



Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI

**Konzeptionelle Grundlagen und methodische Vorgehens-
weise der wissenschaftlichen Begleitung**

Auftraggeber:
GKV-Spitzenverband

Ansprechpartner:
Ursula Kremer-Preiß
(KDA)
Dr. Tobias Hackmann
(Prognos AG)

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Konzeptionelle Grundlagen	3
2.1	Neue Wohnformen: Nutzerbedürfnisse im Fokus	3
2.2	Wissenschaftliche Fragestellungen	4
2.3	Operationalisierung der Evaluationskriterien	5
2.3.1	Nutzerorientierung	5
2.3.2	Qualität	7
2.3.2.1	Bezugsrahmen zur Beurteilung der Qualität	8
2.3.2.2	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	18
2.3.2.3	Merkmale	20
2.3.3	Wirtschaftlichkeit	38
2.3.3.1	Finanzierbarkeit aus Nutzerperspektive (Nachfrageseite)	39
2.3.3.2	Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftlicher Sicht (Angebotsseite)	40
2.3.3.3	Volkswirtschaftliche Perspektive im Kontext der sozialen Sicherungssysteme	41
2.3.4	Nachhaltigkeit	43
2.3.4.1	Finanzielle Nachhaltigkeit	44
2.3.4.2	Rechtliche Nachhaltigkeit	45
2.3.4.3	Organisatorische und personelle Nachhaltigkeit	45
2.3.5	Übertragbarkeit	46
2.3.5.1	Bundes-/Landesrechtliche Rahmenbedingungen	47
2.3.5.2	Fördermöglichkeiten	49
2.3.5.3	Beratungsstrukturen	49
2.3.5.4	Örtliche Rahmenbedingungen	50
2.3.5.5	Trägerspezifische Rahmenbedingungen	50
3	Methodische Vorgehensweise	52
3.1	Erhebungen zur Erfassung der Trägerperspektive	52
3.1.1	Dokumentenanalyse	52
3.1.2	Schriftliche Trägerbefragung (Erhebung von Struktur- und Basisdaten)	53
3.1.3	Trägerbefragung zur Wirtschaftlichkeit	54
3.1.4	Interviews vor Ort mit den Trägern (Leitung/Mitarbeitende)	56
3.1.5	Programmtagungen	57
3.1.6	Monitoring	58
3.2	Erhebungen zur Erfassung der Betroffenenperspektive	59
3.2.1	Mündliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer	59

3.2.2	Schriftliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer	62
3.2.3	Schriftliche Angehörigenbefragung	64
3.2.4	Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren	65
3.2.5	Expertenworkshops	66
4	Herleitung einer neuen Wohnformtypisierung	67
4.1	Begründung für eine neue Wohnformtypisierung	67
4.2	Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen	69
4.2.1	Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit	69
4.2.2	Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung	71
4.2.3	Teilhabe durch soziale Einbindung	71
4.3	Überlegungen für ein Zuordnungsverfahren	74
4.3.1	Operationalisierung: Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit	74
4.3.2	Operationalisierung: Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung	75
4.3.3	Operationalisierung: Teilhabe durch soziale Einbindung	76
5	Ausblick	78
6	Literaturverzeichnis	79
7	Anhang	91



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale Nutzerorientierung: Verfahren	7
Tabelle 2: Merkmale zur Untersuchung der Wohnqualität	22
Tabelle 3: Merkmale zur Untersuchung der Qualität der Alltagshilfen	25
Tabelle 4: Merkmale Pflegequalität	29
Tabelle 5: Merkmale zur Untersuchung der Organisationsqualität	35
Tabelle 6: Merkmale Wirtschaftlichkeit	39
Tabelle 7: Merkmale Nachhaltigkeit	44
Tabelle 8: Merkmale Übertragbarkeit	47
Tabelle 9: Untersuchungsdesign im zeitlichen Überblick	52
Tabelle 10: Übersicht der Monitorings	58
Tabelle 11: Struktur der Untersuchungsgesamtheit nach Wohnformtypen	64
Tabelle 12: Vorläufige Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung	68
Tabelle 113: Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen	73

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren hat sich ein breites Spektrum an neuen – vor allem ambulanten Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige entwickelt. Der Ausbau ambulanter Wohnformen wird durch die aktuelle Pflege- und Heimgesetzgebung maßgeblich gefördert. Die vielfältigen gewonnenen Erfahrungen bei der Umsetzung und Verbreitung solcher neuen Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige wurde bisher nicht umfassend wissenschaftlich untersucht. Mit dem *Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)* von 2012 hat der Gesetzgeber ein Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen beschlossen und nach § 45f SGB XI die Initiierung eines Modellprogramms ermöglicht. Das „*Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI*“ zielt darauf, wissenschaftlich gestützte Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen als Modelle guter Praxis zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Hierfür werden ausgewählte Projekte unterschiedlicher Wohnformen vom GKV-Spitzenverband in einem Zeitraum von Januar 2015 bis März 2018 gefördert bzw. in die Evaluation aufgenommen (**53 Projekte**). Das Modellprogramm umfasst:

- Projekte, die nach einer Konzeptphase an den Start gegangen sind (25 A-Projekte),
- Projekte, bei denen bereits ein Konzept vorliegt und die mit der Förderphase in den Betrieb gegangen sind (8 B-Projekte),
- Wissenschaftsprojekte, die sich mit speziellen Fragen neuer Wohnformen auseinandergesetzt haben (5 C-Projekte)
- sowie Projekte, die bereits länger umgesetzt werden und deren Erfahrungen in den Untersuchungszusammenhang einbezogen werden sollen (15 D-Projekte). Diese Projekte werden ohne Förderung evaluiert.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprogramms, die das *Kuratorium Deutsche Altershilfe* und die *PROGNOS AG* im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchführen, sollen die Angebotsstruktur, die Konzepte und der Umsetzungsprozess der geförderten Wohnprojekte sowie die sie umgebenden strukturellen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen anhand folgender Kriterien untersucht werden:

- Nutzerorientierung,
- Qualität,
- Wirtschaftlichkeit,

- Nachhaltigkeit,
- Übertragbarkeit.

Die vorliegende Zwischenveröffentlichung gibt einen Überblick über die konzeptionellen und methodischen Grundlagen der wissenschaftlichen Begleitung. In *Kapitel 2* werden die konzeptionellen Grundlagen dargelegt, auf denen das Evaluationskonzept basiert. In *Kapitel 3* werden die entwickelten Erhebungsinstrumente und die Erhebungslogistik beschrieben. *Kapitel 4* stellt erste Überlegungen zu einer neuen Wohnformtypisierung vor, die sich auf der Basis der bisher gewonnenen Erkenntnisse in diesem Forschungsfeld ergeben.

2 Konzeptionelle Grundlagen

Zunächst sollen die konzeptionellen Grundlagen, die dem Wissenschaftskonzept zugrunde liegen, erläutert und auf dieser Basis die zentralen Forschungsfragen dargelegt werden.

2.1 Neue Wohnformen: Nutzerbedürfnisse im Fokus

Pflegebedürftigen Menschen steht, mit regionalen Unterschieden, ein breites Wohn- und Versorgungsspektrum zur Verfügung. Nicht immer sind die Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote jedoch auf die Wohn- und Versorgungswünsche der Pflegebedürftigen passgenau abgestimmt:

- Klassische häusliche Wohnsettings bieten i. d. R. ein hohes Maß an individueller Lebensweltorientierung und Selbstbestimmung. Hier stellt sich als Herausforderung, eine selbstständige Lebensführung zu gewährleisten, da sie nicht immer die erforderliche bzw. gewünschte Versorgungssicherheit bieten können.
- Klassische stationäre Wohnsettings bieten i. d. R. ein hohes Maß an Versorgungssicherheit, hier stellen sich als Herausforderungen die Sicherung der Selbstbestimmung und Wahrung individueller Lebensgewohnheiten.
- In beiden klassischen Wohnsettings können sich zudem Grenzen bei der Sicherung der sozialen Teilhabe ergeben.

Zwischen diesen klassischen Wohnsettings hat sich in den vergangenen 30 Jahren ein breites Spektrum an „Neuen Wohnformen“ entwickelt. Hierzu gehören: selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnformen/ Mehrgenerationenwohnprojekte Betreutes/Service Wohnen, ambulante Pflegewohn- und Hausgemeinschaften sowie integrierte Konzepte einschließlich der Quartierskonzepte. Diese neuen Wohnformen versuchen, den Herausforderungen klassischer Wohnsettings für Pflegebedürftige zu begegnen und damit den Bedürfnissen Pflegebedürftiger umfassend gerecht zu werden. Darin liegt ihre Besonderheit und Innovation: Sie versuchen neue Lösungen und von gewohnten Schemata abweichende Regelungen zu entwickeln, um die Wohn- und Versorgungssituation Pflegebedürftiger noch bedarfsgerechter zu gestalten. In ihrer Zwischenstellung zwischen Häuslichkeit und Heim versuchen sie, die Nutzerbedürfnisse umfassend in den Fokus zu rücken und passgenaue Lösungen zu entwickeln. Es geht um die Anpassung von räumlichen Angeboten und unterstützenden Leistungen an die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen.

2.2 Wissenschaftliche Fragestellungen

- Die Evaluation untersucht, wie diese Passungen gelingen und welcher Bedingungen es zur Passung bedarf. Die Untersuchung greift damit Passungsansätze im Sinne der ökologischen Gerontologie auf. Die ökologische Gerontologie versucht zu klären, was das Wohnen für das Individuum im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit bedeutet, wie sich die Person-Umwelt-Interaktionen vollziehen und wie die Wohnbedingungen zu gestalten sind, damit die Passung besser gelingt.¹ Im Rahmen der Evaluation wird entsprechend untersucht,
- inwieweit sich die Modellprojekte an den Nutzerbedürfnissen orientieren (**Nutzerorientierung**),
- inwieweit die damit verbundenen **Qualitätsanforderungen** von den Modellprojekten umgesetzt werden,
- welche Herausforderungen sich stellen, um diesen Anforderungen auch im Rahmen einer entsprechenden **Wirtschaftlichkeit** gerecht zu werden,
- wie die Rahmenbedingungen zu gestalten sind, dass solche neuen Wohnmodelle auch nach der Förderphase weiter betrieben werden können und damit eine entsprechende **Nachhaltigkeit** gesichert ist und
- wie die Rahmenbedingungen zu gestalten sind, dass auch außerhalb des Modellprogramms solche Modelle umsetzbar sind und somit eine entsprechende **Übertragbarkeit** gewährleistet wird.

Die Fragen nach der Nutzerorientierung, der Qualität, der Wirtschaftlichkeit, der Nachhaltigkeit und der Übertragbarkeit bilden zugleich die fünf zentralen Evaluationskriterien für die Untersuchung. Welche konkreten Inhalte im Kontext dieser Evaluationskriterien konkret untersucht werden sollen, wird im Folgenden durch die Operationalisierung der Evaluationskriterien erläutert.

¹ Die ökologische Gerontologie untersucht das Wechselspiel von Umwelt und Individuum. Die zwei zentralen Dimensionen in diesen Modellen sind einerseits die individuellen Fähigkeiten einer Person (Kompetenzen) und andererseits die Anforderungsstrukturen der Umwelt (Umweltkomponente). Zu den individuellen Fähigkeiten gehören z. B. die körperliche Gesundheit sowie kognitive Fähigkeiten. Zu den Anforderungsstrukturen der Umwelt gehört neben sozialen und ökonomischen Bedingungen einer Person auch die räumlich materielle Ausstattung der Umgebung (einschließlich der Leistungen). Sind die Herausforderungen durch die Umwelt optimal, kann das Individuum sein Potenzial optimal entfalten. Sind sie nicht optimal, bedarf es der Passung. Je besser die Kompetenzen einer Person, desto besser kann sie die Umweltanforderungen bewältigen. Personen mit eingeschränkten Kompetenzen sind in größerem Maße von passenden Umweltbedingungen abhängig (Jann 2012, Oswald et al. 2005, Wahl et al. 2007).

2.3 Operationalisierung der Evaluationskriterien

Zur Operationalisierung der Evaluationskriterien wurde induktiv eine Sammlung von Merkmalen auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien sowie von Expertenwissen und Praxiserfahrungen gesammelt, die zur Untersuchung der Evaluationskriterien relevant sein können. Anschließend wurde geprüft, welche Merkmale in den Untersuchungszusammenhang einbezogen werden können. Bei der Auswahl der Merkmale hat sich die wissenschaftliche Begleitung am Bewertungsinstrument QUALIFY der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (Reiter et al. 2008) orientiert. Das QUALIFY-Instrument der BQS ist ein Instrument zur strukturierten Bewertung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen. Damit Merkmale zur Untersuchung herangezogen werden können, sollten sie für den Untersuchungsbereich Relevanz haben, im Forschungsfeld praktikabel bearbeitet werden können und soweit wie möglich wissenschaftlich² abgesichert sein. Nach dieser Prüfung wurden 114 Merkmale (siehe Merkmalsliste im Anhang) ausgewählt, mit denen überprüft werden soll, wie die geförderten Projekte die Evaluationskriterien umsetzen. Im Folgenden werden die ausgewählten Merkmale für die fünf Evaluationskriterien dargestellt und ihre inhaltliche Auswahl begründet.

2.3.1 Nutzerorientierung

Bedürfnisgerechte Wohnformen haben ihren Ausgangspunkt in der Nutzerperspektive; nur die Berücksichtigung der Nutzerperspektive kann den spezifischen Wohn-, Pflege- und Versorgungswünschen unterschiedlicher Zielgruppen gerecht werden (BMFSFJ 2014, Robert Koch-Institut 2006). Die Person-Umwelt-Passung beinhaltet zentral die Frage, auf welche Bedürfnisse bzw. personalen Kompetenzen die Wohnbedingungen anzupassen sind. Die Nutzerorientierung³ lässt sich daher als zentrales Evaluationskriterium im Rahmen der Untersuchung neuer Wohnformen verstehen – zumal viele der neu entwickelten Wohnformen aus Selbsthilfeinitiativen heraus entstanden, auch weil die traditionellen Wohn-

² Zur Untersuchung der wissenschaftlichen Absicherung werden Eigenschaften wie Merkmalsevidenz, Klarheit der Definition des Merkmals, Reliabilität, statistische Unterscheidungsfähigkeit, Risikoadjustierung, Sensitivität, Spezifität, Validität geprüft. Die Prüfung für die Aufnahme eines Merkmals in den Untersuchungszusammenhang erfolgte in diesem Modellprogramm primär für die Bereiche Relevanz und Praktikabilität, da für den Bereich der Wissenschaftlichkeit noch zu wenig abgesichertes Wissen für neue Wohnformen vorliegt, um die Merkmale fundiert nach diesen Aspekten prüfen zu können.

³ Um die Betroffenenperspektive beim Wohnen im Alter in den Mittelpunkt zu rücken, wird auch der Begriff der „Bewohnerorientierung“ verwendet. Da dieser Begriff vor allem die individuelle Sicht auf die Aspekte des Wohnens betont, in diesem Forschungskontext daneben auch die Betroffenenpersicht bei der Nutzung von wohnbegleitenden Dienst- und Pflegeleistungen untersucht wird, wird im Rahmen dieser Untersuchung der Begriff der „Nutzerorientierung“ verwendet.

Pflege- und Versorgungsangebote den vielfältigen Nutzerbedarfen (Fischer et al. 2016)⁴ nicht ausreichend gerecht werden.

Nutzerorientierung in neuen Wohnformen äußert sich u. a. darin, dass Bewohnerinnen und Bewohner selbst bestimmen können, wie sie leben wollen und dass die Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote so gestaltet sind, dass sie den Bedürfnissen und Lebensgewohnheiten der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen.⁵

Die **Konkretisierung** der Nutzerbedürfnisse ist bei der Gestaltung der Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität zu berücksichtigen. In diesem Verständnis ist Nutzerorientierung ein konstitutives Element des Evaluationskriteriums „Qualität“ und findet sich dort in den entsprechenden Merkmalen wieder. Die dem Evaluationskriterium „Nutzerorientierung“ zugeordneten Merkmale beschränken sich an dieser Stelle auf die Erhebung von **Verfahren**, die im Rahmen der einzelnen Projekte zur Eruierung und Realisierung von Nutzerbedürfnissen eingesetzt werden. Daher wurden zur Erfassung der Nutzerorientierung vor allem Merkmale ausgewählt, mit denen untersucht werden kann, ob und in welcher Form die Modellprojekte die Nutzerbedürfnisse erfassen. Nur wenn die Nutzerbedürfnisse bekannt sind, ist davon auszugehen, dass passgenaue Wohn- und Versorgungsstrukturen entwickelt werden können. Ebenso wurden Merkmale für den Untersuchungszusammenhang ausgewählt, die eine Einschätzung ermöglichen, wie die Nutzerorientierung im fortlaufenden Prozess sichergestellt werden kann. Es soll untersucht werden, mit welchen Verfahren die Modellprojekte die Wahrung der Nutzerbedürfnisse sicherstellen, wie sie mit einer mangelnden Passung von Nutzerbedürfnissen und Angebotsstrukturen umgehen bzw. wie sie eine Anpassung an sich eventuell verändernde Nutzerbedürfnisse sicherstellen. Die Auswahl dieser Merkmale ermöglicht eine Einschätzung, wie die fortlaufende Passung im Prozess gelingt.

⁴ Nach Fischer et al. lässt sich die Entwicklung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in drei Phasen einteilen, wobei in der ersten Phase die Gründung zumeist als „Betroffeneninitiative“ erfolgt ist (Fischer et al. 2011). Eine Untersuchung von ca. 100 Quartierskonzepten hat deutlich gemacht, dass ca. ein Drittel dieser Initiativen von den Betroffenen selbst initiiert wurde (Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2006). Ebenso zeigen Fallstudien zu „selbstorganisierten gemeinschaftlichen Wohnformen“, dass diese zum überwiegenden Maße von den Betroffenen selbst initiiert und organisiert werden (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 1999).

