtungen. Manche sind körperlich oder geistig behindert, andere leiden an psychischen Gesundheitsproblemen, und wiederum andere sind alt und gebrechlich. Auch viele Kinder leben in Heimen, mit und ohne Behinderung.

Jahrzehntelang galt die Existenz solcher Pflegeheime als Nachweis für die Fürsorge der Gesellschaft, die hilfsbedürftige Menschen nicht ohne Unterstützung lässt und Bedürftige mit Essen, Unterkunft, Bekleidung und Behandlung versorgt. Aber ist dies wirklich das bestmögliche Modell, das fortgeschrittene europäische Gesellschaften diesen Menschen im 21. Jahrhundert zu bieten haben? Ich bin überzeugt, dass sich die europäischen Gesellschaften in einem Zeitalter, in denen zunehmend anerkannt wird, dass ideelle Werte wie menschliche Würde, Selbstbestimmung und Eingliederung in die Gemeinschaft von höchster Bedeutung sind, um menschlichere und individualisierte Pflegemodelle bemühen sollten, bei denen die Person in den Mittelpunkt gestellt wird. Die Benutzer selbst und gegebenenfalls auch ihre Familien sollten Partner werden und an allen Entscheidungen teilhaben. Jedem sollte ermöglicht werden, sein volles Potenzial zu entwickeln.

Die Europäische Kommission hat in der Vergangenheit bereits Studien finanziert, die Vergleiche zwischen Heimpflege und gemeindenaher Pflege in Bezug auf Qualität und Kosten vorgelegt haben. Die Arbeit der Ad-Hoc-Expertengruppe zum Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege geht einen Schritt weiter. Der Bericht liefert nicht nur wohl durchdachte Gründe für eine Veränderung, sondern auch realistische Empfehlungen, wie diese erreicht werden kann (und was dabei vermieden werden muss). Die Empfehlungen wurden aus den Erfahrungen in den Mitgliedstaaten abgeleitet, in denen derartige Reformen bereits durchgeführt wurden. Die Analyse der zentralen Herausforderungen, gefolgt von gemeinsamen Grundprinzipien und konkreten Empfehlungen an die Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission, stellt einen „wirksamen Mix“ dar, der idealistische Ziele mit konkreten, pragmatischen Leitlinien verknüpft, um diese Ziele zu erreichen

Die in diesem Bericht angesprochenen Fragen sind untrennbar mit unserem gemeinsamen europäischen Wertekanon für Grundrechte und soziale Eingliederung verbunden. Ich begrüße daher das Ergebnis der Arbeit der Expertengruppe – ein schmales aber gewichtiges Werk – und hoffe, dass es den politischen Entscheidungsträgern in den Mitgliedstaaten und auf europäischer Ebene als Inspiration dienen wird.



Vladimír Špidla

Kommissar für Beschäftigung, Soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit

Kurzfassung

Viele Menschen aller Altersgruppen mit sehr unterschiedlichen Problemen (ältere Menschen, Kinder, Menschen mit Behinderungen, einschließlich Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen) leben in Pflegeeinrichtungen, die die Tendenz haben, ihre Insassen von der Gemeinschaft abzusondern. Im Sinne dieses Berichts werden diese Einrichtungen nicht in erster Linie nach ihrer Größe definiert, sondern nach Merkmalen der so genannten „Anstaltskultur“ (Depersonalisierung, rigide Routinen, Blockbehandlung, soziale Distanz, Paternalismus). Die Größe ist dabei nur ein Indikator – je größer die Einrichtung, umso geringer die Chancen, auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnittene Dienste oder eine Teilhabe an der Gemeinschaft und die Eingliederung in dieselbe garantieren zu können.

Wie viele Menschen sich tatsächlich in Pflegeeinrichtungen befinden, ist aufgrund mangelnder Daten schwer zu bestimmen, aber es handelt sich sicher um Millionen. In manchen Mitgliedstaaten fließt noch immer über die Hälfte der staatlichen Pflegeausgaben in die Heimpflege. Dieses Modell ist in erster Linie in Mittel- und Osteuropa vorherrschend. Aufgrund der alternden Bevölkerung wird die Anzahl der Personen, die einer Form der Langzeitpflege bedürfen, in den nächsten Jahrzehnten kontinuierlich steigen.

Es liegen überzeugende Nachweise vor, den Übergang von Heimpflege auf gemeindenahe Alternativen zu unterstützen (Deinstitutionalisierung). Denn diese können den Benutzern, ihren Familien und dem dort arbeitenden Personal bessere Resultate bringen. Dabei sind die Kosten von gemeindenaher Pflege mit denen der Heimpflege vergleichbar, wenn der Vergleich auf Grundlage vergleichbarer Bedürfnisse der Bewohner und einer vergleichbaren Pflegequalität erfolgt. Die derzeitige Wirtschaftskrise sollte daher nicht als Grund dienen, um bestehende oder geplante Deinstitutionalisierungsprozesse aufzuschieben. Kostenaufwändige Verbesserungen der materiellen Bedingungen bestehender Einrichtungen, die oft dann vorgeschlagen werden, nachdem aufgedeckt wurde, dass die Pflege nicht den Mindeststandards entspricht, sind ebenfalls problematisch. Denn sie lassen den Charakter der Einrichtung unverändert und erschweren auf lange Sicht eine Schließung dieser Einrichtungen.

Mehrere zentrale Herausforderungen für den Prozess der Deinstitutionalisierung wurden identifiziert. Dazu gehören die Reproduktion der „Anstaltskultur“ in gemeindenahen Diensten und die langfristige Fortdauer paralleler Dienste (da die Einrichtung nicht geschlossen wird). Umgekehrt besteht das Risiko, keine geeigneten gemeindenahen Dienste aufgrund unrealistischer Ziele und Zeitplanungen, die über die Entwicklungskapazitäten hinausgehen, zu schaffen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Deinstitutionalisierung in erster Linie als Kosteneinsparungsmöglichkeit angesehen wird.

Aus bewährten Verfahren in diesem Bereich und auf Basis der Evaluation der oben genannten zentralen Herausforderungen wurde eine Reihe gemeinsamer Grundprinzipien abgeleitet. Ganz allgemein muss der Prozess der Deinstitutionalisierung die Rechte der Heimbewohner respektieren und die Bewohner müssen in alle Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Es muss ein ganzheitliches System zur Vermeidung von Unterbringungen in stationären Einrichtungen geben. Parallel zur Schließung von Heimeinrichtungen müssen gemeindenahe Dienste eingerichtet werden. Der Prozess erfordert zahlenmäßig ausreichendes und gut ausgebildetes Personal, das über geeignetes Fachkönnen sowohl für die gemeindenahe Pflege

als auch für entsprechende Familienunterstützung verfügt. Der Übergangsprozess ebenso wie die entstehenden Dienstleistungen müssen einer Qualitätskontrolle unterstellt werden, die die Benutzerzufriedenheit klar in den Mittelpunkt stellt. Ständige Bewusstseinsbildung bei allen Beteiligten ist erforderlich.

Der Bericht richtet Empfehlungen an die Mitgliedstaaten, die für Maßnahmen in diesem Bereich in erster Linie zuständig sind. Die Mitgliedstaaten sollten dafür sorgen, dass Heimbewohner umfassend informiert und in die Entscheidungsprozesse zur Deinstitutionalisierung einbezogen werden. Die Mitgliedstaaten sollten Gesetze und Verwaltungsvorschriften, die die Institutionalisierung, d. h. die Unterbringung und Pflege in Heimen, direkt oder indirekt unterstützen, überprüfen und ändern. Sie sollten Strategien und Aktionspläne auf Grundlage der gemeinsamen Grundprinzipien beschließen und für diesen Zweck Mittel aus dem EU-Strukturfonds in Anspruch nehmen. Sie sollten Systeme der freiwilligen Qualitätsüberwachung hinsichtlich der Lebensqualität der Bewohner einrichten, bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte schaffen und informelle Pflegepersonen systematisch unterstützen, usw. Und nicht zuletzt sollten sie für eine vertikale und horizontale Koordination zwischen den verschiedenen Regierungsebenen und Behörden sorgen, die an dem Übergangsprozess beteiligt sind.

Abschließend enthält der Bericht auch Empfehlungen an die Europäische Kommission, insbesondere eine Mitteilung zum Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege vorzulegen, die gemeinsamen Grundprinzipien in alle einschlägigen EU-Politiken aufzunehmen, Leitlinien zur Verwendung der Mittel aus dem EU-Strukturfonds und anderer Finanzierungsinstrumente für die Deinstitutionalisierung bereitzustellen, den Austausch von Beispielen guter Praxis in diesem Bereich zu fördern und zu erleichtern, einen Pool unabhängiger Experten zu diesem Thema einzurichten, die Wissensbasis mit der Festlegung eines minimalen Datensatzes für Pflegedienste in stationären Einrichtungen zu verbessern, Forschung in diesem Bereich zu finanzieren, das Thema von Investitionen in gemeindenaher Pflege auf die Tagesordnung der Debatte über die Zukunft der Kohäsionspolitik nach 2013 zu stellen und das Bewusstsein für das Thema in der Kommission selbst auszubilden.