⁵ Der Begriff „Bedarf“ ist an dieser Stelle zu verstehen als das Verlangen, eine bestimmte Dienstleistung zu erwerben, um dadurch ein menschliches Bedürfnis zu befriedigen. So kann zum Beispiel das Bedürfnis nach Gesundheit durch den Bedarf nach Pflegeleistungen befriedigt werden.

Tabelle 1: Merkmale Nutzerorientierung: Verfahren

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Erfassung	Verfahren der Erhebung von Nutzerbedürfnissen im Vorfeld der Umsetzung des Projektes und ihre Realisierung
Umsetzung	<p>Verfahren der Erfassung und Realisierung der Nutzerbedürfnisse während der Umsetzung</p> <p>Verfahren des Beschwerde- oder Feedbackmanagements (zur Anpassung der Leistungen an die Nutzerbedürfnisse)</p> <p>Verfahren zur stärkeren Nutzerorientierung (z. B. innovative personelle und/oder qualifikatorische Organisationsmodelle)</p>

2.3.2 Qualität

Die Operationalisierung des Evaluationskriteriums „Qualität“ für neue Wohnformen stellt die wissenschaftliche Begleitung vor Herausforderungen. Während die Diskussionen über die Qualitätssicherung und Qualitätsstandards bei der ambulanten Pflege und der Langzeitpflege seit einigen Jahren intensiv geführt und zumindest für die Langzeitpflege Ansätze für ein theoriegeleitetes Qualitätsverständnis erarbeitet wurden (u. a. das heuristische Qualitätsmodell von Hasseler et al. 2016), fehlt eine solche systematische Aufarbeitung der Qualitätsdebatte für den Bereich der neuen Wohnformen noch bzw. befindet sich die Debatte hierzu noch am Anfang (u. a. Klie et al. 2017). Ausgangspunkt für eine Bestimmung von Qualitätsanforderungen in diesem Bereich war daher zunächst, die Klärung, welches Qualitätsverständnis der Analyse zugrunde liegen soll. In der Qualitätsdiskussion lassen sich zwei Aspekte bei der Qualitätsdefinition ausmachen. Die einen versuchen allgemein die Qualität von der Beschaffenheit der Objekte aus zu definieren. So definiert die DIN ISO 900478402 Qualität als „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“ (Deutsches Institut für Normung 2015). Qualität im Gesundheitsbereich ist entsprechend der „Grad an Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Versorgung“ (Donabedian 1966: 190). Andere betonen, dass Qualität kein absoluter Wert ist, sondern immer in Beziehung zu den Bedürfnissen/Erwartungen der Individuen zu setzen ist. Nach Seghezzi et al. ist die Qualität einer Einheit „ihre Beschaffenheit, gemessen an den Bedürfnissen der relevanten Kundengruppen“ (Seghezzi et al. 2007). In diesem Untersuchungszusammenhang wird von einem Qualitätsverständnis ausgegangen, das beide Aspekte beinhaltet: Es geht um die Übereinstimmung von Kundenerwartungen mit den Leistungen der neuen Wohnformen und um die Berücksichtigung anerkannter fachlicher Standards (Hasseler et al. 2016).

Zu fragen ist, welche Kundenerwartungen und welche objektiven Qualitätsanforderungen von neuen Wohnformen zu berücksichtigen sind. Die Bewertung der Qualität einer Leistung erfordert einen Maßstab – sog. Soll-Niveau, auf dessen Grundlage eine Bewertung vorgenommen werden kann. Erst wenn Soll-Niveaus definiert sind, können anschließend Kriterien und Indikatoren bestimmt werden, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität über einen Soll-Ist-Vergleich zu ermitteln. Soll-Niveaus von Leistungen werden allgemein in Form von Qualitätszielen und/oder in Form von gesetzlichen Normen und Standards festgeschrieben (Elsbernd et al. 2010). Solche Soll-Niveaus in Form von allgemein anerkannten Qualitätszielen und Standards gibt es jedoch für neue Wohnformen bisher nicht. Allenfalls werden vereinzelt Qualitätsmerkmale für unterschiedliche Wohnkonzepte beschrieben (u.a. Klie et al. 2017 für Pflegewohngemeinschaften) und es gibt verschiedene Konzepte zur Qualitätssicherung (u. a. <http://www.wg-qualitaet.de>).

Die Definition eines konsensfähigen und allgemeingültigen nationalen „Goldstandards“ für neue Wohnformen wird nicht nur dadurch erschwert, dass sich die neuen Wohnmodelle durch sehr unterschiedliche Konzepttypen auszeichnen und daher einheitliche Qualitätsmerkmale kaum definiert werden können. Es wird auch infrage gestellt, ob „überhaupt eine quasi hoheitliche externe Definition“ (Büscher/Klie 2012) von Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen sinnvoll ist, da sie in besonderem Maße auf die Mit- und Selbstverantwortung der Betroffenen und ihrer Angehörigen setzen und es daher vor allem gelte, diese zu befähigen, „ihre Interessen im Gefüge der Selbstorganisation wahrzunehmen“ (Klie et al. 2017: 25).

2.3.2.1 Bezugsrahmen zur Beurteilung der Qualität

Es geht daher im Untersuchungszusammenhang nicht darum, allgemeingültige Qualitätsstandards für neue Wohnformen zu definieren, sondern einen Bezugsrahmen zu entwickeln, vor dessen Hintergrund die Qualität der Modellprojekte beurteilt werden kann.

Wie in Kapitel 2.1 bereits dargelegt, sollen die **Bedürfnisse der Pflegebedürftigen** der Bezugsrahmen zur Beurteilung der Qualität in diesem Forschungskontext sein. Gerade der Versuch, die Bedürfnisse der älteren und pflegebedürftigen Menschen umfassend zu berücksichtigen und Herausforderungen klassischer Wohnsettings in dieser Hinsicht zu überwinden, ist konstitutiv für neue Wohnformen.

Zu fragen ist, für welche Bedürfnisse sie neue Regelungen und Vorgehensweisen entwickeln, damit sie den Wohn- und Versorgungswünschen von Pflegebedürftigen noch besser gerecht werden können. Als Orientierung zur Bestimmung der Wohn- und Versorgungsbedürfnisse von Pflegebedürftigen wurde im Untersu-

chungszusammenhang die „**Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen**“ gewählt. In den 8 Artikeln der Pflege-Charta, die 2005 gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie Vertreterinnen und Vertretern der Länder, Kommunen, Praxis und Wissenschaft erarbeitet wurden (BMFSFJ 2014), sind grundlegende Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen festgelegt. Sie sollen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich beachtet werden und können damit auch für neue Wohnformen ein Anforderungsmaßstab sein. Zu berücksichtigende Nutzerbedürfnisse, die in der Pflege-Charta benannt und in der gerontologischen Forschung immer wieder als zentrale Wohn- und Versorgungsbedürfnisse alter und pflegebedürftiger Menschen benannt werden, konzentrieren sich auf folgende drei Aspekte:

■ **Autonomie wahren**

Die Autonomie des Menschen lässt sich allgemein als Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit definieren. Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sind Aspekte der Autonomie. Selbstständigkeit meint, autonom handeln zu können, seinen Alltag ohne fremde Hilfe bewältigen zu können. Selbstbestimmung meint, autonom entscheiden zu können. „Wenn ich etwas nicht mehr selbstständig tun kann, kann ich doch selbstbestimmt darüber entscheiden, wer dies wann und wie für mich tut“ (Heusinger/Falk 2011: 48). „Wer selbstbestimmt lebt, lässt sich seine Handlungsinhalte nicht von anderen vorgeben, sondern setzt sie nach Maßgabe seiner Wertüberzeugungen und Ziele eigenständig fest“ (Pawlik 2012: 131). Durch Krankheit können die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Lebensführung eingeschränkt sein und sind teilweise nur im Sinne der „Wohlbestimmung“ (Deutscher Ethikrat 2012) zu gewährleisten. Das eigene Leben autonom nach seinen Vorstellungen zu leben, ist elementarer Ausdruck der menschlichen Freiheit. „Freiheit und Würde kommen dem Menschen [...] von Natur aus zu. Er hat sie nicht erfunden, sie liegt seinem Dasein und allen seinen Leistungen zugrunde und sie habe als „unveräußerlich“ zu gelten“ (Deutscher Ethikrat 2012: 20). Zwar ist zu berücksichtigen, dass eine bewusst angenommene Abhängigkeit bei Hilfe- und Pflegebedarf einen Beitrag zur Lebenszufriedenheit leisten kann (Kruse 2005). Jedoch werden der Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung immer wieder zu den Kernaufgaben bedarfsgerechter Wohn- und Versorgungsformen (u. a. BMG/BMFSFJ 2011) gezählt und als „zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters“ (Kruse 2005: 273) benannt. Dies dokumentiert sich auch darin, dass der Aspekt der Selbstständigkeit zentraler Orientierungspunkt bei der Neugestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (GKV-Spitzenverband 2011) geworden ist. Die Wahrung der Selbstständigkeit ist ein Qualitätsmerkmal der pflegerischen Versorgung mit gesetzlichem Anspruch (§ 2 SGB XI) und die Gewährleistung von Selbstbestimmung ist im Grundgesetz verankert (Art. 2 Abs. 1 GG).

Nicht alle Aspekte zur Wahrung der Autonomie können in diesem Kontext untersucht werden. Die Untersuchung konzentriert sich darauf, wie in den neuen Wohnformen Autonomie auch bei Beeinträchtigungen gewährleistet werden kann. Insbesondere durch Krankheit können Möglichkeiten der selbstständigen Lebensführung eingeschränkt sein und es bedarf Unterstützungsleistungen, um noch selbstständig leben zu können. „Selbstständigkeit beschreibt die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesen-Seins auf Hilfe diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist“ (Kruse 2005: 332). Neue Wohnformen treten vielfach mit dem Anspruch an, auch bei Beeinträchtigungen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen (u. a. Beuth-Verlag 2006, Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen Nordrhein-Westfalen e. V. 2006, Alzheimer Gesellschaft Hamburg e. V. 2007, Michell-Auli/Kremer-Preiß 2013). Um den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden, versuchen sie auch bei Beeinträchtigungen eine selbstständige Lebensführung in den für die Nutzerinnen und Nutzer relevanten Lebensbereichen zu ermöglichen. Dafür versuchen sie entsprechende Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Ein Aspekt zur Untersuchung der Qualität neuer Wohnformen soll daher sein, wie die neuen Wohnformen dem Bedürfnis nach einer **selbstständigen Lebensführung durch Versorgungssicherheit** gerecht werden (versorgungsbezogene Qualität).

Es stellt sich die Frage, welche Beeinträchtigungen die Selbstständigkeit erschweren können und welcher Versorgungssicherheit es bedarf, um dennoch möglichst selbstständig leben zu können. Im Untersuchungszusammenhang werden Selbstständigkeit und Versorgungssicherheit wie folgt operationalisiert.

Die Beeinträchtigungen in der **Selbstständigkeit** können sehr unterschiedlich sein. Eine Orientierung, wo Beeinträchtigungen die Selbstständigkeit gefährden können, gibt das neue Begutachtungsinstrument (BI). Das BI berücksichtigt sechs Aktivitätsbereiche, um den Selbstständigkeitsgrad von Pflegebedürftigen zu erfassen (1. Mobilität, 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte). Das neue Begutachtungsinstrument (BI) prüft in all diesen Bereichen, welchen Grad an Selbstständigkeit die Pflegebedürftigen in diesen Bereichen haben (*Medizinische Dienste des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2017*).

Wenn Beeinträchtigungen in diesen Bereichen die Selbstständigkeit gefährden, bedarf es einer entsprechenden Gestaltung der Wohn- und Versorgungssituation, um diesen Beeinträchtigungen

begegnen zu können. Für neue Wohnformen stellt sich die Anforderung in diesen Bereichen entsprechende Versorgungssicherheit zu gewährleisten, um dem Bedürfnis nach einer selbstständigen Lebensführung auch bei Beeinträchtigungen gerecht werden zu können. Was konkret unter „**Versorgungssicherheit**“ zu verstehen ist, darüber gibt es bisher keinen wissenschaftlichen Konsens. „Sicherheit“ meint allgemein die Vermeidung von Gefahren und Risiken bzw. die Verhinderung des Eintritts eines unerwünschten Ereignisses. Sicherheitsmaßnahmen können dann als erfolgreich eingestuft werden, wenn mit ihnen solche Beeinträchtigungen abgewehrt werden. Versorgungssicherheit bedeutet dann Gefahren bei der Sicherstellung der Versorgung zu vermeiden. Dabei umfasst der Begriff „Versorgung“ sehr unterschiedliche Felder. Von Versorgung spricht man bei der Bereitstellung von Nahrung (z. B. Essensversorgung) ebenso wie bei der Sicherung infrastruktureller Angebote (z. B. Nahversorgung) oder bei der Erbringung von gesundheitsbezogenen oder pflegerischen Leistungen (z. B. ambulante oder stationäre Versorgung, ärztliche Versorgung). Gesundheitsversorgung umschließt „nicht nur alle Formen der Krankenversorgung, sondern auch alle Formen sowohl individuumsbezogener, als auch populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, die durch medizinische und nicht-medizinische Gesundheitseinrichtungen und -fachkräfte erbracht werden“ (Bundesärztekammer 2004: 1). Pflegerische Versorgung bedeutet im Sinne der Pflegeversicherung einen hilfsbedürftigen Menschen bei seinen alltäglichen Verrichtungen – also Körperpflege, Ernährung und Mobilität – zu unterstützen, ihn anzuleiten und zu beaufsichtigen – oder, wenn es nicht anders geht, diese Verrichtungen teilweise oder ganz zu übernehmen. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sichert die pflegerische Versorgung die Versorgung von Pflegebedürftigen, die „infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen und Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden können dauerhaft oder vorübergehend zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen“ sind (Bundesministerium für Gesundheit 2013: 16). Die hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet im Wesentlichen alle hauswirtschaftlichen Hilfsleistungen im Umfeld eines Pflegebedürftigen wie Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung und Wäscheversorgung.

Unter Versorgungssicherheit in neuen Wohnformen kann daher verstanden werden, vor allem Gefahren und Risiken bei der pflegerischen, hauswirtschaftlichen sowie sozialen Versorgung zu vermeiden, die eine selbstständige Lebensführung gefährden können. Gefahren können sich daraus ergeben, dass die Bewohnerinnen und Bewohner nicht die für sie erforderlichen Versorgungsleistungen – kontinuierlich angepasst auf ihre Bedarfe – erhalten

oder dass die erforderlichen Versorgungsleistungen nicht in der notwendigen Qualität erbracht werden. Damit sind nicht nur unterschiedliche Bereiche, sondern auch folgende unterschiedlichen Inhalte bei der Überprüfung der Versorgungssicherheit mit einzubeziehen:

- Zum einen wird Versorgungssicherheit im Sinne von „Patientensicherheit“ verstanden, wo es darum geht, Fehler bei der Durchführung und Planung sowie unerwünschte Begleitwirkungen bei der Unterstützung zu vermeiden (Hübner 2006). Damit ist Versorgungssicherheit die Vermeidung/Verhinderung von Fehlern während des diagnostischen Prozesses, während der Behandlung, in der Prävention sowie in Folge einer mangelnden Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren (Hübner 2006). Es geht also um die Sicherstellung einer qualifizierten Versorgung in den genannten Bereichen, die die fachlichen Standards berücksichtigt.
- Der andere Aspekt, der bei Versorgungssicherheit zu berücksichtigen ist, ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung. Entsprechen die Versorgungsleistungen den Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner, d.h. erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner die Unterstützung, die für ihre individuellen Bedarfe in den unterschiedlichen Lebenssituationen erforderlich ist? Versorgungssicherheit impliziert damit, dass die Versorgung auf die individuellen Wünsche und Erfordernisse angepasst wird.
- Dabei geht es nicht nur darum, die richtige Hilfe für die speziellen Versorgungsbedürfnisse zu organisieren, sondern im Sinne der Versorgungskontinuität die Hilfen auf die sich verändernden Bedürfnislagen und Versorgungssituationen anzupassen. In dem komplexen System der Versorgung pflegebedürftiger Personen gefährden Lücken in der Versorgung die Patientensicherheit (Cook et al. 2000). „Versorgungssicherheit bedeutet möglichst ortsnahe und effiziente Versorgungsangebote bis hin zu einer größtmöglichen Kontinuität der Leistungserbringer und der für sie handelnden Personen“ (Stadt Frankfurt am Main 2006: 36). Es bedarf einer Versorgungskontinuität – im Sinne einer ununterbrochenen Art der Versorgung gemäß den Bedürfnissen der Betroffenen zur Gewährleistung von Patientensicherheit. Im engeren Sinne meint Versorgungskontinuität eine fortlaufende koordinierte Versorgung durch entsprechende Personen bzw. durch eine koordinierte Übergabe im Versorgungsprozess. Die Sicherstellung der kontinuierlichen Versorgung von kranken sowie pflege- und hilfebedürftigen Menschen in ei-

nem modularisierten Gesundheitswesen ist besonders für neue Wohnformen eine zentrale Herausforderung.

Aufgrund der vielfältigen Akteure, die mit ihren unterschiedlichen Funktionslogiken gerade in neuen Wohnformen mitwirken, können sich Koordinationsprobleme zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit ergeben, die eine kontinuierliche Versorgung erschweren und ein systematisches „Hybridmanagement“ (Klie et al. 2017) erforderlich machen. Auch Liesenfeld et al. betonen die Koordination insbesondere für die ambulanten Wohngemeinschaften als Qualitätsanforderung: „Zentrale Gelingensbedingung für anbieterwie selbstverantwortete WGen ist dabei ein Management der WGen, das die zahlreichen und z. T. durchaus komplexen Faktoren, die eine gute WG ausmachen, im Blick und im Griff hat“ (Liesenfeld et al. 2016: 7).

Letzteres verweist auf eine weitere Qualitätsanforderung an neue Wohnformen in diesem Bereich. Die Sicherstellung der Versorgung und damit Sicherung einer selbstständigen Lebensführung wird in Zukunft nur gelingen, wenn unterschiedliche Akteure eingebunden werden und in geteilter Verantwortung die Selbstständigkeit der Bewohnerschaft durch ihre jeweiligen Beiträge zur Versorgungssicherheit gewährleisten. Es ist eine neue „Hilfe- und Helfermixtur“ (Klaes/Raven/Reiche 2004) im Sinne eines „Welfare Mixes“ zu gestalten. Seit Anfang der 1990er Jahre wird in Deutschland über den sogenannten „Wohlfahrtsmix“ breit diskutiert. Dieses Konzept geht davon aus, dass Wohlfahrtsproduktion in modernen Gesellschaften nicht alleine vom Staat, vom Markt oder von der Gesellschaft verantwortlich sichergestellt werden kann. Wohlfahrtsproduktion findet plural statt in gemeinschaftlicher Verantwortung der verschiedenen Sektoren. Mit Blick auf die Herausforderungen des demografischen Wandels wird der Wohlfahrtsmix als Lösungsmodell begriffen. „Wohlfahrtspluralistische Strategien werden angesichts der „Erodierung von traditionellen Familienstrukturen, [des] Rückgang[s] von Erwerbstätigen, [der] begrenzten Leistungsfähigkeit sozialstaatlicher Sicherungssysteme und [der] politischen und normativen Versprechen der gesellschaftlichen Teilhabe und Inklusion [...] als alternativlos“ eingestuft (Klie 2014: 5). Im Mittelpunkt des Konzepts stehen die Differenzierung verschiedener gesellschaftlicher Sektoren und deren spezifische Beiträge zur Wohlfahrtsproduktion. Jeder dieser Sektoren hat eine eigene Systemlogik, die mit bestimmten Leistungsfähigkeiten und -grenzen verbunden ist. Es wird zu untersuchen sein, wie die neuen Wohnformen zur Gewährleistung von Versorgungssicherheit diesen Hilfemix gestalten.

■ **Personale Identität sichern**

Der zweite Aspekt im Hinblick auf die Bedürfnislagen Pflegebedürftiger betont vor allem die subjektive Perspektive bei der Gestaltung der Wohn- und Versorgungsangebote. Zu gewährleisten

ist, dass die Erwartungshaltungen bezüglich der individuellen Bedürfnisse in den Bereichen Wohnen, Pflege und Versorgung umgesetzt werden. Pflegebedürftige sollen entsprechend ihrer Bedürfnisse und Gewohnheiten wohnen und versorgt werden können. Es geht darum, die Struktur des Wohnangebotes, die Alltagsgestaltung und die notwendigen Hilfen orientiert an den subjektiven Werten, Bedürfnissen, Gewohnheiten aber auch Fähigkeiten und Kompetenzen – also an der **Lebenswelt**–der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten. Die subjektive Perspektive orientiert sich am Lebenswelt-Ansatz, der die subjektive Erlebenswelt und die individuellen Handlungsfähigkeiten der Betroffenen sowie die sozialen Ressourcen in ihrer Lebenswelt in den Mittelpunkt rückt (Otto/Bauer 2004).

Diese subjektive Sichtweise gewinnt bei der Bewertung der Wohn- und Versorgungsqualität zunehmend an Bedeutung (Gräske et al. 2011). Auch zum Selbstverständnis der Pflege gehört im Sinne der patientenzentrierten Pflege die Unterstützungsformen individuell zu gestalten. Zwar haben verschiedene Pflegemodelle und -theorien unterschiedliche Vorstellungen, wie eine individuelle Pflege zu gestalten ist (Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis 2008 und Krohwinkel 2013), aber gemeinsam sehen sie das Ziel darin, der Besonderheit des Menschen mit Pflegebedarf gerecht zu werden und seine Individualität zu erfassen. Die individuellen Präferenzen werden seit einigen Jahren auch als grundlegendes Definitionselement von Lebensqualität angesehen und in der Versorgungsforschung wird zum Teil angeregt, Lebensqualität anstelle von Pflegequalität zu messen, um die subjektive Sicht der Nutzerinnen und Nutzer zu stärken (Görres/Hasseler/Mittnacht 2008).

Auch hier können nicht alle Aspekte zur Wahrung der personalen Identität untersucht werden. Die Untersuchung konzentriert sich darauf, wie die neuen Wohnmodelle die individuellen Lebensgewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten. Zur konzeptionellen Besonderheit neuer Wohnformen gehört es, dass sie die individuelle Lebensgestaltung vor allem durch Gewährleistung eines hohen Maßes an Selbstbestimmung und damit verbundenen Selbstverantwortung erhalten wollen (u. a. KIVA/Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein 2010, Verein für selbstbestimmtes Wohnen im Alter 2006, Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für älter Menschen NRW 2006).

Ein weiterer Aspekt zur Untersuchung der Qualität neuer Wohnformen soll daher sein, wie die neuen Wohnformen dem Bedürfnis nach Sicherung der **individuellen Lebensweltorientierung** vor allem durch **Selbstbestimmung** gerecht werden (lebensweltbezogene Qualität).

Der Erhalt der individuellen **Lebenswelt** umfasst die Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen, individuellen Bedürfnisse sowie

der kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Lebensgewohnheiten, die Wahrung der Privat- und Intimsphäre, der respektvolle Umgang in persönlichen Lebensbereichen und die Sicherung einer individuellen Lebensgestaltung. Es beinhaltet aber auch, die Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen zu berücksichtigen. Bei der Untersuchung, ob die neuen Wohnmodelle die individuelle Lebensweltorientierung berücksichtigen, geht es also einmal um die Frage, ob sie die Erfahrungen, Gefühle, Einstellungen, Angewohnheiten, die ein Individuum kennzeichnen, gewahrt werden können und andererseits darum, dass das Individuum zur Mitgestaltung seiner Versorgung ermächtigt wird. Um dies zu gewährleisten ist sicherzustellen, dass diese Lebenswelt bekannt ist und dass diese bei der organisatorischen Umsetzung jeweils Berücksichtigung finden (siehe hierzu das Evaluationskriterium Nutzerorientierung).

Das Leben nach den Vorstellungen und Bedürfnissen der Betroffenen zu gestalten und damit deren personale Identität zu wahren, setzt aber zentral voraus, dass man Einfluss auf die Gestaltung der Wohn- und Versorgungssituation bzw. auf die Gestaltung des Alltags nehmen kann. Die Sicherung der personalen Identität korrespondiert eng mit der Selbstbestimmung. **Selbstbestimmung** wird häufig auch als Entscheidungsfreiheit definiert, so zu leben, wie es seinen eigenen Vorstellungen entspricht. Kann ein Mensch aufgrund von Krankheit seine Selbstbestimmung nicht mehr selbst ausüben, dann ist er darauf angewiesen, dass andere den Verlust im Sinne seines Wohls kompensieren (Deutscher Ethikrat 2012:22). Neue Wohnformen, die sich an den Nutzerbedürfnissen orientieren, müssen daher auch das Selbstbestimmungsrecht – evtl. auch im Sinne der „Wohlbestimmung“ durch Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer (ebenda) – sichern. Dies impliziert nicht nur entsprechende rechtliche Regelungen zur Vertragsgestaltung, sondern auch die Einbindung in Mitbestimmungsgremien sowie Einflussmöglichkeiten auf die Art und Weise der Erbringung der Leistungen und Strukturierung des Tagesablaufs. Die Ausübung des persönlichen Selbstbestimmungsrechts endet dort, wo die Selbstbestimmungsrechte anderer Personen eingeschränkt werden. Ebenso führt die Selbstbestimmung zwingend zur **Selbstverantwortung**: Wenn ich frei entscheiden kann, was ich tue oder nicht tue, dann bin ich auch für die Folgen von diesen Entscheidungen selbst verantwortlich. Eine Qualitätsanforderung neuer Wohnformen ist daher auch, wie sie die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Selbstverantwortung stärken.

■ Teilhabe ermöglichen

Der dritte Aspekt im Hinblick auf die Bedürfnislagen Pflegebedürftiger betont die soziale Eingebundenheit. Die Sicherung von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sowie die Unterstützung bei der Realisierung personaler Bedürfnisse ermöglicht den Bewohnerinnen und Bewohnern in neuen Wohnformen eine „personale Autonomie“ (Schulz-Nieswandt et al. 2012: 30). Um ihnen „Person-Sein“ (ebenda) zu ermöglichen, gilt es darüber hinaus, sie

sozial einzubetten. „Person-Sein ist nicht reduzierbar auf einen abstrakten Begriff des Individuums und eine dergestalt triviale und entleerte Verständnisform von Freiheit. Person-Sein ist immer gekoppelt an die dialogische Existenz mit dem Du, dem unmittelbar Anderen des Mit-Seins im sozialen Dasein“ (Schulz-Nieswandt 2012: 21). Für die neuen Wohnformen stellt sich daher als weitere Anforderung, die soziale Teilhabe von Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Teilhabe bezeichnet „den Horizont eines anzustrebenden Zustandes lebensweltlicher Eingebundenheit in modernen Gesellschaften“ (Franken 2014).

Diese Anforderung nach sozialer Teilhabe ist wesentliches Leitbild für die Gestaltung der Alltags- und Unterstützungsinfrastruktur und der Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen (Kesselheim 2013; Klie/Schuhmacher 2008; DG GG 2011) und ist in der UN-Behindertenrechtskonvention (United Nations 2006) rechtlich verankert. Soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe sind dementsprechend auch Leitbilder in der Demografiestrategie der Bundesregierung (BMI 2011). Auch das Leitbild der „Sorgenden Gemeinschaft“ des 7. Altenberichts der Bundesregierung greift Teilhabe-Aspekte auf (BMFSFJ 2016).

Neue Wohnformen haben im Sinne der Nutzerbedürfnisse auch sicherzustellen, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner am sozialen Leben teilhaben können. Der Begriff der Teilhabe bleibt jedoch häufig unbestimmt und fungiert als Sammelbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze und Konzepte. Auch sind die Ansprüche, die damit realisiert werden sollen, nicht eindeutig und für die einzelnen Zielgruppen sehr unterschiedlich definiert. In diesem Untersuchungskontext können daher nicht alle diskutierten Aspekte des Teilhabe-Ansatzes berücksichtigt werden. Es wird der Schwerpunkt auf die „sozialen Einbindung“ gelegt, die als „die Möglichkeit, sich in einem sozialen Netzwerk einzubringen“ (Jann 2015: 164) zu verstehen ist und deren Sicherung vielfach als weitere konzeptionelle Besonderheit von neuen Wohnformen gilt (u.a. Forum gemeinschaftliches Wohnen 2014, Forum gemeinschaftliches Wohnen 2017).

Ein weiterer Aspekt zur Untersuchung der Qualität neuer Wohnformen soll daher sein, wie die neuen Wohnformen **Teilhabe durch soziale Einbindung** gewährleisten (teilhabebezogene Qualität).

Die Gewährleistung der **sozialen Einbindung** beinhaltet dabei nicht nur die Sicherung der internen und externen Kommunikation und eines wohnortnahen Austausches mit anderen Menschen (Klie et al. 2017), sondern auch Mitsprache- und Mitwirkungsmöglichkeiten bis hin zu Mitgestaltungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben im sozialen Nahraum zu sichern.

In diesem Kontext ist auch der Wunsch nach einem Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung mit zu berücksichtigen. Dies hat in der Vergangenheit eine Vielzahl von Studien zu den Wohnwünschen von älteren und hilfebedürftigen Menschen immer wieder bestätigt (u. a. COMPASS 2010; Generali Zukunftsfonds 2012; Böcken/Braun/Repschläger 2013). Die neuen Wohnformen sollten daher einerseits sicherstellen, dass ältere und pflegebedürftige Menschen auch bei wachsendem Hilfe- und Pflegebedarf in ihrem vertrauten Sozialraum verbleiben können. Angesichts der verstärkten Tendenz von Älteren ihren Wohnort zu verlassen, um in der Nähe der Angehörigen zu wohnen, ist andererseits eine „Öffnung zum Sozialraum“ (Klie et al. 2017: 146) anzustreben. Damit ist eine stärkere Vernetzung mit Akteuren in den umgebenden sozialen Nahräumen und Unterstützung der Austauschbeziehungen mit dem Sozialraum verbunden.

Beides setzt sozialraumorientiertes Arbeiten voraus. **Sozialraumorientierung** meint zunächst einmal den sozialen Nahraum – also das Quartier, in dem Menschen leben, in dem sie ihre sozialen Bezüge und ihren Lebensmittelpunkt haben, mit dem sie sich als ihrem Lebensraum identifizieren – so zu erforschen und so zu gestalten, dass man auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dort wohnen bleiben kann und bei Bedarf im Wohnumfeld angemessen versorgt wird (Michell-Auli/Kremer-Preiß 2013). Neue Wohnformen können einen Beitrag dazu leisten, den sozialen Nahraum von Pflegebedürftigen mit in den Blick nehmen und auf die Bedarfslagen dieser Zielgruppe anzupassen. Sozialraumorientierung meint aber mehr als eine altersgerechte oder altersfreundliche Gestaltung von Quartieren. Es geht um „Age-friendly Cities and Communities“ im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es geht nicht nur darum, dass Städte ihre Infrastruktur an die Bedürfnisse älteren, weniger mobiler und pflegebedürftiger Menschen anpassen, sondern ebenso ältere Menschen als aktive Bürgerinnen und Bürger in die Entscheidungsprozesse einzubeziehen und sie zu unterstützen, ihr Leben selbst zu gestalten (World Health Organization 2007). Es geht darum, dass Ältere und Pflegebedürftige ihre eigenen Lebensverhältnisse mitgestalten (Budde 2006; Hinte/Treeß 2007; Hinte 2008; Fürst/Hinte 2014). Sozialraumorientiertes Arbeiten bedeutet für neue Wohnformen, die Wünsche der Menschen zu berücksichtigen und in ihrem Lebensraum durch Kooperation und Koordination und Nutzung der lokalen Ressourcen Unterstützungsarrangements unter aktiver Beteiligung der betroffenen Menschen zu gestalten.

Das Besondere an neuen Wohnformen ist, dass sie nicht nur einzelne Aspekte, sondern alle drei Aspekte – Autonomie wahren, personelle Identität sichern, Teilhabe ermöglichen – sichern wollen, um den Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer ganzheitlich gerecht zu werden. Daher betonen Schulz-Nieswandt et al., die das Gelingen sehr unterschiedlicher neuer Wohnformen untersucht haben, diesen Dreiklang und sehen in der „sozial eingebette-

ten Entfaltung personaler Autonomie“ (Schulz-Nieswandt et al. 2012: 30) den Maßstab zur Beurteilung des Gelingens und damit auch der Qualität von neuen Wohnformen. Diese drei Bedürfnisfelder bilden quasi das „magische Dreieck“ der neuen Wohnformen an deren Realisierung sich ihre Qualität messen lässt.

2.3.2.2 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Die Berücksichtigung dieser Nutzerbedürfnisse führt für die neuen Wohnformen zu Anforderungen auf unterschiedlichen Ebenen. International und national ist in diesem Kontext die Differenzierung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian (Donabedian 1980) der am meisten verwendete Ansatz zur Bewertung vor allem der Pflegequalität. Den Qualitätsanforderungen des SGB XI einschließlich der MDK-Prüfung aber auch vielen externen Zertifizierungen liegen diese Qualitätsdimensionen nach Donabedian zugrunde. Sie sollen bei der Bestimmung der Merkmale zur Beurteilung der Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität in neuen Wohnformen daher ebenso zugrunde gelegt werden.

Strukturqualität

Mit dem Begriff Strukturqualität werden die Rahmenbedingungen bezeichnet, unter denen das Wohnen, die Pflege und die allgemeine Versorgung in den neuen Wohnformen stattfinden. Zum einen umfasst die Strukturqualität die eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen. Materielle Rahmenbedingungen beziehen sich auf Anforderungen an die bauliche Gestaltung der Wohnungen und Gemeinschaftseinrichtungen, die Infrastruktur sowie die technische Ausrüstung im Sinne der oben genannten Bedürfnisse. Unter personellen Ressourcen lassen sich die Anzahl, Kenntnisse, Fähigkeiten, Kompetenzen, Qualifikationen sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildungsstand des Personals subsumieren. Zum anderen gehören organisatorische und finanzielle Gegebenheiten, z. B. Arbeitskonzepte und rechtliche/vertragliche Bestimmungen, unter denen das Wohnprojekt umgesetzt wird, zur Strukturqualität.

Prozessqualität

Die Prozessqualität bezeichnet die Gesamtheit aller Aktivitäten, die im Verlauf der tatsächlichen Leistungserstellung stattfinden, umfasst also Maßnahmen zur Wohnraumgestaltung, der Pflege und Versorgung. Dazu zählen als Voraussetzung zur Umsetzung z. B. die Wohnungsanpassung, Maßnahmen zur Gestaltung des Pflegeprozesses, die Ausrichtung an einem Leitbild, die Dokumentation, die Pflegeplanung und Kooperation der unterschiedlichen Akteure und Vernetzung mit dem Sozialraum. Daneben beinhaltet die Dimension der Prozessqualität die Durchführung der wohnbegleitenden Dienstleistungen einschließlich Information und Beratung sowie die Durchführung der Pflegehandlungen und Versorgungsleistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Ergebnisqualität

Bei der Ergebnisqualität geht es um die Zielerreichung wohnungsbezogener und pflegerischer Interventionen und um die Wirkungen der Pflege und Versorgung hinsichtlich messbarer Veränderungen des Gesundheitszustandes, des Wohlbefindens oder der Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner. Ein besonderer Schwerpunkt bei der Beurteilung der Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität in den neuen Wohnformen soll auf der Erfassung der Ergebnisqualität liegen.