I. Konzeptueller Rahmen

Das Recht auf eine unabhängige Lebensführung und auf die Eingliederung in die Gemeinschaft

Die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten fußen auf gemeinsame Werte wie Achtung der menschlichen Würde, Freiheit, Demokratie, Gleichheit, Rechtsstaatlichkeit und Achtung der Menschenrechte. Alle Menschen haben das Recht auf eine unabhängige Lebensführung und auf die Eingliederung in die Gemeinschaft. Sie haben das Recht ihren Wohnort zu wählen, selbst zu entscheiden, wo und mit wem sie leben möchten, und das Recht in Würde zu leben. Alle Kinder haben ein Recht auf Familienleben, sei es in ihrer eigenen Familie oder in einer Pflegefamilie (wenn sie keine Familie haben oder in ihrer eigenen Familie gefährdet sind). Diese Rechte sind in einschlägigen internationalen (UN) und europäischen Menschenrechtsverträgen festgelegt, darunter die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen¹, die Konvention über die Rechte des Kindes, die überarbeitete Fassung der Europäischen Sozialcharta² und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union.

Konkret erfordert das Recht, in der Gemeinschaft zu leben, die Verfügbarkeit von gemeindenahen Diensten, die die Unterstützung bieten, die die Menschen brauchen und sie dazu befähigen am täglichen Leben teilzuhaben. Im Gegensatz dazu kann die langfristige Unterbringung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen als widersprüchlich zu ihrem Recht auf ein Leben in der Gemeinschaft angesehen werden.

Benutzer von Dienstleistungen

Rechtliche Regelwerke und die akademische Forschung verwenden in der Regel verschiedene Ansätze für vier Kategorien von Dienstleistungsbenedutzern: Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Kinder und Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Dieser Bericht will einen übergreifenden Ansatz geben und versuchen, gemeinsame Merkmale und Ansätze hervorzuheben.

Dabei wird jedoch eingeräumt, dass die vorgeschlagenen Lösungen an die unterschiedlichen Bedürfnisse der vier Kategorien angepasst werden müssen. So besteht beispielsweise Einvernehmen darüber, dass Kinder – mit und ohne Behinderungen – besonders verletzlich gegenüber den schädlichen Folgen der Institutionalisierung sind, da Heime kein geeignetes Umfeld für ihre moralische, geistige und emotionale Entwicklung bieten.

Definition von Heimeinrichtungen

Es ist schwierig, eine allumfassende Definition für eine „Heimeinrichtung“ oder für „Heimpflege“ zu finden, vor allem aufgrund der verschiedenen kulturellen und rechtlichen Rahmenbedingungen in den Mitgliedstaaten. Beispielsweise sind in manchen Mitgliedstaaten auch die Anbieter von gemeindenahen Dienstleistungen ohne dauerhafte stationäre Unterbringung aufgrund der Gesetzgebung ebenfalls als „Heimeinrichtungen“ eingestuft. Im Sinne dieses Berichts ist deshalb unter „Heimpflege“ die Pflege zu verstehen, die in segregierenden Einrichtungen der stationären Pflege geboten wird.

¹ Siehe insbesondere Artikel 12, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 25, 26, 28

² Siehe insbesondere Artikel 15, 17, 23

Manche Definitionen von Heimen basieren auf der Anzahl von Betten in einer Einrichtung, z. B. indem man ein Heim als eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege mit 30 oder mehr Betten definiert. Diese Definition kann sinnvoll sein, wenn es darum geht, Daten zu erheben, Trends aufzuzeigen oder Fortschritte zu überwachen. Aber ein Heim definiert sich nicht allein nach seiner Größe. Sie ist nur ein Indikator für grundsätzliche Merkmale, die eine Dienstleistung zu einer „institutionellen“ Dienstleistung machen. Es scheint tatsächlich so zu sein, dass je größer die Einrichtungen sind, umso geringer die Chancen, auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnittene Dienstleistungen sowie die Teilhabe an der Gemeinschaft und die Eingliederung in dieselbe zu garantieren. Das Gegenteil trifft andererseits aber auch nicht unbedingt zu (d. h. es kann kleinere Einrichtungen mit einem zutiefst institutionellen Pflegecharakter geben).

„Anstaltskultur“

Anstatt einen bestimmten Grenzwert für die Größe der Einrichtung anzuwenden, wird sich dieser Bericht mit „Heimeinrichtungen“ bzw. „Heimpflege“ unter dem Gesichtspunkt der **Menschenrechte und der Würde der Benutzer, ihrer Lebensqualität und Gesundheit, Selbstbestimmung und sozialen Eingliederung** beschäftigen. Wenn wir von „Heimeinrichtungen“ sprechen, so meinen wir die Pflegedienstleistungen in Einrichtungen, die Merkmale einer „Anstaltskultur“ aufweisen. Dabei werden die äußeren Merkmale der Einrichtungen – die Gebäude selbst – nur als die sichtbarsten (aber nicht unbedingt wichtigsten) Merkmale unter den die „Anstaltskultur“ definierenden Kriterien angenommen.

Typische Merkmale der „Anstaltskultur“ wurden von den Forschungspionieren bereits vor rund vierzig Jahren beschrieben. Es ist seit langem erwiesen, dass institutionelle Pflege die Benutzer von der Gesellschaft absondert und tendenziell charakterisiert ist durch *Depersonalisierung* (Entfernen von persönlichem Eigentum, von Zeichen und Symbolen der Individualität und Menschlichkeit), *rigide Routinen* (festgelegte Zeitpläne für Wecken, Essen und Aktivitäten ohne Berücksichtigung persönlicher Vorlieben oder Bedürfnisse) *Blockbehandlung* (Organisation der Tagesabläufe für die gesamte Gruppe ohne Wahrung der Privatsphäre oder Individualität) und *soziale Distanz* (Symbol für den Statusunterschied zwischen Personal und Insassen)³. Bewohner solcher Einrichtungen entwickeln ein passives („institutionalisiertes“) Verhalten, um sich diesen Routinen, der Langeweile und dem Mangel an sinnvoller Betätigung anzupassen. Auch die Betreuer werden – wie Goffman in seiner bekannten Fallstudie über eine psychiatrische Anstalt beschrieben hat⁴ – mit der Zeit immer „institutionalisierter“.

Letztendlich spiegeln die Betreuungsmethoden Haltungen und Überzeugungen wider, die für das Personal als notwendig für die Aufrechterhaltung einer bestimmten Ordnung erachtet werden, mit der die von der Einrichtung vorgegebenen Aufgaben überhaupt bewältigt werden kann. Die Pflegeethik in Heimeinrichtungen ist traditionell **eher paternalistisch als interaktiv**. In vielen Arten von Heimen (für Personen mit Behinderungen und Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen, aber in gewissem Ausmaß auch in solchen für ältere Menschen und Kinder) hält die Dominanz der Ärzte und des Gesundheitspersonals die soziale

³ King, R. D., Raynes, N. V. und Tizard, J. (1971) *Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children*. London: Routledge und Kegan Paul.

⁴ Goffman, E. (1968) *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Edition Suhrkamp.

Distanz zwischen dem Personal und den Benutzern weiterhin aufrecht. Das medizinische Pflegemodell birgt das Risiko, Personen auf ihre Diagnose zu reduzieren.

Im Sinne dieses Berichts ist unter „Heimpflege“ daher jede Art von Pflege in einer Einrichtung zu verstehen, wo

- die Benutzer vom Rest der Gemeinschaft abgesondert sind und/oder gezwungen sind, zusammen zu leben;
- diese Benutzer ihr Leben nicht ausreichend selbst bestimmen und keine hinreichende Kontrolle über die sie betreffenden Entscheidungen haben;
- die Organisation selbst dahin tendiert, ihre Erfordernisse über die individuellen Bedürfnisse der Benutzer zu stellen⁵.

II. Die derzeitige Situation in der EU

Im jüngsten Gemeinsamen Bericht über Sozialschutz und Soziale Eingliederung⁶, der 2009 vorgelegt wurde, wird betont, dass das Engagement, universellen Zugang zu hochwertiger und erschwinglicher Langzeitpflege zu geben, erneuert werden muss. Obwohl es die meisten Menschen, die Hilfe benötigen, vorziehen, Dienstleistungen zuhause oder in einer gemeindenahen Umgebung zu beziehen als in einem Heim, fließt gleichwohl in vielen Ländern noch immer über die Hälfte der staatlichen Pflegeausgaben in die Heimpflege. Dieses Muster ist besonders ausgeprägt in den mittel- und osteuropäischen Ländern, aber das Problem beschränkt sich keineswegs auf diese Länder. In manchen EU-Mitgliedstaaten wird die Erbringung von Dienstleistungen in einer anderen Umgebung als in großen stationären Pflegeeinrichtungen durch übermäßig starre Rechts- und Verwaltungsvorschriften (z. B. für die Finanzierung, Sicherheit oder Hygiene) erschwert.