Für den Untersuchungszusammenhang gibt es bei der Erfassung der Ergebnisqualität eine Herausforderung: Es fehlt eine anerkannte Definition von Indikatoren, vor deren Hintergrund die Ergebnisqualität zu bewerten ist. Wingenfeld verweist darauf, dass man von Ergebnisqualität nur dann sprechen kann, wenn einerseits Veränderungen gemessen werden können und andererseits ein vorausgegangener Versorgungsprozess einen Beitrag zu diesen Veränderungen geleistet hat. „Die Vorstellung der Veränderung des Gesundheitszustands (bei einem weiten Gesundheitsbegriff) und die Beeinflussbarkeit durch professionelle Unterstützung“ (Wingenfeld et al. 2011: 15) bilden das gemeinsame Grundverständnis von Versorgungsergebnissen (outcomes) in der internationalen Diskussion (Wingenfeld et al. 2011). Der Nachweis, dass Leistungsträger oder Wohnraumanbieter vor allem ambulanter neuer Wohnformen solche **Wirkungen** durch ihre Maßnahmen erzielt haben, ist noch um ein Vielfaches schwieriger als im stationären Bereich. Denn der Zustand eines Pflegedürftigen in der ambulanten Versorgung ist in hohem Maße von der Situation vor Ort und den Einflüssen vieler an der Pflege und Versorgung Beteiligter abhängig. Alle diese Faktoren beeinflussen das Ergebnis, liegen aber unter Umständen nicht im Verantwortungsbereich der Wohnprojektinitiatoren oder Pflegedienste.

Eine Wirkungsanalyse zur Erfassung von Ergebnisqualität ist daher in diesem Kontext nicht zu leisten. Allenfalls kann eine Befragung der Klientinnen und Klienten/Angehörigen zur **Zufriedenheit** oder zum Wohlbefinden erfolgen. Subjektives Erleben von Zufriedenheit und Wohlbefinden werden als Schlüsselindikatoren für hohe Lebensqualität benannt. Die Erforschung der Nutzerperspektive als Zufriedenheitsbefragungen angelegt, bildet einen wichtigen Zweig der Qualitätsbeurteilung – auch unabhängig von der Wirkungsforschung (Wingenfeld 2003). Die Betroffenen selbst sollen Auskunft über ihre Befindlichkeit geben. Wenn im Untersuchungskontext Ergebnisqualität beurteilt wird, wird daher die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer erfasst. Das Erleben von Zufriedenheit wird mit dem Abgleich von einer individuellen Erwartung und des tatsächlich eingetretenen Ereignisses gleichgesetzt.

2.3.2.3 Merkmale

Es stellt sich die Frage, welche Anforderungen von den neuen Wohnmodellen zu erfüllen sind, um den Nutzerbedürfnissen gerecht zu werden bzw. welche Anforderungen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene zu überprüfen sind, um die Qualität der neuen Wohnformen beurteilen zu können. Es gilt Qualitätsmerkmale und Qualitätskriterien zu bestimmen, um die Qualität untersuchen zu können. In der Herleitung von Qualitätsmerkmalen sehen Hasseler et al. (2016) den ersten Schritt für ein systematisches Verständnis von Qualität und die Basis für die Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen. **Qualitätsmerkmale** sind Anforderungsniveaus sog. Soll-Niveaus, die an eine Wohnform gestellt werden. Sie umschreiben eine Art Mindeststandards an die Wohnform, die sich aus der Erwartungshaltung/den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer und fachlich anerkannten Anforderungen ergeben. **Qualitätskriterien** umfassen Eigenschaften zur Erfüllung der Soll-Niveaus und **Qualitätsindikatoren** sind Orientierungsmaßstäbe zur Erfassung des Umsetzungsgrades der Eigenschaften, es sind konkrete Kenngrößen, um die Umsetzung des Qualitätskriteriums messen zu können (Hasseler et al. 2016). Erst wenn Qualitätsmerkmale (Soll-Niveaus) definiert sind, können anschließend Kriterien und Indikatoren bestimmt werden, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität über einen Soll-Ist-Vergleich zu ermitteln.

Zur Ermittlung der Anforderungsniveaus wurde im Forschungskontext eine umfassende Literaturanalyse durchgeführt. Ziel war es, auf der Grundlage bisher vorliegender wissenschaftlichen Studien, Praxiserfahrungen, Expertenmeinungen, Standards und rechtlichen Vorgaben Merkmale zu definieren, die Anhaltspunkte geben, wie das Portfolio von neuen Wohnformen – also das Wohn- sowie Hilfe- und Pflegeangebot – gestaltet sein muss, um den Nutzerbedürfnissen im Sinne der drei oben genannten Aspekte gerecht zu werden.

Insgesamt liegt eine systematische Aufarbeitung des Wissens, welche Qualitätsmerkmale neue Wohnformen erfüllen sollten, noch nicht vor. Vor allem auch, weil dies für die verschiedenen Wohntypen sehr unterschiedliche Merkmale sein können. Auch haben definierte Qualitätsmerkmale zu Wohnangeboten für Pflegebedürftige nicht immer einen direkten Bezug zur Qualität neuer Wohnformen, sondern basieren auf allgemeinen Erfahrungen bei der Gestaltung der Wohn- und Versorgungssituation Pflegebedürftiger. Zudem befindet sich das aufbereitete Wissen vielfach noch auf den unteren Evidenzstufen von qualitativen Studien oder Expertenmeinungen und Praxiserfahrungen. Wissenschaftlich fundierte Studien, die explizit Qualitätsmerkmale neuer Wohnformen untersuchen, gibt es wenige. Von daher wird in diesem Untersuchungszusammenhang immer nur eine Auswahl von Merkmalen zur Erfassung der Qualität zu überprüfen sein und auch die ge-

troffene Auswahl bedarf in Zukunft einer systematischen Überprüfung und Weiterentwicklung. Die im Folgenden ausgewählten Merkmale (siehe die Merkmalsliste im Anhang) zur Untersuchung der Qualität der neuen Wohnformen können daher lediglich als erster Einstieg in die Qualitätsdiskussion für neue Wohnformen gewertet werden.

Die Merkmale sind verschiedenen Handlungsfeldern zuzuordnen. Handlungsfelder sind Bereiche, wo es um die konkrete Ausgestaltung der Anforderungen geht. Insgesamt wurden in den Handlungsfeldern Wohnen, Alltagshilfen, Pflege und Organisation folgende Merkmale zur Beurteilung der Qualität der neuen Wohnmodelle als relevant angesehen:

Merkmale im Handlungsfeld „Wohnen“

Die Wohnqualität hat besondere Bedeutung für Ältere und Pflegebedürftige, um die Nutzerbedürfnisse nach Selbstständigkeit, Personalität und Teilhabe zu realisieren. Im Wohnen drücken sich Identitätsentwürfe des Menschen aus und realisiert sich die lebensweltliche Einbettung und Verflechtung in und mit dem Wohnumfeld (Claßen et al. 2014). Die Wohnung und das Wohnumfeld werden für Ältere und Pflegebedürftige aufgrund des eingeschränkten Aktionsradius zudem zum sozialen Lebensmittelpunkt. Damit eine Wohnung diese Funktionen für Pflegebedürftige erfüllen kann, muss sie bestimmten Anforderungen gerecht werden.

Untersuchungen belegen, dass der Wohnungsbestand vielfach nicht auf die besonderen Bedarfslagen Älterer und Pflegebedürftiger ausgerichtet ist (u. a. BMFSFJ 2009). Da neue Wohnformen nicht immer neu gebaut werden, sondern bestehende Bausubstanz genutzt wird, kann davon ausgegangen werden, dass gerade die Wohnsituation nicht immer den notwendigen Anforderungen (wie z. B. die barrierefreie Gestaltung, zu geringe Individualflächen, keine individuellen Sanitärbereiche, kein Zugang zu Freibereichen) entspricht. Entsprechend wurden in der Vergangenheit auch bei neuen Wohnformen eine Reihe von Qualitätsmängeln in der Wohnung nachgewiesen (Klie et al. 2017, Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2004). Es ist also zu prüfen, ob die Wohnprojekte ein bedarfsgerechtes Wohnangebot für Pflegebedürftige vorhalten.

Folgende Merkmale wurden daher für das Handlungsfeld Wohnen für diesen Untersuchungszusammen ausgewählt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Merkmale zur Untersuchung der Wohnqualität

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Wohnung/Wohnanlage	(Vollständige) Ausstattung der Wohnung (Küche, Wohn-/Schlafraum, Bad) Barrierefreie/-arme Gestaltung (Zugang zu) Freibereiche(n) (Eigenes) Zimmer/ individuelle Rückzugsbereiche (Ausreichende) Zimmer-/Wohnungsgröße Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Wohnraumgestaltung Sicherung der Privatsphäre (Abschließbarkeit) (Kommunikationsanregende) Gemeinschaftsräume/-flächen Barrierearme Gestaltung der Gemeinschaftsflächen
Wohnumfeld	Unterstützende technische Ausrüstung (Erreichbarkeit von) Infrastruktur (Sicherung/Erreichbarkeit von) Mobilitätsangebote(n) Vernetzung mit dem Sozialraum Kontaktpflege im Wohnumfeld

Die jeweilige Begründung für das ausgewählte Merkmal wird im Folgenden dargelegt.

▪ „Wohnung/Wohnanlage“

Die Gestaltung der Wohnung bzw. der Wohnanlage insgesamt kann erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner haben. Studien belegen, dass **Barrieren** innerhalb der Wohnung die selbstständige Lebensführung erheblich beeinträchtigen können und vielfach Grund für den Umzug in andere Wohnformen sind (u. a. Saup 2001). Nicht vollständig eingerichtete Wohnungen (also Wohnungen ohne Küche oder ohne innenliegendem WC und Bad) können eine selbstständige Haushaltsführung erschweren. Wohnungen ohne frei zugängliche **Außenanlage** haben einen negativen Einfluss auf das Gefühl von Freiheit und Selbstwert (Schwarz/Rodiek 2007) und können bei Menschen mit Demenz zu mehr Ängstlichkeit und Verunsicherung führen (Rapp/Topo 2007). Fehlende **Gemeinschaftsräume** in der Wohnanlage oder fehlende Freizeit- und Kommunikationsangebote können die soziale Einbindung erschweren (u. a. Saup 2001; Oswald/Konopik 2015). Die ungenügende Berücksichtigung **individueller Gestaltungsmöglichkeiten** oder fehlende Sicherung der Privatsphäre oder mangelhafte Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Gestaltungsanforderungen können ebenso

Einfluss auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner haben (KDA – Landesinitiative Demenz Service 2007).

■ „Wohnumfeld“

Die Wohnqualität wird jedoch nicht nur durch die bedarfsgerechte Gestaltung der Wohnung bestimmt. Auch das Wohnumfeld kann die Wohnsituation in der Qualität erheblich beeinträchtigen und daher wurden in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe von Gestaltungsanforderungen für ein altersgerechtes oder demenzgerechtes Wohnumfeld definiert (BMVBS 2012a, 2012b, 2001, 2000). „Nach draußen gehen können, bietet wichtige physische und mentale Aktivitäten und Stimulation und hilft dabei, die eigene Unabhängigkeit und Selbstachtung aufrecht zu erhalten. Dies wiederum steigert Gesundheit und Wohlergehen“ (Mitchell & Burton 2010). Aktivitäten im Außenbereich haben eine hohe Bedeutung für die Selbstachtung und Unabhängigkeit insbesondere für Menschen mit Demenz (Mitchell et al. 2004). Verminderte Aktivitäten draußen empfinden Menschen mit Demenz daher als Verlust der Lebensqualität (Blackman et al. 2007).

Barrieren im Wohnumfeld können die Aktivitäten im Außenraum bei Mobilitätseinschränkungen oder bei Demenz erschweren. Wege und Plätze mit Stufen und Schwellen, ohne rutschfesten Bodenbeläge, fehlen Sitzgelegenheiten oder öffentliche Toiletten oder eine unzureichende Beleuchtung der Straßen und Plätze können die Mobilität im Außenbereich erheblich einschränken und damit die Selbstständigkeit und Teilhabe gefährden (Oswald/Wahl 2005).

Zudem kann eine **fehlende Infrastruktur** im Wohnumfeld bei Mobilitätseinschränkungen die selbstständige Haushaltsführung erschweren. Untersuchungen belegen, dass viele Seniorenhaushalte in einem Wohnumfeld leben, in dem sie fußläufig keinen Einzelhändler, keine Haltestelle des ÖPNV und keinen Arzt/keine Apotheke erreichen können (Eberlein/Klein-Hitpaß 2012). In der Vergangenheit sind auch neue Wohnformen vielfach auf die „grüne Wiese“ platziert worden – weil hier günstigeres Bauland verfügbar war (Saup 2001). Dies erschwert nicht nur die selbstständige Haushaltsführung, sondern auch die soziale Integration der Bewohnerinnen und Bewohner. **Fehlende Begegnungsmöglichkeiten** im nahen sozialen Umfeld können vor allem für die wachsende Zahl alleinlebender älterer und pflegedürftiger Menschen eine Beeinträchtigung ihrer Lebensgestaltung zur Folge haben (Kreuzer/Scholz 2011).

Begegnungsmöglichkeiten bilden ebenso eine wesentliche Grundlage um Vernetzungsstrukturen im Sozialraum aufzubauen. Dies wiederum stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, um Unterstützungspotenziale im Wohnumfeld für Pflegebedürftige

tige zu aktivieren (KDA 2013). Durch eine stärkere Vernetzung der Wohnangebote im Sozialraum kann für Menschen mit Unterstützungsbedarf mehr Versorgungssicherheit gewährleistet werden (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009).

Merkmale im Handlungsfeld „Alltagshilfen“

Wohnformen, die den Nutzerbedürfnissen und fachlichen Anforderungen gerecht werden wollen, müssen nicht nur ein entsprechendes Wohnangebot gestalten, sondern auch bei Bedarf entsprechende unterstützende Leistungen vorhalten, damit die Bewohnerinnen und Bewohner selbstständig und sozial eingebunden leben können. Im Rahmen der Untersuchung wird bei den unterstützenden Leistungen zwischen der gesundheitsfördernden Fachpflege und allgemeinen Versorgungsleistungen im Alltag differenziert. Damit wird die pflegewissenschaftliche Diskussion aufgegriffen, die im Bereich Pflege zwischen Fachpflege, Medizin und Therapie – als CURE bezeichnet – und der Sorge um die Alltagsgestaltung, die persönliche Unterstützung und die hauswirtschaftliche Versorgung – als CARE bezeichnet – unterscheidet. Zu den Hilfen im Alltag gehören hauswirtschaftliche Hilfen, Betreuung und Begleitung und auch die Sicherstellung von Information und Beratung. Es ist zu prüfen, wie die neuen Wohnformen bei Bedarf solche Unterstützungsleistungen sicherstellen. Dabei gilt es nicht nur, die über Expertenstandards definierte Fachlichkeit zu sichern, sondern vor allem auch die individuellen Präferenzen und Ressourcen Unterstützungsbedürftiger zu berücksichtigen. Ebenso ist in den Blick zu nehmen, wie diese Hilfen zwischen den vielfältigen Akteuren ausbalanciert und koordiniert werden. Folgende Merkmale für das Handlungsfeld Alltagshilfen wurden untersucht, um feststellen zu können, ob die neuen Wohnformen den gewünschten Anforderungen gerecht werden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Merkmale zur Untersuchung der Qualität der Alltagshilfen

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Information/Beratung	Informations- und Beratungsangebote zum Leistungsangebot Einzugsgespräche Anleitung Notrufhandhabung
Betreuung/Begleitung	Informationen zum Wohnumfeld Betreuungskraft für das Alltagsleben Tagesstrukturierende Angebote Unterstützung sozialer Kontakte Bewohner-Personal-Beziehung Kommunikations-/Freizeitangebote (Sicherung) Fahr- und Begleitedienste (Möglichkeit der) Mitbewohnerauswahl Mitspracherechte bei Tagesgestaltung
Haushaltshilfen	(Sicherung) Reinigungshilfen (Sicherung) Wäschedienste (Sicherung) Mahlzeiten-/Getränkeversorgung (Sicherung) Einkaufshilfen Einzugsmanagement

Die Auswahl der Merkmale für dieses Handlungsfeld begründet sich auf der Grundlage folgender Erfahrungen, Untersuchungen oder Expertenmeinungen.

▪ **„Information/Beratung“**

Um möglichst lange selbstständig und selbstbestimmt zu wohnen, ist eine wesentliche Voraussetzung, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ausreichend über das Leistungsangebot des Wohnprojektes und mögliche unterstützende Angebote im Wohnumfeld informiert sind. Gerade in neuen Wohnformen wird häufig von den Nutzerinnen und Nutzern beklagt, dass sie über das Kosten- und Leistungsangebot nicht hinreichend informiert werden. In der Studie von Saup zum Betreuten Wohnen konstatierten Bewohnerinnen und Bewohner, auch drei Monate nach Einzug immer noch nicht zu wissen, wofür sie die Betreuungspauschale bezahlen (Saup 2001). In Qualitätsleitlinien zur Gestaltung altersgerechter Wohnformen wird die Sicherung der Information und Beratung daher auch als ein wesentliches Qualitätskriterium benannt (z. B. Qualitätssiegel Betreutes Seniorenwohnen, DIN 77800 Betreutes Seniorenwohnen, Grüner Haken – Qualitätskriterien für Pflegeheime/Seniorenresidenzen). Auch die Pflege-Charta fordert in Artikel 5, umfassende Information, Beratung und Aufklärung sicherzustellen und damit Transparenz über mögliche Angebote und Hilfen zu schaffen (BMFSFJ 2009). Als Merkmale zur Beurteilung der Qualität in diesem Bereich werden die Gestaltung

der **Beratungs- und Informationsangebote** für die Leistungen der Wohnanlage, die Gesprächsführung beim **Einzug** und die Aufklärung über die Handhabung von technischen Geräten in der Wohnanlage sowie das **Informationsangebot im Wohnumfeld** untersucht. Auch kann die **Transparenz** in der Vertragsgestaltung einen Anhaltspunkt für Qualitätsaspekte in diesem Bereich geben.