In dem Bericht über die Ergebnisse einer Untersuchung, die in den EU-Mitgliedstaaten und der Türkei durchgeführt wurde – *De-institutionalisation and community living: outcomes and costs* (im Folgenden „DECLOC“)⁷ – heißt es, dass beinahe 1,2 Millionen behinderte Kinder und Erwachsene dauerhaft in stationären Einrichtungen untergebracht sind. Mehr als ein Viertel der Heimplätze sind mit Menschen mit geistigen Behinderungen belegt, während Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen die nächst größte Gruppe darstellen. Die Gesamtanzahl von Heimbewohnern ist wahrscheinlich sogar noch höher, da die meisten Mitgliedstaaten nur Teildaten über die Anzahl der Menschen in Heimeinrichtungen erfassen. DECLOC fand heraus, dass in 16 von 25 Ländern, für die Angaben verfügbar waren, öffentliche Gelder (auf lokaler oder regionaler Ebene) zumindest teilweise für die Unterhaltung von Einrichtungen mit mehr als 100 Betten verwendet werden. In 21 Ländern werden mit staatlichen Mitteln Einrichtungen mit mehr als 30 Betten unterhalten.

⁵ Die Autoren bedienen sich zum Teil der Definition, die für eine bestimmte Gruppe von Benutzern – nämlich Menschen mit Lernschwierigkeiten – von der kanadischen Organisation People First angeboten wird: „Ein Heim ist ein Ort, in dem Menschen, die als geistig behindert abgestempelt wurden, isoliert, segregiert und/oder gesammelt untergebracht werden. Ein Heim ist ein Ort, an dem Menschen keine Kontrolle über ihre eigene Lebensführung und ihre täglichen Entscheidungen haben oder haben dürfen. Ein Heim lässt sich nicht einfach durch seine Größe definieren.“

⁶ http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/index_de.htm

⁷ Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., und Beecham J. (2007) *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent

Im Bereich der psychischen Gesundheit hat es in den letzten Jahrzehnten einen deutlichen Rückgang in der stationären Langzeitpflege gegeben. Dieser Trend war Bestandteil einer generellen Reduzierung der Bettenanzahl in psychiatrischen Krankenhäusern, wie im MHEEN II-Bericht aufgezeigt wurde⁸. Das Ausmaß dieser Veränderungen ist jedoch sehr unterschiedlich und weit ausgeprägter in Westeuropa als in Mittel- und Osteuropa.

Was die Kinder betrifft, so leben in der EU Schätzungen⁹ zufolge 150 000 Kinder in Heimeinrichtungen, darunter „Sonderschulen“, Kinderheime, Heime für geistig oder körperlich Behinderte, Heime für Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten, Einrichtungen für jugendliche Straftäter und Nachsorgeeinrichtungen. In den meisten westeuropäischen Ländern werden die meisten Kinder unter öffentlicher Obhut in familiärer Umgebung – bei Verwandten oder in Pflegefamilien – untergebracht. In Mittel- und Osteuropa hingegen überwiegt noch die Unterbringung in Heimeinrichtungen.

Die oben genannten Daten sind indes noch partiell und bruchstückhaft, ein wirklich umfassendes Bild ist daher gegenwärtig noch nicht möglich.

III. Argumente für einen Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege

Materielle und nicht-materielle Aspekte der Heimpflege

Die materiellen Lebensbedingungen in Heimeinrichtungen sind tendenziell schlechter als die der meisten Menschen in der breiteren Gesellschaft. Die vier „klassischen“ Merkmale – Depersonalisierung, rigide Routinen, Blockbehandlung und soziale Distanz – sind häufig dort besonders ausgeprägt, wo die materiellen Bedingungen dürftig sind. Wenn die Heimleitung mit Schwierigkeiten kämpft, um Beköstigung, Heizung oder andere grundlegende Versorgungsleistungen sicherzustellen, bleibt nur wenig Raum für Therapie oder sinnvolle Beschäftigung. Es gab noch vor kurzem Berichte über extreme Fälle materieller Deprivation in Verbindung mit Verwahrlosung und/oder Missbrauch, vor allem in „neuen“ Mitgliedstaaten, aber auch in „alten“.

Die problematischen Merkmale der Heimpflege sind jedoch nicht ausschließlich an mangelhafte materielle Bedingungen geknüpft und sie können kaum durch eine einfache Verbesserung dieser materiellen Bedingungen behoben werden. Es liegt auf der Hand, dass mehr Personal für weniger Benutzer und eine größere Betonung auf sinnvoller Beschäftigung die Qualität der Betreuung verbessern kann. Nichtsdestotrotz bestehen die Probleme im Zusammenhang mit Depersonalisierung, Blockbehandlung, rigiden Routinen und sozialer Distanz auch in den Einrichtungen fort, in denen die materiellen Bedingungen insgesamt einigermaßen gut sind.

Ferner werden einige der Definitionsmerkmale von Heimeinrichtungen zunehmend als stigmatisierende Merkmale identifiziert, indem Benutzer physisch und sozial von der

⁸ Medeiros H., McDaid D., Knapp M. und die MHEEN-Gruppe (2008) *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*.

⁹ Nach einer jüngeren Sammlung nationaler Untersuchungen zur Lage in der EU von EUROCHILD, [http://www.eurochild.org/index.php?id=208&tx_ttnews\[tt_news\]=271&tx_ttnews\[backPid\]=185&cHash=92a7bc14dc](http://www.eurochild.org/index.php?id=208&tx_ttnews[tt_news]=271&tx_ttnews[backPid]=185&cHash=92a7bc14dc)

breiteren Gesellschaft isoliert (segregiert) werden. Sei es aus Prinzip oder mangels alternativer Unterstützung, es ist für die meisten Heimbewohner nicht einfach, die Einrichtungen zu verlassen und woanders zu leben. Dies wiederum scheint ein inhärentes Problem der Heimpflege zu sein, das nicht einfach durch Mehrausgaben für Heimeinrichtungen gelöst werden kann.

Die gegenwärtigen stationären Einrichtungen weisen erhebliche Qualitätsunterschiede hinsichtlich Größe, materieller Bedingungen und Pflegemethoden zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten, aber auch innerhalb eines einzelnen Landes auf. Demzufolge treten die oben genannten Merkmale in diesen Einrichtungen in unterschiedlichen Abstufungen auf. Man kann jedoch sagen, dass manche Probleme des institutionellen Systems per se inhärent bleiben. Die zur Verfügung stehende Forschung konzentriert sich recht stark auf englischsprachige Länder. Eine jüngere Studie¹⁰ über Pflegeeinrichtungen in Frankreich, Ungarn, Polen und Rumänien hat jedoch gezeigt, dass es zwar Unterschiede zwischen den Einrichtungen in diesen jeweiligen Mitgliedstaaten gibt, sie aber ähnlich dürftige Ergebnisse für die Insassen hervorbringen wie Einrichtungen, die im Vereinigten Königreich, in den USA und Schweden in den 1970er Jahren untersucht wurden.

Das Modell der Heimpflege wird daher zunehmend als unangemessen erachtet. Es wird mehr und mehr erkannt – wenn vielleicht auch nicht immer mit einem klaren Konsens –, dass es die Merkmale der institutionellen Pflege, ungeachtet wie viel Geld in die Einrichtungen gesteckt wird, extrem schwierig machen, den Benutzern eine angemessene Lebensqualität zu bieten, ihre Menschenrechte zu gewährleisten und das Ziel der sozialen Eingliederung zu verwirklichen.

Heimpflege versus. Leben in der Gemeinde

Während in manchen Mitgliedstaaten oder ihren Regionen die früheren großen Pflegeeinrichtungen zumeist durch kleinere ersetzt wurden, gab es woanders eine wirkliche Deinstitutionalisierung, wobei die großen Einrichtungen schrittweise durch unterstützende Dienste in der Gemeinde (gemeindenahe Pflege, häusliche Pflege) ersetzt wurden. Zu den Pionieren der Deinstitutionalisierung gehören Schweden und das Vereinigte Königreich, sowie nicht zur EU gehörende Länder wie Norwegen oder die USA.

Forschungsbefunde und die Bewertung von Alternativen zur Heimpflege sprechen für den Übergang zu gemeindenahen Diensten¹¹. Eine große Anzahl von Forschungsarbeiten zeigen erdrückend bessere Ergebnisse bei Menschen, die gemeindenahe Dienstleistungen erhalten und die von ihren Familien und dem Personal unterstützt werden.

Eine Auswertung von 73 Studien über Deinstitutionalisierung und Leben in der Gemeinde, die Mitte der 1990er Jahre durchgeführt wurde, zeigte die Abweichungen zwischen Dienstleistungen bei einer Reihe von verschiedenen Kriterien. Die Daten ergaben, dass sich die Bewertungsbereiche für verschiedene Kriterien zwischen großen Einrichtungen, kleinen

¹⁰ Freyhoff G, Parker C, Coué M, Greig N. (2004) *Included in Society: Results and recommendations of the European research initiative on community-based residential alternatives for disabled people*. Brüssel: Inclusion Europe.

¹¹ DECLOC-Bericht

¹² Emerson, E. und Hatton, C. (1994) *Moving Out: Relocation from Hospital to Community*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Einrichtungen und **gemeindenahe Dienstleistungen erheblich überschritten. Im Durchschnitt erschienen die gemeindenahen Dienste als die beste Alternative.** Auf Basis einer Evaluation der Auswirkungen des Wechsels von der Heimpflege zu gemeindenahen Diensten im Vereinigten Königreich und Irland stellte die Mehrheit der Studien positive Auswirkungen in fünf von sechs Bereichen fest (Kompetenz und persönliche Entwicklung, beobachtete Verhaltensauffälligkeiten, Teilhabe an der Gemeinschaft, Einbindung in eine sinnvolle Tätigkeit und Kontakt mit dem Personal). Nur in einem Bereich (gemeldetes Problemverhalten) stellte die Mehrheit der Studien keine Änderung fest. Ähnliche (wenn auch etwas weniger eindeutige) Ergebnisse ergaben Studien aus den USA und Australien.

Wenn hochwertige gemeindenahe Dienste angeboten werden, bestätigen die zur Verfügung stehenden Studien im Allgemeinen, dass **die meisten Benutzer, die vorher in Heimeinrichtungen untergebracht waren, das gemeindenahe Leben klar bevorzugen und eine größere persönliche Zufriedenheit und stärkere soziale Eingliederung zeigen,** wobei Unsicherheit oder Einsamkeit weniger Probleme darstellen als befürchtet. *Included in Society*, eine von der Europäischen Kommission finanzierte Studie mit Empfehlungen, die allgemeine Probleme der Heimpflege sowie Erfolgsgeschichten bei der Deinstitutionalisierung beschrieb, zog die Schlussfolgerung, dass „gemeindenahe Dienste im Durchschnitt bessere Ergebnisse in Bezug auf die Lebensqualität behinderter Menschen erzielen als Heimeinrichtungen“. Dabei räumten die Autoren jedoch ein, dass ein Ersetzen der Heime durch gemeindenahe Alternativen an sich noch keine besseren Ergebnisse garantiert („es handelt sich um eine notwendige aber nicht ausreichende Bedingung“).

Die deutlichsten Unterschiede bei den Ergebnissen können im Bereich der Kinderbetreuung (behinderte und nicht behinderte Kinder) aufgezeigt werden. Es ist gut dokumentiert, dass Kinder, die in Heimen aufwachsen, erschreckend hohe Versagensquoten in ihrem späteren Erwachsenenleben aufweisen (Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, kriminelles Verhalten, Selbstmord). Im Gegensatz dazu gliedern sich junge Erwachsene, die bei Pflegeeltern aufwuchsen, meistens ohne nennenswerte Schwierigkeiten in die Gesellschaft ein. Es gibt heute zunehmend Belege¹³ dafür, dass die Folgen der Heimunterbringung für Kinder – auch wenn die betreffenden Einrichtungen über gute materielle Bedingungen und über qualifiziertes Personal verfügen¹⁴ – eine schlechte körperliche Gesundheit, schwerwiegende Entwicklungsverzögerungen, (zusätzliche) Behinderungen und potenziell unumkehrbare psychologische Schäden sein können.

¹³ Studie des Generalsekretärs der Vereinten Nationen über Gewalt gegen Kinder (2006) *The World Report on Violence against Children*, S. 189.

¹⁴ Ein typisches Beispiel sind die Kinderheime in einigen „neuen“ Mitgliedstaaten, die meistens den jeweiligen Gesundheitsministerien unterstellt sind. Ihr Problem ist weder in materiellen Unzulänglichkeiten noch bei fehlendem medizinischen Personal zu suchen, sondern in dem streng medizinischen Modell der Pflege, das den Kindern nicht die sensorische und emotionale Stimulation bietet, die sie für eine gesunde Entwicklung benötigen.

Wohnanlagen versus Einzelwohnen

Dorfähnliche Einrichtungen (Wohnanlagen oder Wohngemeinschaften) können als eine Zwischenform zwischen der Heimpflege und der gemeindenahen Pflege angesehen werden. Sie können weniger hilfsbedürftigen Gruppen einige Vorteile bieten und können, dort wo es sie gibt, ein wichtiger Bestandteil des Dienstleistungsangebots werden, aber sie werden, wenn überhaupt, nur eine Nischenposition auf dem Pflegemarkt einnehmen.

Eine jüngere Untersuchung von Wohnanlagen im Vergleich zum Einzelwohnen in der Gemeinde hat gezeigt, dass das Einzelwohnen gegenüber Anlagen für gemeinschaftliches Wohnen bei den meisten untersuchten Qualitätsindikatoren besser abschneidet.

Kosten-Ergebnis-Verhältnis

Politische Entscheidungsträger bringen die Ergebnisse von Heimpflege und gemeindenaher Pflege unvermeidlich in den Kostenzusammenhang. Mit den komplexen Beziehungen zwischen Bedarf, Kosten und Ergebnissen hat sich der DECLOC-Bericht äußerst umfassend beschäftigt. Die wichtigste Feststellung war, dass es keinen Beleg dafür gibt, dass gemeindenaher Pflegemodelle grundsätzlich kostspieliger sind als Heimeinrichtungen, sofern der Vergleich auf Grundlage vergleichbarer Bedürfnisse der Bewohner und einer vergleichbaren Pflegequalität erfolgt. Andere Studien machen geltend, dass stationäre Pflege tatsächlich teurer sein kann als gemeindenaher Pflege¹⁵, aber die Einschätzung aller direkten und indirekten Kosten – und der langfristige Nutzen durch eine stärkere soziale Teilhabe – lässt noch verschiedene Interpretationen zu.

Manche Politiker, deren Bedenken rein wirtschaftlicher Natur sind (insbesondere im Kontext der derzeitigen Wirtschaftskrise, *siehe nächster Abschnitt*), könnten sich jedoch bei dem Befund bestätigt finden, dass Heimpflege mit niedriger Qualität billiger sein kann als gute gemeindenaher Pflege, die bessere Ergebnisse liefert. Die Autoren dieses Berichts halten eine solche Argumentation jedoch für ausgesprochen fehlerhaft. Billige Heimpflege von geringer Qualität aufrechtzuerhalten ist keine ethisch annehmbare Option und auch vom pragmatischen Standpunkt aus nicht haltbar. Früher oder später wird der Druck der Öffentlichkeit zu einer Verbesserung der Pflegequalität in Heimeinrichtungen von ursprünglich geringer Qualität führen und dann wird die gemeindenaher Pflege wahrscheinlich eine Alternative sein, die nicht nur an sich besser für den Nutzer ist, sondern auch kostengünstiger aus der Perspektive des Anbieters ist.

Der Kontext der derzeitigen Wirtschaftskrise

Die oben genannten Probleme von Kosten und Ergebnissen werden von den jüngsten Entwicklungen in ein neues Licht gestellt. Die Wirtschaftskrise birgt ein sehr reales Risiko, dass Regierungen (die öffentliche Hand) versucht sein werden, ihre öffentlichen Haushalte im Gleichgewicht zu halten, indem sie die Ausgaben für soziale Dienstleistungen, deren größter Bestandteil Personalkosten sind, kürzen. Infolgedessen könnte das Personal in Pflegeeinrichtungen jedweder Art (Heimpflege und gemeindenaher Pflege) einem erhöhten

¹⁵ Ward, H., Holmes, L. und Soper, J. (2008) *Costs and Consequences of Placing Children in Care*. London: Jessica Kingsley Publishers. In der Studie wurde angegeben, dass die durchschnittlichen Unterbringungskosten eines Kindes für eine Woche in einem Heim 4,5-mal höher sind als die entsprechenden Kosten in einer unabhängigen Wohneinrichtung, 8-mal höher als in einer Pflegefamilie, 9,5-mal höher als bei Verwandten oder Freunden und 12,5-mal höher als bei den eigenen Eltern.

Entlassungsrisiko ausgesetzt sein, während die Qualität der Pflege für die Benutzer durch allgemeine Kostenkürzungen und ein zahlenmäßig schlechteres Betreuungsverhältnis von Personal zu Benutzern bedroht werden könnte.

Im Hinblick auf die zu erwartende Entwicklung des Pflegesektors erscheinen solche Entscheidungen der Behörden kurzsichtig. Es ist nicht nur ethisch unannehmbar, die bereits erreichten Pflegestandards (die oft noch weit davon entfernt sind, als ideal bezeichnet zu werden) zu untergraben, sondern es steht auch in scharfem Gegensatz zu den erwarteten demographischen Trends und deren Auswirkungen. Der Pflegesektor ist einer der wenigen Sektoren, der in der Zukunft keine sinkende Nachfrage zu erwarten hat - ganz im Gegenteil. Denn aufgrund der alternden Bevölkerung wird die Anzahl der Personen, die irgendeine Art von Langzeitpflege benötigen, in den nächsten Jahrzehnten stetig ansteigen. Pauschale Kostensenkungen im Pflegesektor und die Entlassung von qualifiziertem Personal sind daher auf lange Sicht als zutiefst kontraproduktiv anzusehen, da die Gefahr besteht, dass qualifiziertes Personal in andere Sektoren überwechselt und damit der zukünftige Bedarf noch schwieriger zu decken sein wird.