■ „**Betreuung/Begleitung**“

Um den Alltag selbstständig bewältigen und seine individuellen Bedürfnisse befriedigen zu können, sind unter Umständen auch Begleitung und Betreuung bei der Alltagsstrukturierung erforderlich.

Im Kontext der Begleitung geht es hier vor allem um die Sicherung **außerhäuslicher Aktivitäten** zum Erhalt der Selbstständigkeit und sozialen Teilhabe. Es geht um die Sicherung der Fortbewegung im außerhäuslichen Bereich, Begleitung beim Verlassen der Wohnung (zu Fuß oder mit dem Rollstuhl), Unterstützung bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahrgelegenheiten und Fahrdienste sowie Begleitung zu Behörden und Ärzten. Es geht aber auch um direkte außerhäusliche Aktivitäten wie Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen. Es soll untersucht werden, inwieweit die Bewohnerinnen und Bewohner in den neuen Wohnformen die Möglichkeit der tatsächlichen Teilnahme an solchen Aktivitäten haben bzw. ob solche Aktivitäten tatsächlich durchgeführt werden.

Die meisten der berücksichtigten Aktivitäten haben eine soziale Komponente bzw. einen Bezug zu sozialen Aktivitäten. Daher werden auch Merkmale zur Gestaltung **sozialer Kontakte** in diesem Themenbereich berücksichtigt, um dem Nutzerbedürfnis nach sozialer Einbindung gerecht zu werden. Sie umfasst den direkten Kontakt im Gespräch mit Angehörigen, Pflegepersonen oder Besuchern, anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und die Kontaktpflege außerhalb des direkten Umfelds. Dies beinhaltet u.a. die Organisation von Besuchen oder Telefon-, Brief- oder Mail-Kontakten mit Freunden und Bekannten. Ähnlich bedeutsam ist der Kontakt zu den Angehörigen, sie geben den Bewohnerinnen und Bewohnern soziale Unterstützung und praktische Hilfen und ihre Einbeziehung in den Versorgungsprozess hat positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner (Korte-Pötters et al. 2007). **Angehörigenarbeit** wird daher ein hoher Stellenwert insbesondere in neuen selbstorganisierten Wohnformen eingeräumt (Wolf-Ostermann/Gräske 2014). Auch die Qualität der Kontakte ist hier zu berücksichtigen. Vor allem der **respektvolle Umgang** des Pflege- und Betreuungspersonals mit den Bewohnerinnen

und Bewohnern wird unter Qualitäts Gesichtspunkten als „sehr relevant eingestuft“ (Wingefeld et al. 2011).

Im Kontext der Betreuung stehen Unterstützungsleistungen bei innerhäuslichen Aktivitäten im Vordergrund, deren Qualität untersucht werden soll. Bei der Auswahl der Merkmale wurde sich an Modul 6 des BIs „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ orientiert. Als Merkmale wurden Hilfestellungen bei der Gestaltung des **Tagesablaufs** nach individuellen Gewohnheiten und Unterstützungen zur Erhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus sowie bei **Aktivitäten zur Beschäftigung** im Alltag untersucht. Ein bedürfnisgerechtes und anregendes Aktivitätsangebot wird in Studien als Standard für Lebensqualität benannt (Heusel et al. 2009; Wingefeld et al. 2011).

■ „Haushaltshilfen“

Die selbstständige Haushaltsführung ist ein zentraler Bereich, um möglichst lange selbstständig leben zu können. In manchen neuen Wohnformen ist die selbstständige Haushaltsführung Bedingung, um einzuziehen zu können (z. B. Betreutes Wohnen). Einschränkungen in der Haushaltsführung sind häufig die ersten Zeichen einer sich abzeichnenden Abhängigkeit von personeller Hilfe. Alltagshilfen vor allem im hauswirtschaftlichen Bereich sind daher u. U. notwendig, um selbstständig wohnen zu können.

In diesem Themenbereich wird vor allem untersucht, inwieweit die **Unterstützung im Alltagsleben** gelingt. Es sollen hier das Angebot und die Organisation von Einkaufshilfen, der Mahlzeiten- und Getränkeversorgung, Sauberkeit sowie Reinigungs- und Aufräumhilfen als auch die Wäscheversorgung in den neuen Wohnformen beurteilt werden. Dabei geht es nicht nur darum, dass entsprechende Unterstützungsleistungen vorgehalten werden, sondern auch darum, dass diese Unterstützungsleistungen professionell im Sinne geforderter Expertenstandards erbracht werden. Gleichzeitig sind bei der Umsetzung die persönlichen Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner zu berücksichtigen. Gerade die Sauberkeit persönlicher oder öffentlicher Räume und die Mahlzeitenversorgung werden von älteren Menschen – vor allem in Wohneinrichtungen – als wichtige Dimensionen der Lebensqualität bezeichnet (Heusel et al. 2009). Die bedarfsgerechte Mahlzeitenversorgung wird in zahlreichen Qualitätssystemen als wichtiger Standard definiert (u. a. Artikel 4 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen oder beim „Grünen Haken“ dem Qualitätssystem für stationäre Einrichtungen (BMFSFJ 2009; Tinnefeldt 2002) und von den Bewohnerinnen und Bewohnern als sehr wichtige Dimension ihrer Lebensqualität benannt (Heusel et al. 2009). Das Mahlzeitenangebot sollte abwechslungsreich, altersgerecht und ge-

sundheitsförderlich sein und die Bewohnerbedürfnisse bei der Auswahl und Zusammensetzung der Speisen berücksichtigen.

Merkmale im Handlungsfeld „Pflege“

Um den Nutzerbedürfnissen gerecht zu werden, stellen sich für neue Wohnformen besondere Anforderungen, wenn ihre Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und pflegebedürftig sind. Ein weiteres Handlungsfeld für die neuen Wohnformen ist es daher, gesundheitliche Hilfe und Pflege bedarfsgerecht zu gestalten.

Wie die Pflege durch Dritte im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu gestalten ist, damit man von Pflegequalität sprechen kann, darüber gibt es keine einheitlichen Auffassungen und eine breite pflegewissenschaftliche Diskussion. Ebenso gibt es sehr vielfältige Instrumente, mit denen versucht wird, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Pflegeleistungen zu messen (u. a. E-Qalin 2009; NCHR & D Forum 2007; Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010; GKV-Spitzenverband 2011). Unabhängig von der Vielfalt und mangelnden Eindeutigkeit ist im Rahmen dieser Untersuchung eine umfassende qualitative Analyse des gesamten Pflegeprozesses für jeden Pflegebedürftigen in jedem Wohnprojekt – wie dies z. B. im Rahmen der MDK-Prüfungen über eine Zufallsauswahl erfolgt – nicht zu leisten. Eine Fokussierung auf einzelne Qualitätsaspekte ist erforderlich.

Auch hier soll die Pflegequalität vor allem im Hinblick auf die Umsetzung der genannten Nutzerbedürfnisse untersucht werden. Wird die pflegerische Unterstützung so geleistet, dass sie die Selbstständigkeit der Hilfebedürftigen unterstützt, dass sie sich an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert und dass sie die soziale Einbindung der Pflegebedürftigen stärkt? Die Sicherung einer fachgerechten Pflege ist dabei auch für neue Wohnformen zentral, um den Bewohnerinnen und Bewohnern ein möglichst selbstständiges und sozial eingebundenes Leben zu ermöglichen. Wie für die ambulante oder stationäre Pflege gelten daher auch hier die fachlichen Qualitätsanforderungen bei der Pflege. Daneben stellen sich aber bei neuen Wohnformen die besonderen Anforderungen, die Interessen der einzelnen Person zu wahren und Selbstpflege wie auch Selbstorganisation von Hilfe und Pflege in fachlichen Kontexten zu integrieren. Diese Qualitätsaspekte sollen in den Bereichen „Hilfen beim Erhalt elementarer Fähigkeiten“, „Hilfen beim Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen“ untersucht werden. Entsprechend wurden folgende Merkmale im Handlungsfeld Pflege untersucht (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Merkmale Pflegequalität

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Hilfen beim Erhalt elementarer Fähigkeiten	(Sicherung) Alltagsverrichtungen (Körperpflege, Ernährung, An- und Auskleiden, Ausscheiden) (Sicherung) Mobilität/Aktivierung
Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen	(Sicherung der) Versorgung bei schwerer Erkrankung/dauerhaft Notrufsicherung/Rund-um-die-Uhr-Betreuung/Nachtversorgung/Kurzzeit-/Tagespflege (Vermeidung von) Dekubitus (Vermeidung von) Stürzen (Vermeidung von) Ernährungsdefizite(n) (Sicherung der) Versorgung bei spezifischen krankheitsbedingten Belastungen (herausforderndes Verhalten/Demenz) (Sicherung) besondere(r) therapeutische(r) Anwendungen (z. B. Physio-, Ergo-, Logotherapie) (Vermeidung von) Schmerzen (Schmerzmanagement)

■ „Hilfen beim Erhalt elementarer Fähigkeiten“

Der Erhalt elementarer Fähigkeiten ist Voraussetzung für den Erhalt der Selbstständigkeit der Bewohnerin bzw. des Bewohners in zentralen Lebensbereichen sowie für ein selbstbestimmtes Leben mit und trotz chronischer Krankheit und kann eine Voraussetzung für die soziale Einbindung sein. Zu den elementaren Fähigkeiten werden in diesem Kontext zum einen die „Mobilität“ und „Fähigkeit zu Alltagsverrichtungen“ gezählt.

Beeinträchtigungen der Fähigkeit, sich fortzubewegen, wirken sich in nahezu allen Lebensbereichen aus und sind in vielen Fällen ausschlaggebend für den Verlust von Selbstständigkeit bei der Durchführung anderer Aktivitäten. **Mobilität** ist von elementarer Bedeutung für den Grad der Abhängigkeit von Fremdhilfe und ist auch von zentraler Bedeutung für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit. Zugleich ist Mobilität eine wichtige Ressource zur Kompensation und Bewältigung von anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und zur Sicherung sozialer Teilhabe (Wingenfeld et al. 2011). Eine eingeschränkte Mobilität kann auf körperlicher Ebene sekundäre Folgen haben, wie etwa ein erhöhtes Risiko zu Dekubitalgeschwüren, körperlicher Abbau oder Sturzrisikoerhöhung (Williams et al. 2005). Eine Studie von Andersen et al. macht deutlich, dass der Grad der Mobilität auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Demenzbeeinflusst, jedoch in Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkungen (Andersen et al. 2004). Mobilität ist damit ein entscheidender Aspekt

für die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Förderung bzw. der Erhalt der Mobilität gehört entsprechend zu den Kernaufgaben der Pflege und stellt ein Modul zur Feststellung des Selbstständigkeitsgrades im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Modul 1 „Mobilität“) dar. Das Modul 1 „Mobilität“ umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im innerhäuslichen Bereich, denen für die Selbstständigkeit entscheidende Bedeutung zugerechnet wird. Zur Mobilität im innerhäuslichen Bereich gehören die Fähigkeiten zum Positionswechsel im Bett, stabile Sitzpositionen zu halten, Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches sowie Treppensteigen (Wingenfeld et al. 2011).⁶ Aufgrund seiner Bedeutung sollen auch die neuen Wohnformen für ihre pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner aktivierende und mobilitätsfördernde Maßnahmen im Rahmen der täglichen Pflege berücksichtigen.

Neben der Mobilität gehört zu den elementaren **Fähigkeiten Alltagsverrichtungen** möglichst selbstständig ausführen zu können. Selbstständig die Körperpflege zu vollziehen, sich an- und auszukleiden, Nahrung aufzunehmen und die Toilette zu benutzen, ist für die Lebensführung von zentraler Bedeutung und bestimmt in hohem Maße den Pflegebedarf. Fehlende Selbstständigkeit im Bereich der Alltagsverrichtungen führt nicht nur zu Aktivitätseinschränkungen, sondern kann auch das Wohlbefinden und die Lebensqualität schwerwiegend beeinträchtigen (Weick 2006). Es ist daher auch eines der wichtigsten pflegerischen Ziele und stellt in der Praxis derzeit den umfangreichsten Teil einer individuellen Pflegeplanung dar (Radzey et al. 2001; Wingenfeld et al. 2011). In Modul 4 Selbstversorgung des BIs wird dieser Aspekt entsprechend berücksichtigt. Zur Selbstversorgung nach Modul 4 gehören die Bereiche Körperpflege (vorderen Oberkörper waschen, Rasieren, Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Intimbereich waschen, Duschen oder Baden, Haare waschen), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/Getränk eingießen, Essen, Trinken) und Ausscheiden (Toilette/Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma, Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma). Die Inhalte sind weitgehend deckungsgleich mit Handlungen, die mit „Aktivitäten des täglichen Lebens“ angesprochen werden.⁷ Aufgrund

⁶ Das Modul 7 des NBAs **Außerhäusliche Aktivitäten** umfasst mehrere Aspekte der außerhäuslichen Mobilität, wobei diese vor allem Aktivitäten berücksichtigen, die eine starke soziale Komponente bzw. einen Bezug zu sozialen Aktivitäten haben und daher bei dem Themenbereich Alltagsleben Berücksichtigung finden.

⁷ Nach Wingenfeld hat der Begriff der Selbstversorgung den Vorteil, fehlerhafte Gleichsetzungen von z. B. ADL Alltagsverrichtungen und AEDL nach Krowinkel auszuschließen. Das ADL (Activities of Daily Living)-Konzept konzentriert sich vor allem auf verrichtungsbezogene Aktivitäten (ADL 1. Sich pflegen, 2. Essen und Trinken, 3. Ausscheiden, 4. Sich bewegen: An- und Auskleiden, zu Bett gehen). Das Pflegekonzept der AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Le-

der hohen Bedeutung soll auch bei den neuen Wohnformen untersucht werden, wie durch eine entsprechende Fachlichkeit Pflegebedürftige bei Alltagsverrichtungen unterstützen.

▪ „Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen“

Ein weiterer Themenbereich enthält Merkmale, mit denen überprüft werden soll, wie die neuen Wohnformen mit häufig auftretenden Gesundheitsrisiken und -belastungen umgehen. Krankheitsbedingte Belastungen sind von elementarer Bedeutung für das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner und ein fachgerechter Umgang mit diesen ist eine Voraussetzung für Wohlbefinden und Sicherung eines bedürfnisgerechten Alltagslebens. Krankheitsbedingte Belastungen können sehr vielfältig sein und sehr differenzierte Maßnahmen erforderlich machen. Wie komplex dieses Feld ist, wird sichtbar in Modul 5 „Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ des BIs zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.⁸ Die Untersuchung kann nur einzelne Aspekte krankheitsbedingter Belastungen untersuchen. Sie konzentriert sich vor allem auf krankheitsbedingte Belastungen, durch die die Selbstständigkeit sowie soziale Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner in besonderer Weise gefährdet werden können. Hierzu gehören die Entstehung eines Dekubitus, Sturzfolgen und Ernährungsprobleme.

Ein **Dekubitus** ist ein schwerwiegendes, den weiteren Verlauf von Pflegebedürftigkeit und Pflege prägendes Gesundheitsproblem, das auch in neuen Wohnformen auftritt (Wolf-Ostermann/Gräse 2014). Damit sind für die Betroffenen Folgen wie Schmerzen, Beschränkungen der Selbstständigkeit und/oder der Notwendigkeit medizinischer Behandlung verbunden. Für Betroffene geht das Auftreten eines Dekubitus daher oft mit einer Einschränkung ihrer gesamten Lebensqualität einher (Wingefeld et al. 2011). Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass sich durch eine systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos und die Anwendung prophylaktischer

bens) bezieht weitergehende Bedürfnisse mit ein (AEDL 1. Kommunizieren, 2. Sich bewegen, 3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten, 4. Sich Pflegen, 5. Essen und Trinken, 6. Ausscheiden, 7. Sich kleiden, 8. Ruhen und Schlafen, 9. Sich beschäftigen, 10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten, 11. Für eine sichere Umgebung sorgen, 12. Soziale Bereiche des Lebens sichern, 13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen), sie können jedoch hier in der Komplexität nicht berücksichtigt werden. Der Fokus soll daher auf allgemeinen Alltagsverrichtungen liegen.

⁸ Hier werden folgende Themenbereiche benannt, die in diesem Kontext bedeutsam sind: 1. Medikation, 2. Injektionen, 3. Versorgung intravenöser Zugänge (Port), 4. Absaugen oder Sauerstoffgabe, 5. Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen, 6. Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. BZ, RR etc.), 7. Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Prothesen, Kompressionsstrümpfe), 8. Verbandswechsel/Wundversorgung, 9. Wundversorgung bei Stoma, 10. Regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, 11. Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung (z. B. Bewegungsübungen, Atemgymnastik, Sekretelimination etc.), 12. Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung (wie Hämodialyse), 13. Arztbesuche, 14. Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden), 15. Zeitlich ausgedehnter Besuch medizinisch/therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden) 16. Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern).

Maßnahmen die Dekubitushäufigkeit erheblich reduzieren lässt (DNQP 2004a).

Stürze und deren Folgen sind sowohl im ambulanten aber auch im stationären Bereich ein gravierendes Problem (Heinze 2008). Auch in neuen Wohnformen kommt es immer wieder zu Stürzen (Wolf-Ostermann/Gräske 2014). Sturzgefahren ergeben sich nicht nur aufgrund der individuellen Sturzrisiken einzelner Personen, sondern auch aufgrund von Mängeln in der Wohnraumgestaltung und in der Versorgung. Infolge von Stürzen können sich für die Betroffenen erhebliche Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit (z. B. durch erhöhten Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und in der Mobilität) und Einbußen in ihrer Lebensqualität (z. B. Schmerzen) ergeben (DNQP 2006).

Von **Ernährungsdefiziten** sind in besonderem Maße ältere Menschen betroffen. Appetitlosigkeit, Kau- und Schluckprobleme oder motorische Einschränkungen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit können zur reduzierten Nahrungsaufnahme und damit verbunden zur Mangelernährung führen. Auch in neuen Wohnformen stellt sich das Thema Unterernährung als Problem (Wolf-Ostermann/Gräske 2014). Viele Pflegebedürftige brauchen Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, um Mangelernährungen zu verhindern. Für die betroffenen Personen ist Mangelernährung mit vielfältigen Gefährdungen verbunden, wie unbeabsichtigter Gewichtsverlust, neurologische Beeinträchtigungen, erhöhte Infektanfälligkeit und erhöhtes Risiko, bestehende Krankheiten zu verstärken (DNQP 2008), was ebenso die selbstständige Lebensführung und soziale Einbindung gefährden kann.

Zu diesem Themenfeld gehören auch Unterstützungsleistungen bei spezifischen krankheitsbedingten Bedarfslagen. Hier geht es um die Frage, wie die neuen Wohnformen mit Bewohnerinnen und Bewohnern umgehen, die **besondere krankheitsbedingte Bedarfslagen** haben. Es sollen Anforderungen an die neuen Wohnformen in den Blick genommen werden, die sich aus bestimmten Konstellationen der Pflegebedürftigkeit ergeben. Der Ausdruck „besondere“ Bedarfslagen ist hier nicht im Sinne von „außergewöhnlichem Bedarf“ zu verstehen, sondern drückt aus, dass hier jeweils nur bestimmte Bewohnergruppen angesprochen sind. Hier geht es insbesondere um Bewohnerinnen und Bewohner mit herausforderndem Verhalten aufgrund kognitiver Einbußen (einschließlich des Einsatzes von freiheits-/bewegungseinschränkenden Maßnahmen) oder die einen spezifischen therapeutischen Bedarf haben (physiotherapeutische, ergotherapeutische, logopädische Anwendungen) oder eine besondere Schmerzproblematik haben.

Vor allem eine fortschreitende **Demenzerkrankung** und damit einhergehende Verhaltensauffälligkeiten stellen einen wichtigen

Grund für den Umzug von Betroffenen in eine Wohnform mit mehr Versorgungssicherheit dar. Die Pflege demenzkranker Menschen stellt große Herausforderungen an alle, die diesen Personenkreis betreuen dar. Sie stellen auch in neuen Wohnformen eine besondere Herausforderung dar (Saup 2001; Wolf-Ostermann/Gräske 2014; Klie et al. 2017). Insbesondere werden hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen gefordert, wenn die zu betreuenden Menschen ein „herausforderndes Verhalten“ zeigen.⁹ Herausfordernde Verhaltensweisen sind häufig eine Ursache für restriktive Maßnahmen mit freiheitsentziehendem Charakter, was die Lebensqualität¹⁰ der Bewohnerinnen und Bewohner sehr beeinträchtigen kann.

In diesen Themenkomplex fallen auch weitere krankheitsbedingte Belastungen, die mittels **therapeutischer Anwendungen** behandelt werden können. Therapeutische Anwendungen wie z. B. Physiotherapie können die körperliche Funktionalität erhalten, verbessern oder wiederherstellen und damit helfen, die Alltagskompetenz sicherzustellen (Schäufele et al. 2008). Die Untersuchung von Voigt-Radloff belegt auch, dass z. B. Ergotherapie positive Effekte im psychosozialen Bereich hat (Voigt-Radloff et al. 2004). Wolf-Ostermann/Gräske sehen daher auch in der Teilnahme der Bewohnerinnen und Bewohner an therapeutischen Maßnahmen einen wichtigen Qualitätsindikator auch für neue Wohnformen (Wolf-Ostermann/Gräske 2014).

Zu weiteren krankheitsbedingten Belastungen gehören insbesondere **Schmerzen**. Der Vermeidung bzw. Minderung von Schmerzen kommt für die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern neuer Wohnformen eine hohe Bedeutung zu. Ältere mehrfach erkrankte Menschen haben ein hohes Risiko unter Schmerzen zu leiden (Robert Koch-Institut 2009). Andauernde Schmerzen können bei den Betroffenen sowohl zu körperlichen als auch psychosozialen Problemen führen und deren Lebensqualität stark beeinträchtigen (Maier et al. 2010). Gefor-

⁹ In der Fachliteratur wird der Begriff „herausforderndes Verhalten“ verwendet, weil er im Gegensatz zu Bezeichnungen wie „Verhaltensstörungen“, „Verhaltensauffälligkeiten“ und „Verhaltensproblemen“ nicht nur den intrinsischen Ursprung dieses Verhaltens – also verursacht durch die Betroffenen selbst -, sondern auch extrinsische Faktoren als Ursache berücksichtigt. „Der Begriff herausforderndes Verhalten legt den Fokus auf diejenigen, die sich durch ein bestimmtes Verhalten von demenziell erkrankten Menschen herausgefordert fühlen, z. B. Angehörige, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner“ (Bundesministerium für Gesundheit 2006:15).

¹⁰ Der Bedeutungsgehalt des Begriffs „Lebensqualität“ ist unbestimmt und vielfältig. Auch über die Frage, welche Bereiche zur Lebensqualität zählen, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Nach der Definition der WHO ist Lebensqualität „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (Bestmann 2013: 4). Für den hier relevanten Gesundheitsbereich soll die „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ im Mittelpunkt stehen. „Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) ist ein multidimensionales „Konstrukt“ aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch den Probanden“ (Robert Koch-Institut 2011).

dert sind nicht nur fachgerechte medizinische Behandlungen, sondern auch ein systematisches Schmerzmanagement z. B. in Form von regelmäßigen Schmerzeinschätzungen durch das Pflegepersonal. Für Bewohnerinnen und Bewohner mit bestehender Schmerzsymptomatik ist ein individuelles Schmerzmanagement erforderlich, um deren Lebensqualität zu sichern. Bestandteile eines solchen Schmerzmanagements sind: Das Erkennen einer Schmerzproblematik, die systematische Einschätzung der individuell vorhandenen Schmerzen und die Information der an der Schmerzbehandlung beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten (DNQP 2005).

Merkmale im Handlungsfeld „Organisation“

Die oben aufgeführten fachpflegerischen Dimensionen sind wichtige Qualitätsmerkmale im Handlungsfeld Pflege, deren Umsetzung zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen gefordert wird (Gräske et al. 2014). Die besondere Qualitätsanforderung neuer Wohnformen besteht jedoch nicht nur darin diese Fachlichkeit – wie bei anderen Wohnformen auch - zu gewährleisten. Aufgrund des komplexen Charakters pflegerischer Leistungen und der verschiedenen Akteure bei der Erbringung dieser Leistungen bedingt dies nicht nur, die direkte Arbeit an den Klienten in den Blick zu nehmen. Auch professionelle Aspekte der Berufsausübung und die Führung und Leitung der Organisation haben direkten Einfluss auf die Pflegequalität und müssen in die Qualitätsbewertung einbezogen werden. Im Pflegebereich ist nicht nur das Ergebnis, sondern auch die Pflegeprozessgestaltung und allgemeine Organisation qualitätsrelevant.

Klie et al. sehen dabei eine besondere Qualitätsanforderung in der „hybriden Organisation“ neuer Wohnformen. Es geht darum, einen organisatorischen Rahmen zu gestalten, um die Interessen des Einzelnen mit den organisatorischen Abläufen auszubalancieren. „Spezifisch für Wohngruppen ist jedoch die Qualität der Aushandlung in hybriden Organisationen [...]“ (Klie et al. 2017: 25). Dies gilt nicht nur für Wohngruppen. Auch in anderen neuen Wohnformen gilt es, die individuellen Präferenzen sowie die im Rahmen von Selbstorganisation eingebrachten Ressourcen zu berücksichtigen und die vielfältigen unterschiedlichen Akteure, die zur Sicherung der Versorgungskontinuität aktiv sind, zu koordinieren. Daher sollen auch besondere Qualitätsanforderungen an die Organisation von neuen Wohnformen berücksichtigt werden. Hierfür wurden folgende Merkmale ausgewählt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Merkmale zur Untersuchung der Organisationsqualität

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Konzeption	Leitbild/Betreuungskonzept/Bezugspflegekonzepte Biografiearbeit Vertragliche Regelung (Wahlfreiheit, Trennung von Wohn- und Dienstleistungsanbieter) Qualitätssicherungsmaßnahmen
Personalstruktur/-entwicklung	Personalausstattung Personalqualifizierung (Fachkraftquote, besondere Kenntnisse über Zielgruppe des Wohnprojektes z. B. Begleitung von Menschen mit Demenz) Vielfalt der Qualifikationsprofile Fort- und Weiterbildung
Prozessgestaltung/Koordination	Pflegeprozessessteuerung Versorgungskontinuität (Aktivierung) örtliche(r) Ressourcen/Ehrenamts-/Angehörigenarbeit/ Gestaltung Hilfemix/geteilte Verantwortung Betreuungs-/Hybrid-/Quartiersmanagement Einzugs-/Pflegeüberleitungsmanagement Selbstorganisationsgremien (z. B. Auftraggebergemeinschaften, Bewohnerbeirat)

Die Auswahl der Merkmale für dieses Handlungsfeld begründet sich auf der Grundlage von wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen wie folgt:

■ „Konzeption“

Eine systematische konzeptionelle Ausrichtung ist für die Gestaltung des Leistungsprozesses ein zentrales Qualitätsmerkmal. Die Arbeit nach einem **Leitbild** und definierten **Pflege- und Betreuungskonzept** wird von Expertinnen und Experten auch für neue Wohnformen als wichtiges Qualitätskriterium genannt (Wolf-Ostermann/Gräske 2014; Graf/Spengler 2008). Leitbilder und Betreuungskonzepte präzisieren Zielsetzungen in der Pflege, strukturieren die Pflegepraxis und geben den Mitarbeitenden Handlungsorientierung. Die konzeptionelle Ausrichtung bei neuen Wohnformen sollte dabei explizit die Nutzerbedürfnisse berücksichtigen. Sie sollten die Selbstständigkeitsförderung (z. B. durch eine entsprechende Mitarbeiteranleitung) und Förderung der sozialen Einbettung ebenso beinhalten, wie die Berücksichtigung der personalen Bedürfnisse und Ressourcen. Auch sollte **Biografiearbeit** fester Bestandteil eines Betreuungskonzeptes in neuen Wohnformen mit Pflegebedürftigen sein (Wolf-Ostermann/Gräske 2014), um den personalen Bedürfnissen besser gerecht werden zu können. Biografiearbeit erfasst biografische Daten, die bisherige Alltagsgestaltung und

die individuellen Lebensgewohnheiten der Bewohnerinnen und Bewohner und versucht diese kontinuierlich im Pflegealltag zu berücksichtigen. Die Studie von Serrano et al. belegt, dass die Integration von Biografiearbeit in den Pflegehandlungen bei Menschen mit Demenz zur Verringerung von depressiven Symptomen und zu größerer Lebenszufriedenheit führen kann (Serrano et al. 2004).

Zu diesem Bereich gehört auch die **Qualitätssicherung**. Im Rahmen eines systematischen Qualitätsmanagements gilt es, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität regelmäßig zu überprüfen. Nach den Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten Bereich sind Pflegedienste verpflichtet, bei den Qualitätsprüfungen nachzuweisen, wie sie einrichtungsintern oder -extern das Qualitätsmanagement umsetzen. Studien belegen, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen auch in vielen neuen Wohnformen umgesetzt werden – sowohl mit externen Qualitätsgremien als auch mit internen Qualitätssicherungsverfahren (z. B. in Form von Pflegevisiten und Qualitätszirkelarbeit) (Wolf-Ostermann/Gräse 2014; Priem 2012). Die Untersuchung soll einen Einblick geben, welche Instrumente die neuen Wohnformen zur Qualitätssicherung einsetzen, wie sie mit den externen Qualitätsanforderungen umgehen und welche Maßnahmen sie selbst neu entwickeln.

■ „Personalstruktur/-entwicklung“

In diesen Kontext gehören auch Merkmale zur Mitarbeiterstruktur, Mitarbeiterqualifikation und zur **Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern**. Pflege ist als persönliche Dienstleistung durch eine starke Beziehungsorientierung gekennzeichnet. Die zwischenmenschlichen Beziehungen und der Umgang zwischen Bewohnerschaft und Personal sind von wesentlicher Bedeutung für die Qualität des Pflegeprozesses. Ein angemessener **Personalschlüssel** und die Sicherung eines kontinuierlichen Pflegeprozesses mit möglichst wenigen Wechseln bei den Pflege- und Betreuungskräften sind weitere Qualitätskriterien (Strunk-Richter 2011), die hier zu berücksichtigen sind. Harrington et al. belegen, dass sich ein geringerer Personalschlüssel negativ auf die Qualität der Pflege auswirkt (Harrington et al. 2000). Eine andere Studie hat nachgewiesen, dass ein hoher Fachkraftanteil von entscheidender Bedeutung für eine hohe Pflegequalität ist (Castle/Engberg 2007). Die Personalstrukturen sind daher in den neuen Wohnformen im Rahmen einer Qualitätsbewertung zu untersuchen. Jedoch bleibt zu berücksichtigen, dass wissenschaftlich fundierte Orientierungspunkte zur Beurteilung einer angemessenen Personalbemessung mit einem erforderlichen Care- und Case-Mix für neue Wohnformen aktuell nicht vorliegen. Die aktuelle Debatte zur Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege (nach § 113c SGB XI) wird ergänzt wer-

den müssen, um eine Debatte zur Personalbemessung für neue Wohnformen zu führen, zu der die Untersuchung erste Anregungen geben kann. In diesen Kontext gehört auch die Berücksichtigung von **Ehrenamtlichen**, Nachbarn und anderen örtlichen Ressourcen (z.B. für Demenz sensibilisierte Einzelhändler) in die Betreuung und Pflege. Gerade dies kann eine wichtige Ressource sein, um Pflege- und Betreuungsqualität sicherstellen zu können. Positive Effekte in dieser Richtung werden vielfach in neuen Wohnformen bestätigt (u. a. Netzwerk SONG 2009a; Dörner 2007; Blinkert/Klie 2004; Kruse 2002).

Auch das **Qualifikationsprofil** der Mitarbeitenden ist unter Qualitätsaspekten zu beleuchten. Insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz sind gerontopsychiatrische Zusatzqualifikationen und Kenntnisse von speziellen Konzepten in der Begleitung von Menschen mit Demenz (z. B. Kitwood 2002, Naomi Feil 2013) wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Pflege. Gerontopsychiatrische **Weiterbildung** hat nach der empirischen Untersuchung von Kirchbaum et al. zu signifikanten Verbesserungen in verschiedenen Ergebnis-Parametern der Pflege geführt (Kirchbaum et al. 2005).

■ „Prozessgestaltung/Koordination“

Die Umsetzung neuer Wohnformen erfordert in hohem Maße ein besonders Koordinationsmanagement. Typisch für neue Wohnformen ist, dass sie Elemente der Selbstorganisation mit professionellen Leistungselementen mischen. Die Umsetzung folgt vielfach in „geteilter Verantwortung“ (Klie 2017) sehr unterschiedliche Akteure. Hier sind sowohl die Bewohnerschaft wie ihre Angehörigen, die sich eigenverantwortlich einbringen, zu berücksichtigen und weitere zivilgesellschaftliche Akteure wie auch professionelle Marktakteure, die an der Umsetzung im Sinne eines **Welfare Mixes** mitwirken. Die Akteure folgen jeweils sehr unterschiedlichen Logiken, die bei der Umsetzung zu berücksichtigen und im Sinne der Nutzerbedürfnisse der Betroffenen auszubalancieren sind. U.a. erfordert dies auch eine systematische Angehörigenarbeit. Die Akteurskonstellationen sind dabei vielfach einem dynamischen Wechsel ausgesetzt, der immer wieder neue Aushandlungsprozesse erfordert, um Versorgungskontinuität und Selbstbestimmung zu gewährleisten. Um dieser Dynamik neuer Wohnformen gerecht zu werden, stellt sich als besonderes Qualitätsmerkmal die Sicherung solcher koordinierenden Tätigkeiten – sei es als Betreuungsmanagement im Betreuten Wohnen oder als „**Hybridmanagement**“ bei Pflegewohngruppen (Klie 2017) oder als Quartiersmanagement in integrierten Wohnformen.

Bestandteil davon sind das **Einzugsmanagement** und Pflegeüberleitungsmanagement zur Sicherung der Versorgungskontinuität. Das Einzugsmanagement beinhaltet sämtliche Interven-

tionen, die bei einem Einzug eines pflegebedürftigen Menschen in eine neue Wohnform die Eingewöhnung sicherstellen. Das Pflegeüberleitungsmanagement soll vor allem bei Krankenhausaufenthalten Versorgungsbrüche verhindern. Für beide Prozesse ist eine gezielte Vorbereitung der Bewohnerinnen bzw. Bewohner und ihrer Angehörigen sowie ein ausführlicher Informationsaustausch und die Kooperation zwischen den verschiedenen beteiligten Professionen innerhalb und außerhalb des Wohnangebotes, in der Regel mit einem definierten Ablaufverfahren erforderlich. Das **Pflegeüberleitungsmanagement** koordiniert die Aufgaben und Abläufe aller an der Bewohnerversorgung beteiligten Stellen in einem systematisch geführten, kooperativen Prozess und setzt bei dieser Unterstützung sowohl auf der rein organisatorischen, als auch auf der persönlichen Ebene an (Sozialreferat der Landeshauptstadt München 2010).

Weiteres zentrales Merkmal in diesem Kontext sind Regelungen zur Stärkung der Selbstorganisation und Selbstverantwortung der Bewohnerschaft und Klärung der Verantwortlichkeiten im Umsetzungsprozess. Die Schaffung von **Selbstorganisationsgremien** (Auftraggebergemeinschaften oder Bewohnerbeiräte) sind wichtige Qualitätsmerkmale in diesem Kontext.