Natürlich lässt sich die Wirtschaftskrise nicht ignorieren. Aber um den Reformprozess richtig in den Kontext der Wirtschaftskrise zu stellen, muss die Krise als eine Chance angesehen und nicht als Vorwand benutzt werden, um bestehende oder geplante Übergangsprozesse von der Heimpflege auf die gemeindenahere Pflege aufzuschieben.

IV. Die wichtigsten Herausforderungen beim Übergang von Heimpflege auf gemeindenahe Pflege und Lösungsvorschläge

Die bedeutenden Veränderungen, die nötig sind, um von einem System, das auf stationären Einrichtungen beruht, auf ein System überzuwechseln, das diversifizierte gemeindenahe Dienstleistungen anbietet, hat Folgen für sehr viele verschiedene Menschen. Ohne richtige Planung und Vorbereitung könnten die Rechte und Interessen der betroffenen Benutzer angesichts anderer Belange der Gemeinden, des Heimpersonals und der lokalen Politiker untergehen.

1. Überinvestitionen in das bestehende Heimwesen

Überinvestitionen sind eine verbreitete Reaktion auf Notfälle – meistens Situationen, in denen extrem schlechte Pflegequalität und/oder Missbrauch „aufgedeckt“ werden (oder besser gesagt, von Menschenrechtlern oder Enthüllungsjournalisten gemeldet werden). Solche untragbaren Situationen verlangen zwar sofortige Beachtung, aber das Risiko besteht, dass die isolierte Beschäftigung mit diesen Extremfällen die Aufmerksamkeit von den notwendigen Systemveränderungen ablenkt:

Überinvestitionen in Gebäude. Eine verbreitete Reaktion auf schlechte Qualität in Heimeinrichtungen besteht darin, die materiellen Bedingungen zu verbessern. Das macht es aber oft schwierig, die Heime mittelfristig zu schließen, da die Behörden davor zurückschrecken, eine Pflegeeinrichtung zu schließen, in die viel Geld investiert wurde. Geld von externen Geldgebern wird häufig so eingesetzt.

Dieses Problem geht über die Behebung von offensichtlichen Extremfällen hinaus. Auch für Pflege von durchschnittlicher Qualität können Initiativen ergriffen werden, die darauf abzielen den materiellen Standard (durch Investitionen in das materielle Umfeld), das zahlenmäßige Verhältnis von Betreuer zu Benutzer oder andere Parameter zu verbessern. Zwar können solche Änderungen in manchen Fällen die Lebensqualität der Benutzer erhöhen, aber solche Investitionen stellen auch oftmals eine verpasste Chance für Systemänderungen dar, da es dann schwieriger wird, eine Schließung und eine Reform des Systems gleichzeitig zu befürworten.

Ausschließliche Konzentration auf das Versagen von Einzelpersonen. Natürlich muss die persönliche Verantwortung der einzelnen Mitarbeiter (und insbesondere des leitenden Personals) gefördert werden. In Fällen besonders untragbarer Bedingungen und Menschenrechtsverletzungen sollten die Verantwortlichen eindeutig festgestellt und wo möglich strafrechtlich verfolgt werden. Es wäre aber falsch, nur auf das persönliche Versagen zu blicken und die systemeigenen Probleme, um die es eigentlich geht, zu übersehen. In der Tat können viele Mitarbeiter, die an eindeutig unzulänglichen Praktiken beteiligt waren, umgeschult werden, um unter anderen Umständen eine viel bessere Dienstleistungsqualität zu erbringen.

2. Das Risiko der Aufrechterhaltung von parallelen Dienstleistungen

Wenn der Aufbau von Alternativen nicht mit einer schrittweisen Schließung der bestehenden Pflegeeinrichtungen einhergeht, kann das zu einer Situation führen, in der die neuen gemeindenahen Dienste parallel zu dem(n) bereits existierenden Heim(en) arbeiten. Ein Teil der Benutzer bleibt dann in der Heimpflege ohne spürbare Verbesserung ihrer Bedingungen, was an sich schon unbefriedigend ist. Darüber hinaus können daraus jedoch die folgenden Risiken entstehen:

Zurücklassen von Menschen mit schweren Behinderungen und/oder komplexen Bedürfnissen. Bei Deinstitutionalisierungsprojekten gibt es eine Tendenz, „die einfachen Dinge zuerst zu machen“. Menschen mit leichten oder mittelschweren Behinderungen werden nach und nach in gemeindenahen Dienstleistungen überführt, um große Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu schließen. Oft haben gerade diese Menschen das Heimpersonal bei der Pflege von Personen mit schwereren Behinderungen unterstützt. Weniger hilfsbedürftige Menschen zuerst aus der Heimeinrichtung zu holen, führt somit zu einer Situation, wo die verbleibenden Mitarbeiter mit einer Reihe von sehr schwer behinderten Menschen zurückbleiben. Für diese Betroffenen wird es sehr schwierig sein, Plätze in dem neuen gemeindenahen System zu finden, das nur auf die Bedürfnisse von Menschen mit geringeren Behinderungen ausgerichtet ist. Diese Risiken müssen vermieden werden, indem Menschen mit schweren Behinderungen und komplexen Bedürfnissen von Anfang an bei jedem Arbeitsschritt zur Deinstitutionalisierung voll miteinbezogen werden.

Erzeugung („over-meeting“) von zusätzlichem Bedarf. Bei einer unzureichenden Überführung von Benutzern der Heimpflege in die neuen Dienstleistungen ist es (wie Beispiele aus den USA gezeigt haben) sehr wahrscheinlich, dass diese neuen Dienstleistungen versuchen werden, andere potenzielle Benutzer aufzunehmen, die ursprünglich nur einen geringen Bedarf hatten, und sei es, um die eigene Existenz der neuen Dienste zu rechtfertigen. Umgekehrt gibt es, wenn die Benutzer zwar in die neuen Dienstleistungen überführt wurden, die Plätze in den alten Einrichtungen jedoch bestehen bleiben, eine natürliche Tendenz in diesen Einrichtungen, andere potenzielle Benutzer anzuziehen, sogar aus anderen Benutzergruppen als den ursprünglich beabsichtigten.

Erzeugung von langfristigen Doppelausgaben. Darüber hinaus besteht ein Risiko von „Doppelausgaben“ für die beiden parallel arbeitenden Systeme. Man muss zugeben, dass es zunächst einen „Kostenbuckel“ geben wird – sowohl für Erstinvestitionen in die neuen gemeindenahen Einrichtungen für ihren Anlauf als auch für doppelte Betriebskosten für die parallele Finanzierung der alten und neuen Dienstleistungen **über einige Jahre hinweg, bis die Heimeinrichtung vollständig geschlossen ist.** Diese Kosten müssen in den Haushaltslinien für die Strategien der Deinstitutionalisierung berücksichtigt werden. Das sollte jedoch **langfristig nicht zu einer Situation führen, in der beide Dienstleistungen auf unbestimmte Zeit nebeneinander her laufen.** Ein solches zweistufiges System wäre langfristig kaum haltbar und insbesondere in Krisenzeiten und Zeiten knapper Haushalte könnten es die Behörden vorziehen, eher die neuen Dienstleistungen zu streichen als die alten, fest etablierten. Der weitere Betrieb der bereits bestehenden Heimeinrichtungen könnte sogar als Argument angeführt werden, um nachzuweisen, dass die Deinstitutionalisierung als solche versagt habe, weil damit die Bettenanzahl in den Heimeinrichtungen nicht automatisch verringert wurde.

3. Allzu „institutionelle“ Alternativen

Auch dort, wo Alternativen eingerichtet werden und das bereits bestehende Heim verkleinert und/oder geschlossen wird, kann der Charakter dieser alternativen Pflegeeinrichtungen problematisch sein, weil sie selbst zu „institutionell“ sind und nicht auf den Bedürfnissen und Vorlieben jeder einzelnen Person aufbauen, was wiederum oft auf die unzureichende Einbindung der Benutzer (und gegebenenfalls ihrer Familien) in die Planung, Leitung und Bewertung der gemeindenahen Dienstleistungen zurückzuführen ist.

Alternativen von unangemessener Größe. Aufgrund des mangelnden Verständnisses, was gemeindenaher Dienstleistungen eigentlich sind, gibt es Fälle so genannter Deinstitutionalisierungspolitiken, in denen die „Alternativen“ dem institutionellen Modell zu ähnlich sind. Das kann an ihrer Größe liegen – in der Tat können in manchen Ländern sogar recht große stationäre Einrichtungen (mit bis zu 80 Betten) das Endergebnis eines Abbaus größerer Pflegeeinrichtungen sein.

Alternativen, die die „Anstaltskultur“ aufrechterhalten. Auch wenn die alternativen Einrichtungen klein sind oder zumindest klein aussehen, könnten sie sich möglicherweise nur unzureichend von der alten Einrichtung unterscheiden. Manchmal werden die neuen Dienstleistungen in der Nähe der ursprünglichen Institution eingerichtet, einfach um die weitere Nutzung der Mitarbeiter und Gebäude sicherzustellen. Manchmal wird sogar dasselbe Gebäude, nach einem Innenumbau in so genannte „Wohnungen mit familiärer Atmosphäre“ als Alternative angeboten. Das Ergebnis davon ist, dass sich die materiellen Bedingungen zwar ein wenig verbessern, dass die Benutzer jedoch weiterhin abgesondert leben und nur wenig getan wird, um sie in die Gemeinschaft einzugliedern oder um weitere Einweisungen in diese dann baulich veränderte Einrichtung zu verhindern.

Alternativen, in denen die „Anstaltskultur“ überwiegt. Dieses Risiko besteht in den beiden oben genannten Beispielen, insbesondere wenn sich die Reform auf eine Änderung der Unterbringung als solche beschränkt, ohne dass bewusst darauf geachtet wird, die Mitarbeiter in der Absicht umzuschulen, die „Anstaltskultur“ zu ändern.

4. Schließung ohne angemessene Alternativen

In manchen Ländern legen die Regierungen in ihren Politiken für die Deinstitutionalisierung willkürliche Zielvorgaben fest, wie z. B. „eine Reduzierung der in Pflegeeinrichtungen untergebrachten Benutzer um 50 % in den nächsten fünf Jahren“. Solche Zielvorgaben werden selten auf Grundlage der Kapazitäten der Regierung und der Gebietskörperschaften berechnet, in dieser Frist geeignete alternative Dienstleistungen zu entwickeln. Oft werden sie eher als Kosteneinsparung angesehen. Erst wenn die öffentliche Hand begreift, dass die nicht institutionelle Unterbringung billiger ist, werden Heime geschlossen, um Geld zu sparen.

Unrealistische Fristen können auch von externen Geldgebern festgesetzt werden, wodurch eine zu schnelle Deinstitutionalisierung oder ein lückenhafter Ablauf erzwungen werden. Das kann den Benutzern Schaden zufügen, wenn sie nicht auf den Umzug vorbereitet werden oder wenn ihre neue Unterbringung unzureichend vorbereitet wurde.

Die Ursachen für eine schlecht umgesetzte Deinstitutionalisierungspolitik können ein bürokratischer Ansatz, erforderliche Kosteneinsparungen oder der Druck externer Geldgeber

sein. In jedem Fall kann eine solche Politik aber dazu führen, dass ungeeignete Maßnahmen getroffen werden, um die Zielvorgabe zu erfüllen. Folgende Risiken gehen damit einher:

Mangel an verfügbaren und erschwinglichen Alternativen von angemessener Qualität. Wo es willkürliche Zielvorgaben und unrealistische Fristen gibt (und wo die Motivation in der Kosteneinsparung liegt), stehen oft keine ausreichenden Finanzen bereit, um den Prozess so durchzuführen, dass gewährleistet ist, dass jeder einzelne Benutzer angemessene Dienstleistungen erhält. Es muss wiederholt werden, dass gemeindenaher Pflege für die meisten Benutzer zwar wahrscheinlich billiger ist als die Pflege in einer stationären Einrichtung, dass es aber Benutzerkategorien gibt, die umfassende Unterstützung benötigen, für die Mehrkosten entstehen (z. B. persönliche Betreuung rund um die Uhr). Wenn solche Dienstleistungen nicht entwickelt werden, weil der Schwerpunkt auf Kosteneinsparungen liegt, kann der institutionelle Reformprozess für solche Benutzer in der Tat Einbußen bedeuten. Die Einrichtung von Systemen, die familiäre Pflegepersonen unterstützen, ist ebenfalls unverzichtbar, um solche Einbußen zu verhindern.

Den Weg des geringsten Widerstands wählen. Eine Folge von willkürlich gesetzten Zielen ist, dass der Schwerpunkt auf den Umzug derjenigen Benutzer gelegt wird, die am „einfachsten“ in der Gemeinde unterzubringen sind, und auf die Senkung der Gesamtzahlen der Unterbringung in stationären Einrichtungen (siehe oben). Bei dieser Strategie werden oft die hilfsbedürftigsten Personen zurückgelassen, z. B. solche mit schweren Behinderungen (obwohl diese Benutzer mit den komplexesten Bedürfnissen im Deinstitutionalisierungsprozess vorrangig sein sollten).

Rein administrative „Lösungen“. Um willkürliche Zielvorgaben zu erfüllen und/oder um Kosten zu sparen, entscheiden sich lokale Behörden oft dafür, Heime mit reduzierten Bewohnerzahlen zusammenzuschließen. Das kann dazu führen, dass Benutzer von einer ungeeigneten stationären Unterbringung in eine andere, ebenso ungeeignete Einrichtung überführt werden, eine Vorgehensweise, die für sie traumatisierend sein kann. Z. B. können schwer behinderte Kinder infolge eines solchen abrupten Umzugs sogar sterben. Zusammenschlüsse oder die Zusammenlegung von Einrichtungen kann auch zu ungeeigneten Gruppenbildungen von Benutzern führen (z. B. Säuglinge und ältere Kinder mit Problemverhalten), wodurch sich das Verletzungs- und Missbrauchsrisiko erhöht.

Die Risiken dieses vierten Typs haben sich insbesondere in den hastigen und unvorbereiteten Vorgehensweisen der Deinstitutionalisierung im Bereich der Gesundheitsversorgung für psychisch Kranke ab den 1970er Jahren gezeigt¹⁶. Obwohl diese Prozesse letzten Endes zu einer Reihe positiver Entwicklungen geführt haben und vielen früheren Insassen von stationären Einrichtungen ein besseres Leben geboten haben, litten sie (zumindest anfänglich) an der unzureichenden parallelen Entwicklung von Alternativen, was für die Nutzer einen echten Mangel an Zugang zu Dienstleistungen zur Folge hatte.

¹⁶ Derart zwiespältige Ergebnisse wurden im Deinstitutionalisierungsprozess aus Ländern wie Italien, dem Vereinigten Königreich und den USA (New York State) berichtet.

V. Gemeinsame Grundprinzipien für den Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege

Aus bewährten Verfahren im Übergang von Heimpflege zur gemeindenahen Pflege¹⁷ und auf Basis der Evaluation der oben genannten zentralen Herausforderungen wurde eine Reihe gemeinsamer Grundprinzipien abgeleitet:

1. Achtung der Rechte der Benutzer und ihre Einbindung in die Entscheidungsprozesse: Die Benutzer (und ihre Familien) sollten in dem Übergang vollwertige Partner sein. Sie sollten aktiv an der Planung, Umsetzung und Bewertung der von ihnen bezogenen Dienstleistungen beteiligt und zu Rate gezogen werden. Die Benutzer müssen angemessen und in einer Weise informiert werden, die für sie verständlich ist. Wenn nötig, sollten sie für die Entscheidungen Unterstützung durch eine Person ihrer Wahl erhalten. Die speziellen Bedürfnisse und Anforderungen des Einzelnen sollten respektiert werden. Was Kinder betrifft, sollten alle Unterbringungen im besten Interesse des Kindes erfolgen.
2. Vermeidung von Heimunterbringung: Es sollten die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um die Unterbringung von Menschen in Heimen zu vermeiden¹⁸. Es muss ganzheitliche Strategien für die Unterstützung der Familien und andere nichtprofessionelle Betreuer sowie für eine Verstärkung der Inklusionsfähigkeit der Gemeinden geben.
3. Schaffung gemeindenahe Dienstleistungen: Es muss eine Reihe verfügbarer und erschwinglicher Dienstleistungen von hoher Qualität in der Gemeinde eingerichtet werden, um die Heimpflege zu ersetzen. Ausgangspunkt dieser Dienstleistungen sollten die Bedürfnisse und persönlichen Vorlieben der einzelnen Benutzer sein. Die Dienste sollten Unterstützung für die Familie und für nichtprofessionelle Betreuer anbieten. Ihr Zweck besteht darin, weitere Unterbringungen in der Heimpflege zu verhindern, Wohnplätze für derzeit in Heimen befindlichen Personen bereitzustellen und auch den Menschen zur Verfügung stehen, die in der Gemeinde (mit ihrer Familie oder in anderer Weise) leben, aber bisher keine geeignete Unterstützung erhalten.
4. Die Schließung von Heimen: Dieser Vorgang sollte, wenn möglich mit Pilotprojekten beginnen. Die Planung sollte die Vorbereitung eines individuellen Plans für jeden Benutzer beinhalten, sowie die Bestimmung von Schulungsbedarf der Mitarbeiter, die in der Gemeinde arbeiten möchten. Die Benutzer sollten angemessen vorbereitet werden, um das Risiko eines Traumas in Verbindung mit Veränderungen in ihren Lebensumständen so gering wie möglich zu halten. Die Heime sollten in einer Art und Weise geschlossen werden, dass gewährleistet ist, dass keine Benutzer in unzureichenden Verhältnissen zurückgelassen werden. Diejenigen, die den größten Bedarf an Unterstützung haben,