2.3.3 Wirtschaftlichkeit

Im nachfolgenden Abschnitt wird die Operationalisierung des Evaluationskriteriums der Wirtschaftlichkeit vorgestellt. Neben der Finanzierbarkeit aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer (Nachfrageseite) wird auch die Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftlicher Perspektive (Angebotsseite) beleuchtet. Im letzten Abschnitt wird aus Sicht der sozialen Sicherungssysteme – im Sinne der volkswirtschaftlichen Perspektive – dargestellt, welche fiskalischen Effekte bei einer Verbreitung von ausgewählten Wohnprojekten resultieren würden.

Tabelle 6: Merkmale Wirtschaftlichkeit

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Finanzierbarkeit aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer (Nachfrageseite)	Eigenbeitrag der Nutzerinnen und Nutzer (Angebot für die Nutzerinnen und Nutzer mit durchschnittlichem/niedrigem Einkommen finanzierbar) Verbleibende finanzielle Mittel für den persönl. Bedarf nach Abzug der Kosten für die Wohnform Finanzieller Entlastungsbeitrag durch Mitwirkung von Angehörigen und/oder Ehrenamtlichen
Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftlicher Sicht (Angebotsseite)	Kostendeckung (nach Nutzergruppen, Preisniveau, Auslastung) Wirtschaftlichkeit auch nach Anpassung der Versorgungsangebote unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen
Volkswirtschaftliche Perspektive	Perspektive der Sozialen Sicherungssysteme (Finanzierbarkeit für soziale Sicherungssysteme bei Verbreitung) Ressourceneinsatz (personell, finanziell) in Relation zu den Kosten (möglichst effizient)

2.3.3.1 Finanzierbarkeit aus Nutzerperspektive (Nachfrageseite)

Zukunftsfähige Wohnmodelle müssen für die Nutzerinnen und Nutzer auch bei hoher Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität bezahlbar bleiben, damit möglichst vielen (potentiell) pflegebedürftigen Menschen solche Wohnalternativen offenstehen. Gerade angesichts der Gefahr einer wachsenden Altersarmut (Kumpmann et al. 2012; Geyer/Steiner 2010; Heien et al. 2007; Krenz/Nagl 2009; Frommert/Himmelreicher 2010) werden in Zukunft noch mehr kostengünstige Wohn-, Pflege- und Versorgungsmodelle gefragt sein. Ob solche Wohnalternativen im Einzelfall bezahlbar und vielleicht sogar kostengünstiger als andere Wohnformen sind, wird vom jeweiligen Hilfebedarf und von der Einkommenssituation abhängen. Eine vergleichende wirtschaftliche Betrachtung für unterschiedliche Nutzergruppen ist daher unter dem Gesichtspunkt der Finanzierbarkeit der in Anspruch genommenen Leistungen zwingend erforderlich (**Nachfrageseite**).

Um die Finanzierbarkeit aus der Nutzerperspektive zu bewerten, bedarf es zunächst einer Gegenüberstellung der Kosten für Wohnen, Betreuung und Pflege sowie der Finanzierungsquellen der Nutzerinnen und Nutzer (Häcker et al. 2009; Häcker/Hackmann 2011). Siehe hierzu das Merkmal:

- Eigenbeitrag aus Nutzerperspektive (Angebot für die Nutzerinnen und Nutzer finanzierbar)

Neben der grundsätzlichen Finanzierbarkeit ist weiterhin zu prüfen, ob den Nutzerinnen und Nutzern auch nach Abzug der Kosten für die Wohnform ausreichend finanzielle Mittel für den persönlichen Bedarf verbleiben. So wird den Bewohnerinnen und Bewohnern gemäß § 27b des SGB XII ein angemessener Barbetrag zur persönlichen Verfügung – auch nach Abzug der Kosten für die Einrichtung – garantiert (Rothgang et al. 2014; Häcker et al. 2011). Siehe hierzu das Merkmal:

- Finanzielle Mittel für persönlichen Bedarf (ausreichend vorhanden)

Abschließend ist zu berücksichtigen, inwieweit die Einbindung bzw. Mitarbeit von Angehörigen/Ehrenamtlichen zu finanziellen Entlastungen der Nutzerinnen und Nutzer führt (Engels/Pfeuffer 2007). Siehe hierzu das Merkmal:

- Mitarbeit von Angehörigen/Ehrenamtlichen (finanzielle Entlastungen durch die Mitarbeit von Angehörigen/Ehrenamtlichen)

2.3.3.2 Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftlicher Sicht (Angebotsseite)

Die kostengünstige Gestaltung muss gleichzeitig sicherstellen, dass Initiatoren bzw. Anbieter solche Wohnangebote wirtschaftlich betreiben können (**Angebotsseite**). Methodisch werden im Rahmen der Evaluation zunächst die sogenannten **Vorlaufkosten** – im Sinne der Kosten für den Bau und Umbau des Gebäudes/der Wohnungen, Beratungskosten (z. B. externe Beratungsleistungen), Kosten für die Konzeptentwicklung (z. B. Personalkosten), Kosten für die Qualifizierung sowie weitere Kosten (z. B. Sachkosten) untersucht. Die fehlende Finanzierung von Entwicklungskosten bei der Marktimplementierung, Unklarheiten und Beschränkungen bei Regelfinanzierungsleistungen auf Seiten unterschiedlicher Kostenträger sowie fehlende Regelfinanzierungen für einzelne notwendige Leistungsbausteine haben die Etablierung neuer Wohn- und Versorgungsalternativen schon in der Vergangenheit erschwert (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009). Die vielfach kleinteilige Struktur und Integration in den sozialen Nahraum bedeuten weitere betriebswirtschaftliche Herausforderungen, wie z. B. die Finanzierung des Quartiersmanagements. Es wird daher im Rahmen der Evaluation zu prüfen sein, inwieweit die Initiatoren den Spagat zwischen Finanzierbarkeit durch die Nutzerinnen und Nutzer und betriebswirtschaftlicher Umsetzbarkeit bewältigen.

Um die betriebswirtschaftliche Finanzierbarkeit – im Sinne der Kostendeckung aus Sicht der Anbieter – zu überprüfen, bedarf es der Gegenüberstellung von Aufwendungen für Wohnen, Betreuung und Pflege und der entsprechenden Finanzierungsquellen (differenziert nach Nutzergruppen). Aus diesem Grund werden im Rahmen der Evaluation neben den Vorlaufkosten auch die **lau-**

fenden Kosten während des Projektbetriebs untersucht. In Anlehnung an die Gewinn- und Verlustrechnung wird in diesem Zusammenhang zwischen den Personalkosten, den Kosten für Räume und Gebäude sowie den sonstigen Kosten unterschieden. Im Rahmen dieser Aufstellung sind sowohl die Aufwendungen für die Bereitstellung der Leistungsmodul in den Bereichen Wohnen, Betreuung und Pflege sowie Soziales (Miet- und Nebenkosten, Personalkosten einschließlich Sozialleistungskosten, Haushaltskosten, Verwaltungskosten, allgemeine Betriebskosten, Abgaben) als auch die Entwicklungskosten des Projektes (Personalkosten für Projektentwicklung, Sachkosten) in den Blick zu nehmen (Augurzky et al. 2013). An dieser Stelle wird auch aufgezeigt, inwieweit sich der sich unterscheidende Personalmix auf die Wirtschaftlichkeit der Projekte auswirkt. Auf Seiten der Finanzierungsquellen sind die Erlöse differenziert nach Nutzergruppen (Eigenleistungen der Bewohnerinnen und Bewohner, Leistungen der Sozialversicherung: Kranken- und Pflegeversicherung, Leistungen der Sozialhilfe, Fördermittel etc.) zu ermitteln. Im Ergebnis lässt sich zeigen, für welche Nutzergruppen – unter Berücksichtigung des Pflegestufenmixes – ab welchem Auslastungsgrad eine Kostendeckung erreicht wird. Siehe hierzu das Merkmal:

- Kostendeckung (nach Nutzergruppen, Preisniveau, Auslastung)

Neben der Auswertung der projektbezogenen Ergebnisse im Status quo ist weiterhin zu prüfen, ob die Träger durch eine Veränderung des Leistungsangebots – einhergehend mit einer Modifikation der Kosten- und Bewohnerstruktur – einen wirtschaftlichen Betrieb der Einrichtung erreichen. Neben Anpassungen im Preis-Mengen-Gerüst sowie der Auslastungsquote ist weiterhin zu prüfen, inwieweit Änderungen im Ordnungsrecht bzw. der finanziellen Rahmenbedingungen zur Refinanzierung der Einrichtung den wirtschaftlichen Betrieb der Einrichtung ermöglichen bzw. verbessern. An dieser Stelle sind insbesondere die verschiedenen Förder- bzw. Anreizprogramme der Länder in den Blick zu nehmen (Augurzky et al. 2008). Siehe hierzu das Merkmal:

- Wirtschaftlichkeit auch nach Veränderung des Leistungsangebots

2.3.3.3 Volkswirtschaftliche Perspektive im Kontext der sozialen Sicherungssysteme

Im Rahmen der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist jedoch nicht nur relevant, wie im Einzelfall oder im einzelnen Betrieb die Finanzierung gesichert werden kann. Zukunftsfähige Wohnformen müssen auch im Gesamtkontext der sozialen Sicherung finanzierbar bleiben. Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird die Finanzierbarkeit von bedarfsgerechten Wohnformen für die wachsende Zahl von unterstützungsbedürftigen älteren

Menschen eine gesamtwirtschaftliche Herausforderung darstellen. Modellberechnungen, wie die Pflegebeitragssätze der Pflegeversicherung steigen könnten oder mit welchen Kostenbelastungen Kommunen im Rahmen der Sozialhilfe zu rechnen hätten, wenn an den bestehenden Wohn- und Versorgungsstrukturen nichts verändert wird, haben diese Herausforderung in den vergangenen Jahren eindringlich deutlich gemacht (Prognos 2014c; Hackmann/Wölbing 2014). Erforderlich sind für die Zukunft Wohnmodelle, die auch einen Beitrag dazu leisten können, die Ausgabenbelastungen für die öffentlichen Leistungssysteme zu senken oder zumindest nicht noch weiter zu erhöhen. Im Rahmen der Evaluation werden daher auch mögliche Auswirkungen der neuen Wohnformen auf die sozialen Sicherungssysteme untersucht.

Die bisherigen Evaluationsergebnisse zu den fiskalischen Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme – ausgelöst durch den altersgerechten Umbau der Wohnung – weisen in diesem Zusammenhang auf mögliche Einspareffekte hin (BBSR 2014; Prognos 2014a).

Im Rahmen dieser Evaluation wird daher überprüft, ob sich durch die zu untersuchenden Wohnformen die Einspareffekte realisieren lassen (BBSR 2014; Prognos 2014a; Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009) oder aber die angepassten Leistungssätze der Pflegeversicherung – insbesondere im ambulanten Bereich – zu Mehrausgaben gegenüber einer stationären Versorgung führen. Diese Mehrausgaben werden aktuell in dem Projekt: „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen (INAWO)“¹¹ parallel untersucht. Gemeint ist an dieser Stelle die schlichte Umwandlung stationärer Einrichtungen oder - im Zuge von Neugründungen - auf der Kombination von Wohnraumüberlassung mit teilstationären Angeboten und/ oder mit ergänzenden ambulanten Leistungsangeboten, sowie die damit verbundenen Mehrausgaben für die sozialen Sicherungssysteme. Die wirtschaftlichen Analysen bzw. Mehr-/Minderausgaben im Vergleich zu anderen Pflegesettings sind an dieser Stelle stets im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Pflegequalität zu betrachten. Siehe hierzu das Merkmal:

- Perspektive der Sozialen Sicherungssysteme (Finanzierbarkeit für soziale Sicherungssysteme bei Verbreitung)

Weiterhin ist zu prüfen, ob durch die neuen Wohnformen ein geringerer Einsatz von personellen und/oder finanziellen Ressourcen erreicht wird (Bertelsmann-Stiftung 2014; Prognos 2014b). Für diesen Analyseschritt werden die eingesetzten personellen und fi-

¹¹ <http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/heinz-rothgang/projekte/abgeschlossene-projekte/?proj=547>.

nanziellen Ressourcen der untersuchten Wohnformen mit denen der etablierten Versorgungssettings in der ambulanten und stationären Pflege verglichen. Siehe hierzu das Merkmal:

- Ressourceneinsatz (personell, finanziell) in Relation zu den Kosten (möglichst effizient)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass neben der Berücksichtigung der Nutzerbedürfnisse sowie der Gewährleistung einer möglichst hohen Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität es von entscheidender Bedeutung ist, ob die verschiedenen Wohnprojekte für die aktuellen sowie potentiellen Nutzerinnen und Nutzer finanzierbar sind. Gleichwohl ist auch die Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftlicher Sicht einzuhalten, da nur so ein nachhaltiger Betrieb des Wohnprojekts gesichert werden kann. Vor dem Hintergrund der knappen personellen und finanziellen Ressourcen in der Pflege sind auch die fiskalischen Effekte bei einer Verbreiterung einzelner Wohnprojekte von entscheidender Bedeutung.

2.3.4 Nachhaltigkeit

Die Operationalisierung des Evaluationskriteriums der Nachhaltigkeit wird nachfolgend entlang der drei Ebenen der nachhaltigen Finanzierung, der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie nachhaltiger Organisations- und Personalstrukturen vorgenommen.

Zum Begriff Nachhaltigkeit finden sich je nach Dimension – Ökologie, Ökonomie, Soziales – unterschiedliche Definitionen. So besteht das Ziel der ökonomischen Nachhaltigkeit darin, den Ertrag des Unternehmens zu maximieren. Darüber hinaus gilt es aber die Ressourcen, welche für diesen Ertrag benötigt werden, langfristig zu erhalten. Demgegenüber bezieht sich die soziale Nachhaltigkeit weitgehend auf die Verbesserung von individuellem und sozialem Wohl, hervorgerufen durch die Steigerung des Sozialkapitals (siehe Gabler Wirtschaftslexikon 2017).

Die Nachhaltigkeit der geförderten Wohnkonzepte ist dann gegeben, wenn die Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote im Anschluss an die Modellförderung weitergeführt werden und sich selbst tragen können. Gemäß einem Ressortbericht des Bundesministeriums für Gesundheit (2013) sind die nachhaltige Sicherung der Finanzierungsbasis sowie der Fachkräftebasis an dieser Stelle von fundamentaler Bedeutung. Praktische Erfahrungen zeigen, dass durchaus zukunftssträchtige Modellprojekte nach Ablauf der Förderphase häufig nicht mehr in der gleichen Form weiterbetrieben werden (können) (BBR 2005). Um diesem entgegenzuwirken, sollten schon während der Projektlaufzeit Vorkehrungen getroffen werden, die eine Weiterführung der Wohnprojekte nach Ablauf der Projektförderung möglich machen. Damit soll erreicht werden, dass sowohl der wirtschaftliche Betrieb als auch die Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität der geförderten Projekte nachhaltig

gesichert bleiben. Vice versa kann damit aber auch aufgezeigt werden, welche Rahmenbedingungen unterschiedlichster Art der Nachhaltigkeit eines Projektes im Wege stehen.

Im Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen soll die Nachhaltigkeit der geförderten Projekte auf drei Ebenen analysiert werden.

Tabelle 7: Merkmale Nachhaltigkeit

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Finanzierung	<p>Planung von Maßnahmen zur finanziellen Nachhaltigkeit (z. B. zur Sicherstellung einer langfristigen Finanzierbarkeit, zur Unabhängigkeit von Fördermitteln)</p> <p>Umsetzung von Maßnahmen zur finanziellen Nachhaltigkeit</p> <p>Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen</p>
Rechtliche Rahmenbedingungen	<p>Planung von Maßnahmen zur (ordnungs-)rechtlichen Nachhaltigkeit (z. B. in Kooperation mit den zuständigen Aufsichtsbehörden und Kostenträgern)</p> <p>Umsetzung von Maßnahmen zur (ordnungs-)rechtlichen Nachhaltigkeit</p> <p>Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen</p>
Organisations- und Personalstrukturen	<p>Planung von Maßnahmen zur organisatorischen/personellen Nachhaltigkeit (z. B. Einbindung von Ehrenamtlichen, Anpassung der Kooperations- und Hierarchiestrukturen, trägerübergreifende Integration in die regionalen Netzwerkstrukturen vor Ort)</p> <p>Umsetzung von Maßnahmen zur organisatorischen/personellen Nachhaltigkeit</p>

2.3.4.1 Finanzielle Nachhaltigkeit

Eine über die Projektlaufzeit hinausgehende Weiterführung von geförderten Projekten setzt zunächst eine nachhaltige Finanzierung des Betriebes voraus (Mehnert/Kremer-Preiß 2014). Hierfür ist eine Refinanzierung der Kosten ebenso zu gewährleisten wie der Abschluss von verlässlichen Vereinbarungen mit den Sozialleistungsträgern. Insbesondere sind für die geförderten Betriebskosten alternative Finanzierungsquellen zu erschließen. In den beiden nachfolgenden Unterkapiteln werden mit den entsprechenden Erhebungsinstrumenten folgende Fragestellungen untersucht:

- Welche Voraussetzungen müssen für eine nachhaltige Verstärkung des Projektes gegeben sein?
- Welche förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren beeinflussen eine nachhaltige Umsetzung des Konzeptes?

- Welche Maßnahmen hat der Projektträger geplant oder bereits umgesetzt, um eine nachhaltige Weiterführung des Wohnprojektes sicherzustellen?