¹⁷ Siehe DECLOC-Bericht und Second Disability High Level Group Report on Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2009), <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2790&langId=en>

¹⁸ Manchmal ist dies aufgrund des Risikos, dass die Person Schaden erleidet – z. B. Kinder oder ältere Personen, die missbraucht wurden oder in ihrer häuslichen Umgebung stark missbrauchsgefährdet sind – nicht wünschenswert. Für Kinder ist die zweitbeste Alternative die Betreuung in einer Ersatzfamilie (gegebenenfalls Pflege- oder Adoptiveltern) und nur wenn diese Alternativen nicht möglich sind, sollte eine Heimunterbringung ins Auge gefasst werden.

sollten den Vorrang erhalten (z. B. Säuglinge, Kinder und Erwachsene mit schweren Behinderungen sowie Bewohner in Heimen, in denen die materiellen Bedingungen sehr dürftig sind und/oder in denen Missbrauch herrscht).

5. Einschränkung der Investitionen in bestehende Heime: Übergangsprozesse von der Heimpflege auf gemeindenaher Pflegedienstleistungen dauern im Normalfall mehrere Jahre. Inzwischen leben viele Heimbewohner aber unter ungeeigneten und ungesunden Bedingungen. Daher kann es erforderlich sein, die bestehenden Heime ein wenig zu renovieren. Das sollte sich jedoch auf Investitionen beschränken, die unbedingt notwendig sind, um angemessene sanitäre Einrichtungen, Wasserversorgung und Heizung zu gewährleisten. Zu große Investitionen in ein Gebäude können dazu führen, dass eine spätere Schließung der Einrichtung schwierig wird.
6. Entwicklung von Humanressourcen: Die Verfügbarkeit von gut geschultem Personal in ausreichender Anzahl sicherzustellen ist unverzichtbar. Es muss über angemessene Fähigkeiten für die gemeindenaher Pflege verfügen, die auf Partnerschaft, einer inklusiven Haltung und einem fachübergreifenden Ansatz beruht. Dafür können Umschulungen und Neuqualifizierungen für Mitarbeiter, die bisher in einer „Anstaltskultur“ gearbeitet haben, erforderlich sein. Durch die Umsetzung von schulungsfähigen Mitarbeitern für die Arbeit in der Gemeinde kann der Widerstand gegen den Reformprozess verringert werden. Es ist wünschenswert, dass Vertreter der Benutzergruppen als Ausbilder in die Grundausbildung und die Umschulung des Personals auf allen Ebenen einbezogen werden. Auch familiäre Pflegepersonen sollten Zugang zu Ausbildungsprogrammen haben, die darauf abzielen, die Qualität der von ihnen geleisteten Pflege zu verbessern.
7. Effiziente Ressourcennutzung: Das derzeitige Heimsystem erfordert einen gewaltigen Mitteleinsatz – für Budgets, Gebäude und Ausstattung. So weit wie möglich und im besten Interesse der Benutzer sollten diese Mittel von der bestehenden Heimeinrichtung auf neue Dienstleistungen übertragen werden. Die Weiterverwendung von vorhandenen Mitteln gewährleistet, dass der Reformprozess weniger kostenaufwändig und zugleich nachhaltiger wird. Die Budgets für die Betriebskosten können übertragen werden, um die Betriebskosten von Diensten in der Gemeinde abzudecken, z. B. bei Wohnungen für kleine Wohngemeinschaften und Familienhilfezentren. Zuweilen können die Gebäude für andere Zwecke wieder verwendet werden (wenn sie sich an einem geeigneten Standort befinden und in ausreichend gutem Zustand sind).
8. Qualitätskontrolle: Sowohl der Übergangsprozess als auch die damit entstehenden gemeindenahen Dienstleistungen sollten einer Qualitätskontrolle unterstellt werden, wobei die Benutzerzufriedenheit im Mittelpunkt stehen sollte. Die Einbindung der Benutzer, ihrer Familien und ihrer Interessenverbände in die Qualitätsüberwachung ist von entscheidender Bedeutung.
9. Ganzheitlicher Ansatz: Alle Fragen hinsichtlich des Übergangs von der Heimpflege zur gemeindenahen Pflege müssen übergreifend von allen einschlägigen Politikbereichen angegangen werden, also Beschäftigung, Bildungswesen, Gesundheit, Soziales u. a. Ein solcher ganzheitlicher Ansatz sollte die Koordination und die Kohärenz der Politiken der verschiedenen staatlichen Organe sowie die Kontinuität der Pflege, z. B. von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter, sicherstellen¹⁹.

¹⁹ Das gilt besonders für Personen mit komplexen Bedürfnissen.

10. Kontinuierliche Bewusstseinsbildung: Der Änderungsprozess muss von Anstrengungen begleitet werden, die sicherstellen, dass die wichtigsten Berufsverbände diesen Prozess im Hinblick auf die genannten Wertvorstellungen unterstützen, indem sie ihren derzeitigen und potenziellen Mitgliedern dieses Konzept übermitteln und auch an die breite Öffentlichkeit bringen. Gleichzeitig sollten nichtprofessionelle Entscheidungsträger und Meinungsmacher sowie die breite Öffentlichkeit sensibilisiert werden, um ihre Einstellungen mit den gewünschten Werten in Einklang zu bringen. Besondere Beachtung muss der Entwicklung einer inklusiven Haltung in den Gemeinden an den Orten zukommen, wo die Dienste arbeiten sollen.

VI. Empfehlungen

Bei ihren Bemühungen um eine Reform der Heimpflege sollten sowohl die Mitgliedstaaten als auch die EU-Institutionen die in der **Charta der Grundrechte der Europäischen Union** festgelegten Rechte und Grundsätze beachten und durchsetzen. Darüber hinaus sind die **Verpflichtungen gemäß der einschlägigen internationalen Menschenrechtsverträge** zu beachten: die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), das Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT), der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR), die Konvention über die Rechte des Kindes (CRC) und das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (ICERD)²⁰ sowie die neue Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, deren Ratifizierung durch die Mitgliedstaaten und die Europäische Gemeinschaft kurz bevorsteht.

1. Empfehlungen an die Mitgliedstaaten

- Überprüfung und Änderung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften, um die **aktive Mitwirkung der Benutzer von Dienstleistungen**, einschließlich der Kinder, an den sie betreffenden Entscheidungen und an der Planung der Dienstleistungen zu **gewährleisten**.
- **Feststellung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften, die das Heimwesen direkt oder indirekt unterstützen oder den Übergang zur gemeindenahen Pflege blockieren. Änderung der Vorschriften**, um die Versorgung mit hochwertigen Dienstleistungen in der Gemeinde zu fördern.
- **Annahme von Strategien und Aktionsplänen** auf Grundlage der gemeinsamen Grundprinzipien, begleitet von einem klaren Zeitrahmen und einem Budget für die Entwicklung von Dienstleistungen in der Gemeinde und für die Schließung von stationären Einrichtungen der Langzeitpflege. Erstellung eines geeigneten **Indikatorenansatzes** zur Messung der Umsetzung dieser Aktionspläne.
- **Nutzung der Mittel aus dem Strukturfonds für den Übergang von der Heimpflege zur gemeindenahen Pflege.** Der Europäische Sozialfonds kann finanzielle Mittel für die Ausbildung (und Umschulung) von Personal bereitstellen, während zugleich der Europäische Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) für die Entwicklung der sozialen Infrastruktur in Anspruch genommen werden kann, die die neuen gemeindenahen Dienstleistungen unterstützen werden²¹. Die Mitgliedstaaten sollten sicherstellen, dass Mittel aus dem EFRE nicht dafür verwendet werden, neue segregierende Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu bauen, und dass die Mittelverwendung für die Verbesserung der Infrastruktur der bereits bestehenden Einrichtungen an Investitionen

²⁰ Dies ist insbesondere im Zusammenhang mit der klaren Überrepräsentation von Roma in Kinderheimen, die in mehreren Mitgliedstaaten festzustellen ist, von Bedeutung.

²¹ Anfang 2009 startete die Europäische Kommission eine Kooperation mit Bulgarien für die Verwendung von Mitteln aus den Strukturfonds (EFRE und ESF) für den Aufbau von gemeindenahen Pflegezentren zur Erleichterung des Deinstitutionalisierungsprozesses. Dieses Beispiel könnte potenziell auch in anderen Mitgliedstaaten Anwendung finden.

innerhalb der Reform des Pflegesystems als solches gekoppelt wird, wobei 10 % der Gesamtausgaben nicht überschritten werden dürfen, wenn die Ausgaben überhaupt genehmigt werden.

- **Einrichtung freiwilliger Qualitätsüberwachungssysteme, die auf die Lebensqualität der Benutzer anstelle von Inputindikatoren ausgerichtet sind.** Diese Systeme sollten auf der Mitwirkung der Benutzer, ihrer Familien und ihrer Interessenverbände am Überwachungsverfahren beruhen.
- **Förderung von besseren Arbeitsbedingungen für Pflegefachkräfte,** um die Arbeitsplätze in dem Sektor attraktiv zu machen. **Anforderung an die Körperschaften, die die Pflegekräfte,** die mit älteren Menschen, Kindern, Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen und behinderten Menschen arbeiten, **vertreten, ausbilden oder zum Beruf zulassen, sich zu verpflichten, die Werte der menschlichen Würde, der Eingliederung und Selbstbestimmung der Benutzer von Dienstleistungen in der Arbeit der Pflegekräfte zu unterstützen.** Gewährleistung, dass Benutzer von Dienstleistungen in die Ausbildung und bei der Zulassung des Personals einbezogen werden und dass Ausbildung und Zulassung auf dem Eingliederungsgrundsatz beruhen.
- **Bereitstellung einer systematischen Unterstützung für nichtprofessionelle Betreuer** (vor allem familiäre Pflegepersonen), um die Qualität der von ihnen gegebenen Pflege sicherzustellen und um ihre eigene Lebensqualität zu erhalten.
- **Sicherstellung der Koordinierung zwischen den verschiedenen Ministerien und Behörden, die an dem Übergangsprozess beteiligt sind.** Eine erfolgreiche Umsetzung von Reformplänen erfordert eine starke Koordination zwischen allen beteiligten Akteuren, sowohl horizontal (zwischen den verschiedenen Ministerien, z. B. zwischen Gesundheit und Soziales) als auch vertikal (zwischen landesweiten und lokalen Behörden).

2. Empfehlungen an die Europäische Kommission

- **Präsentation einer Mitteilung über den Übergang von der Heimpflege zur gemeindenahen Pflege,** die die gemeinsamen Grundprinzipien enthält, die im Übergangsprozess umgesetzt werden sollen.
- **Berücksichtigung der gemeinsamen Grundprinzipien in allen relevanten EU-Politikbereichen** (Menschen mit Behinderung, Sozialschutz und soziale Eingliederung, Beschäftigung, Chancengleichheit, regionale Entwicklung, Gesundheit, Bildungswesen, Forschung, Kinderrechte, Außenbeziehungen usw.). Insbesondere die Berücksichtigung der gemeinsamen Grundprinzipien bei

a) der nächsten **EU-Strategie für Menschen mit Behinderungen** (ab 2010), die einen Koordinierungsrahmen bieten wird, der zur **Umsetzung der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen** auf EU-Ebene und einzelstaatlicher Ebene beitragen wird. Dazu gehört das Recht aller Menschen mit Behinderungen auf eine unabhängige Lebensführung und ihre Einbeziehung in die Gemeinschaft, sowie die Unterstützung der freiwilligen Verpflichtungen der Mitgliedstaaten und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und der Kommission;

b) der **Offenen Koordinierungsmethode für Sozialschutz und soziale Eingliederung**, die das gegenseitige Lernen unterstützt und die Bemühungen der Mitgliedstaaten für den Übergang von stationärer Pflege zu gemeindenahen Dienstleistungen betont²². Aufforderung an die Mitgliedstaaten, genauere Daten zu liefern, einschließlich der Zahl der in Heimen untergebrachten Personen und derjenigen, die gemeindenaher oder häusliche Pflege erhalten. Personen, die die Heime verlassen, sollten als Mitglieder der vorrangigen Zielgruppen der Strategie der aktiven Eingliederung definiert werden..

c) der **EU-Gesundheitsstrategie** in relevanten Initiativen, wie denen zum gesunden Altern sowie zur Alzheimer-Krankheit und anderen Demenzen, in den Schlussfolgerungen aus der Konsultation zum Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa und in den Veranstaltungen zur Umsetzung des Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden.

- **Bereitstellung von Leitlinien über die Verwendung der Gelder aus dem Strukturfonds und anderen Finanzierungsinstrumenten der EU für die Deinstitutionalisierung.** In diesen Leitlinien sollten Beispiele guter Praxis dafür gegeben werden, wie Mittel aus dem Strukturfonds und anderen EU-Finanzierungsinstrumenten Projekte zur Entwicklung von gemeindenahen Alternativen, und nicht von Heimen, unterstützen können, indem die Verfahren und die einzubeziehenden Akteure aufgezeigt werden. Klarstellung, dass Projekte, die darauf abzielen, Heime zu bauen, zu vergrößern oder zu erhalten, nicht mit der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und den eigenen Politiken der EU in Bezug auf Chancengleichheit, soziale Eingliederung und Diskriminierung in Einklang stehen und daher nicht förderfähig sind.
- Förderung und Unterstützung des **Austauschs von Modellen guter Praxis**, z. B. durch Bereitstellung von Haushaltsmitteln für Projekte des lebenslangen Lernens, um es Leitern und Entwicklern von Dienstleistungsangeboten zu ermöglichen mehr über Erfolgsgeschichten zu erfahren. Unterstützung der Ausarbeitung von **Schulungsmodulen für Mitarbeiter an der Basis und Führungskräfte**, die auf die Umstellung von der institutionellen Pflege auf die gemeindenaher Unterstützung vorbereiten. Die Programme für lebenslanges Lernen (Leonardo oder Grundtvig) könnten spezielle Mittel dafür bereithalten.
- Einrichtung eines **Pools von unabhängigen Experten zur Deinstitutionalisierung**, der der Kommission selbst und vor allem den Mitgliedstaaten technische Unterstützung bei der Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds geben kann. Einsatz von Finanzhilfen aus Haushaltsmitteln für technische Hilfe in den Operationellen Programmen zur Einrichtung dieses Expertenpools (in dem alle Stakeholder vertreten sein sollten).
- **Verbesserung der Wissensbasis**, indem – zusammen mit EUROSTAT und in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten – ein minimaler Datensatz für stationäre Dienstleistungen festgelegt wird, mit dem die Fortschritte bei der Schließung von Heimeinrichtungen und bei der Entwicklung von Dienstleistungen in der Gemeinde überwacht werden könnten und der eine EU-weite Vergleichbarkeit der Daten ermöglichen würde. Über die in den einzelnen Mitgliedstaaten erreichten Fortschritte bei

²²

Wie im Gemeinsamen Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2009 hervorgehoben.

der Umstellung von der Heimpflege auf gemeindenahen Alternativen sollten Statistiken veröffentlicht werden.

- Anfrage an die **Grundrechteagentur** mit der Bitte um Datenerhebung, Forschung und Untersuchungen im Rahmen ihres Auftrags.
- **Finanzierung von Forschungsarbeiten, die den Übergang von der Heimpflege zur gemeindenahen Pflege methodisch unterstützen.** Dazu kann eine Untersuchung zu der Frage gehören, wie die Benutzer in dem Prozess der Auswahl ihrer Wohnumgebung und beim Abschluss rechtsgültiger Unterstützungsverträge mit Dienstleistungsanbietern in Umsetzung von Artikel 12 der Konvention unterstützt werden könnten, sowie eine rechtliche Prüfung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften, die das Heimwesen direkt oder indirekt unterstützen.
- **Sensibilisierung innerhalb der Europäischen Kommission** (über das Recht auf eine unabhängige Lebensführung in der Gemeinschaft und die Notwendigkeit, gemeindenahen Dienstleistungen zu entwickeln) bei den verschiedenen Generaldirektionen und bei den relevanten Länderreferaten, die mit dem Strukturfonds arbeiten, mit einer Reihe von Mitteln wie Schulungen, Workshops, Publikationen.
- Behandlung des Problems der Investitionen in gemeindenahen Pflege in der Debatte über die **künftige Kohäsionspolitik nach 2013.**
- **Thematisierung der institutionellen Pflege und ihrer Reform im Kontext der Erweiterungs-, Nachbarschafts- und Entwicklungspolitik.** Um die Schritte abzustecken, die Bewerberländer, potenzielle Bewerberländer und Drittländer zur Entwicklung von gemeindenahen Alternativen - und nicht von Heimen - und zur Förderung der sozialen Eingliederung von älteren Menschen, Kindern, Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Menschen mit Behinderungen unternehmen sollten, sollten Fortschrittsberichte verwendet werden. Um die Umsetzung ihrer Empfehlungen effektiver überwachen zu können, sollte die Kommission mit den Organisationen zusammenarbeiten, die die Benutzer in diesen Ländern vertreten. Die Kommission sollte sicherstellen, dass EU-Gelder in diesen Ländern an die Förderung der Entwicklung von gemeindenahen Dienstleistungen gebunden sein werden.