Dabei sind auch die Sichtweisen der verschiedenen Zielgruppen zu berücksichtigen. Die verschiedenen inhaltlichen Fragestellungen wurden wie folgt operationalisiert:

- Planung von Maßnahmen zur finanziellen Nachhaltigkeit (z. B. zur Sicherstellung einer langfristigen Finanzierbarkeit, zur Unabhängigkeit von Fördermitteln)
- Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen

2.3.4.2 Rechtliche Nachhaltigkeit

Die Sicherung von Nachhaltigkeit erfordert weiterhin verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen. Häufig wird der Betrieb von Modellprojekten im Rahmen von Erprobungsklauseln bzw. Ausnahmeregelungen ermöglicht, die zeitlich befristet sind. Nach Ablauf des Erprobungszeitraumes können dann unter Umständen bauliche oder personelle Anforderungen auf die Projekte zukommen, die eine Fortführung des Betriebes gefährden. Die verschiedenen inhaltlichen Fragestellungen wurden wie folgt operationalisiert:

- Planung von Maßnahmen zur (ordnungs-)rechtlichen Nachhaltigkeit (z. B. in Kooperation mit den zuständigen Aufsichtsbehörden und Kostenträgern)
- Umsetzung von Maßnahmen zur (ordnungs-)rechtlichen Nachhaltigkeit
- Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen

2.3.4.3 Organisatorische und personelle Nachhaltigkeit

Neben der finanziellen und rechtlichen Nachhaltigkeit der Projekte sind auch die im Projekt geschaffenen Organisations- und Personalstrukturen im Hinblick auf ihre langfristige Tragfähigkeit zu untersuchen. So trägt eine Personalqualifizierung und -rekrutierung, die sich an den neuen Anforderungen in kleinteiligen Wohnformen orientiert, entscheidend zur Nachhaltigkeit der Projekte bei. Weiterhin wird die Nachhaltigkeit über innovative sozialraumorientierte Organisationsmodelle oder eine systematische Integration in regionale Verbundnetzwerke positiv beeinflusst (Kremer-Preiß/Stolarz 2008). Die verschiedenen inhaltlichen Fragestellungen wurden wie folgt operationalisiert:

- Planung von Maßnahmen zur organisatorischen/personellen Nachhaltigkeit (z. B. Einbindung von Ehrenamtlichen, Anpassung der Kooperations- und Hierarchiestrukturen, trägerübergreifende Integration in die regionalen Netzwerkstrukturen vor Ort),
- Umsetzung von Maßnahmen zur organisatorischen/personellen Nachhaltigkeit,
- Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen.

2.3.5 Übertragbarkeit

Im nachfolgenden Abschnitt werden die förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen für die Übertragbarkeit einzelner Wohnkonzepte auf vergleichbare Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings und andere oder vergleichbare Nutzergruppen beschrieben. Der Begriff der Übertragbarkeit entstammt der öffentlichen Haushalts- und Finanzwirtschaft und bezeichnet demnach die Möglichkeit, Haushaltsmittel durch Bildung von Haushaltsresten in das folgende Haushaltsjahr zu übertragen, so dass die Ermächtigung auch für das nächste Jahr erhalten bleibt. Im Rahmen dieses Modellprogramms wird der Begriff aber vielmehr als Synonym für den Begriff der Reproduzierbarkeit/Multiplikation der untersuchten Wohnangebote in der gleichen bzw. in anderen Regionen verstanden (Fabian et al. 2017).

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend in fünf Unterkapiteln die bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen, die Rahmenbedingungen hinsichtlich der Fördermöglichkeiten und der Beratungsstrukturen sowie die örtlichen und trägerspezifischen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Übertragbarkeit dargestellt.

Ziel des Modellprogramms ist es nicht nur, einzelne Modellprojekte in der Umsetzung zu fördern, sondern an der Entwicklung von bedarfsgerechten Wohn-, Pflege- und Versorgungsformen mitzuwirken, damit diese umgesetzt bzw. von vergleichbaren Nutzergruppen in Anspruch genommen werden können. Durch dieses Vorgehen soll zur Weiterentwicklung der Wohn- und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige beigetragen werden. Eine wesentliche Fragestellung der Evaluation besteht darin, zu ermitteln, inwieweit sich die einzelnen Wohnkonzepte sowie deren Ergebnisse in der Umsetzung auf vergleichbare Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings und auf andere oder vergleichbare Nutzergruppen übertragen lassen. Zur Bewertung werden die nachfolgend beschriebenen Merkmale der Übertragbarkeit herangezogen. Diese werden abschließend zu den Erkenntnissen aus den Bereichen Nutzerorientierung, Wohn-, Pflege und Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit in Relation gesetzt.

Daneben wird untersucht, inwieweit die Projekte bereits konkrete Maßnahmen geplant bzw. umgesetzt haben, die eine Übertragbarkeit (z.B. mittels Handlungsleitfäden) sicherstellen.

Welche **Merkmale** im Rahmen der Bewertung der Übertragbarkeit von neuen, alternativen Wohnformen relevant sind, wird nachfolgend in den Abschnitten zu den bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen, den Fördermöglichkeiten und Beratungsstrukturen sowie den örtlichen und trägerspezifischen Rahmenbedingungen erörtert.

Tabelle 8: Merkmale Übertragbarkeit

Themenbereiche	Ausgewählte Merkmale
Bundes-/Landesrechtliche Rahmenbedingungen	Anforderung SGB XI und SGB V: Bedeutung, Interpretationsspielräume, Qualitätsanforderungen Anforderungen SGB XII: Bedeutung, besondere Regelungen, Spielräume bei freiwilligen Leistungen, Finanzierungszuständigkeiten Landesheimrecht: Bedeutung, Größenvorgaben, Trennung Leistungsanbieter/Wahlfreiheit, Betreuungspauschalen-Begrenzung, bauliche Anforderungen, Bewohnerrechte, Beratungsrecht Landesbaurecht: Bedeutung, Brandschutz-Vorschriften, Sonderbauten-Anforderungen, barrierefreie Anforderungen
Fördermöglichkeiten	Investitionskostenförderungen Sonder-/Modellförderungen Förderbedingungen
Beratungsstrukturen	Kommunale und überregionale Beratungsangebote für Nutzer/innen, Anbieter und an Gestaltung Beteiligte
Örtliche Rahmenbedingungen	Akteurs- und Versorgungsstrukturen: Bedeutung, Umfang und Qualität der örtlichen Versorgungsangebote, Art der Anbieter, Positionierung und Finanzausstattung der Kommune Örtlicher Wohnungsmarkt: Bedeutung, Versorgungslage, Vergleichsmieten, Folgekompromisse
Trägerspezifische Rahmenbedingungen	Erfahrungen und Größe des Trägers Finanzielle Ausstattung des Trägers Engagement des Trägers (Personalqualifizierung, Begleitung, Beratung)

2.3.5.1 Bundes-/Landesrechtliche Rahmenbedingungen

Für die Übertragbarkeit neuer, alternativer Wohnformen sind zunächst leistungsrechtliche Merkmale relevant. Dazu gehören Leistungen der Krankenversicherung (SGB V) sowie der pflegerischen Versorgung (SGB XI). Daneben sind bedarfsorientierte Sozialleistungen zur Sicherstellung der Versorgung durch das SGB XII geregelt. Insofern sind sowohl die Anforderungen gemäß SGB XI und SGB V (Pohlmann 2012) sowie nach SGB XII (Lange-Lagemann

2010; Pohlmann 2012) zu berücksichtigen. In Einzelfällen wird auch der Umgang mit leistungsrechtlichen Ansprüchen zur Sicherung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf nach SGB IX in neuen Wohnformen zu prüfen sein. Die Regelungen zum neuen Bundesteilhabegesetz (BTHG) können hier nicht berücksichtigt werden, weil viele Neuregelungen erst nach Projektabschluss wirksam werden. Insbesondere die darin vorgesehenen Neuregelungen zur Eingliederungshilfe können hier nicht überprüft werden, weil die relevanten Neuregelungen zum leistungsberechtigten Personenkreis erst am 1.1.2023 in Kraft treten und bis zum Inkrafttreten das geltende Recht (§ 53ff SGB XII) wirksam ist (BMAS 2017).

Alle drei Bereiche des Sozialrechts sind bezüglich förderlicher oder hemmender Wirkung aus der Perspektive neuer, alternativer Wohnformen zu prüfen: Gibt es beispielsweise Probleme bei der Inanspruchnahme von Leistungen aus der Pflege- oder Krankenversicherung? Welche unterschiedlichen Qualitätsanforderungen und Leistungsbewilligungen ergeben sich je nach Krankenkasse und Bundesland? Und welche Herausforderungen ergeben sich in diesem Zusammenhang für neue, alternative Wohnformen? Siehe hierzu die Merkmale:

- Anforderung SGB XI und SGB V: Bedeutung, Interpretationsspielräume, Qualitätsanforderungen
- Anforderungen SGB XII: Bedeutung, besondere Regelungen, Spielräume bei freiwilligen Leistungen, Finanzierungszuständigkeiten

Neben leistungsrechtlichen Fragestellungen sind auch ordnungsrechtliche Rahmenbedingungen für die Bewertung der Übertragbarkeit aussagekräftig. Auf landesrechtlicher Ebene fallen neue, alternative Wohnformen in den Anwendungsbereich verschiedener Rechtsgebiete. Dabei sind insbesondere die Landesbauordnungen, die Behindertengleichstellungsgesetze der Länder und die seit Inkrafttreten der Föderalismusreform in allen 16 Bundesländern verabschiedeten Landesheimgesetze relevant. Daneben gibt es noch länderspezifische Geltungsbereiche für bestimmte Normen (z.B. DIN). Gemeinsam haben die Regelungen, dass sie sich mit Themen wie Barrierefreiheit, Umfeldgestaltung, Brandschutz oder anderen Bedingungen, die für die Gestaltung und den Aufbau neuer, alternativer Wohnformen relevant sind, beschäftigen. Durch die Zuständigkeit der Bundesländer ergeben sich im Bundesgebiet variable Rahmenbedingungen, die sich erheblich unterscheiden. Damit wird sich die Analyse in diesem Bereich nicht nur mit den bundesweit einheitlich ausgestalteten Regelungen befassen, sondern auch die regionalen Unterschiede in den Blick nehmen. Bisher hat sich gezeigt, dass in Bundesländern, in denen ein breiterer Experimentierspielraum im Heimrecht gewährt wurde, sich oft auch eine breitere Projektlandschaft an Wohnalternativen entwi-

ckelt hat, obgleich sich diese direkten Wirkungszusammenhänge aufgrund ihrer Komplexität nicht valide belegen lassen (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung 2014). Für die Analyse müssen auch hier hemmende und förderliche Faktoren für die Übertragbarkeit in Bezug auf das Landesheimrecht (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung 2014; Berghäuser 2010) sowie das Landesbaurecht (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung 2014; Geburtig 2012) identifiziert werden. Siehe hierzu die Merkmale:

- Landesheimrecht: Bedeutung, Größenvorgaben, Trennung Leistungsanbieter/Wahlfreiheit, Betreuungspauschalengbegrenzung, bauliche Anforderungen, Anforderungen an die Betreuungsqualität, Bewohnerrechte, Beratungsrecht ebenso geregelte Prüfverfahren
- Landesbaurecht: Bedeutung, Brandschutz-Vorschriften, Sonderbauten-Anforderungen, barrierefreie Anforderungen

2.3.5.2 Fördermöglichkeiten

Praktische Erfahrungen zeigen, dass auch die unterschiedlichen länderspezifischen Förderaktivitäten die Verbreitung neuer, alternativer Wohnmodelle in der Vergangenheit beeinflusst haben (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung 2014). Hierbei sind sowohl Investitionskostenförderungen wie der Neubau barrierefreier Wohnangebote z. B. im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus, Strukturförderung, d. h. der altersgerechte Ausbau öffentlichen Raums (barrierearm, entsprechende Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs sowie die Förderung altersgerechter Angebote) als auch Sonder- und Modellförderung zum Ausbau und zur Erprobung von Neuentwicklungen zu nennen, die zum größten Teil für einen befristeten Zeitraum vergeben werden. Für die Bewertung in Bezug auf die Übertragbarkeit sind Fördermöglichkeiten sowohl auf kommunaler als auch auf kommunal übergreifender Ebene von Bedeutung (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung 2014; Pohlmann 2012). Zu prüfen ist, welche Fördermöglichkeiten vorhanden sind und welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um Förderung zu erhalten. Daneben sollte der Aufwand ermittelt werden, der notwendig ist, um eine Förderung zu beantragen.

2.3.5.3 Beratungsstrukturen

Eine weitere Komponente bei der Übertragbarkeit stellen die Information und Beratung dar. Hier gilt es ebenfalls zwischen kommunalen und kommunal übergreifenden Angeboten und Leistungen zu unterscheiden (Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung 2014; Pohlmann 2012). Zielgruppen in diesem Zusammenhang sind sowohl Nutzerinnen und Nutzer, die beispielsweise zur Wohnraumanpassung beraten werden als auch Anbieter von

Wohnformen und an der Gestaltung von Wohnformen Beteiligte (z. B. durch Architekturbüros, Handwerkerschaft oder Wohnungsbauunternehmen, ebenso erfolgen Beratungen über Pflegestützpunkte oder Landeskoordinierungsstellen). Neben Pflegefachwissen ist hier Planungswissen und ein hohes ordnungs- und sozialleistungsrechtliches Know-how notwendig. Geprüft werden soll in diesem Zusammenhang, wie verbreitet Beratungsangebote sind, inwiefern diese niedrigschwellig ausgestaltet sind und welche Formen angeboten werden.

2.3.5.4 Örtliche Rahmenbedingungen

Ebenso können unterschiedliche kommunale Rahmenbedingungen und leistungsrechtliche Interpretationsspielräume der kommunalen Kostenträger, in die ein Projekt eingebettet ist, Einfluss auf die Verbreitung haben. Praxisberichte zeigen, dass Kommunen mit einer breiten Projektlandschaft an neuen Wohn- und Versorgungsmodellen vielfach auch eine „Verwaltung“ sichern, die Entwicklungsspielräume eröffnet und eine Vernetzung der örtlichen Akteure ermöglicht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2008; KDA 2014). Daneben haben weitere strukturelle Rahmenbedingungen, wie z. B., ob die Kommune sich in der Haushaltssicherung befindet, ob der Wohnungsmarkt angespannt ist, ob vor Ort ein breites Engagementpotenzial oder eine engagierte Bürgermeisterin bzw. ein engagierter Bürgermeister vorhanden ist, zur Verbreitung solcher Wohnalternativen beigetragen. Insofern haben sowohl die örtlichen Akteurs- und Versorgungsstrukturen (Pohlmann 2012) als auch der örtliche Wohnungsmarkt (Heinze 2013) Einfluss auf die Übertragbarkeit. Siehe hierzu die Merkmale:

- Örtliche Akteurs- und Versorgungsstrukturen: Bedeutung, Umfang und Qualität der örtlichen Versorgungsangebote, Art der Anbieter, Positionierung und Finanzausstattung der Kommune
- Örtlicher Wohnungsmarkt: Bedeutung, Versorgungslage, Vergleichsmieten, Folge-Kompromisse

2.3.5.5 Trägerspezifische Rahmenbedingungen

Auf der Mikroebene sind schließlich die Eigenschaften des jeweiligen Trägers von zentraler Bedeutung, ob neue, alternative Wohnformen Unterstützung finden und umgesetzt bzw. integriert werden. Hier sind die Erfahrungen mit neuen Wohnformen sowie unterschiedliche Finanzierungsstrukturen der Einrichtungen entscheidend. In diesem Zusammenhang gibt es sowohl förderliche als auch hemmende Faktoren, die je nach Erfahrung, Art, Größe, Ausrichtung und Innovationskraft des Trägers unterschiedlich sind (Barthel 2008). Eine qualitätsgesicherte und umfassende Implementierung neuer Ansätze setzt auch eine ausreichende Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ein organisiertes

Personalmanagement voraus. Außerdem ist das Netzwerk, das der jeweilige Träger vorhält, von Bedeutung. Dazu gehören Verbindungen zur Nachbarschaft, zu örtlichen Verantwortlichen oder zu Selbsthilfeinitiativen. Weiterhin ist das Engagement des Trägers zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen von entscheidender Bedeutung (Kämmer 2010).

Im Rahmen dieses Evaluationskriteriums werden die förderlichen und hinderlichen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragung einzelner Wohnkonzepte sowie deren Ergebnisse in der Umsetzung auf vergleichbare Wohn-, Pflege- und Versorgungssettings und andere oder vergleichbare Nutzergruppen identifiziert. Die Operationalisierung erfolgt entlang der bundes- und landesrechtlichen Rahmenbedingungen, der Fördermöglichkeiten und Beratungsstrukturen sowie der örtlichen und trägerspezifischen Rahmenbedingungen. Siehe hierzu die Merkmale:

- Erfahrungen und Größe des Trägers
- Finanzielle Ausstattung des Trägers
- Engagement des Trägers (Personalqualifizierung, Begleitung, Beratung)
- Ausrichtung des Trägers (traditionell, innovativ)

3 Methodische Vorgehensweise

Um überprüfen zu können, ob und wie die geförderten Modellprojekte die ausgewählten Merkmale erfüllen, werden verschiedene Untersuchungsschritte durchgeführt. Das Untersuchungsdesign soll sicherstellen, dass jeweils die Perspektive der Initiatoren bzw. Träger der Modellprojekte aber auch der Nutzerinnen und Nutzer und ihrer Angehörigen sowie weiterer Akteure bei der Umsetzung berücksichtigt werden. Entsprechend wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente für diese verschiedenen Zielgruppen entwickelt. Die folgende Übersicht gibt einen Gesamtüberblick über das Untersuchungsdesign. Danach werden die Untersuchungsschritte jeweils ausführlich beschrieben.

Tabelle 9: Untersuchungsdesign im zeitlichen Überblick

Untersuchungsschritte	2015	2016	2017	2018
Erhebungen zur Erfassung der Trägerperspektive				
Dokumentenanalyse	A,B,C,D	A	A	
Schriftliche Trägerbefragung (Erhebung von Struktur- und Basisdaten)		A,B,D		A,B
Trägerbefragung zur Wirtschaftlichkeit		D	A,B	A,B
Interviews vor Ort mit den Trägern (Leitung/Mitarbeitenden)			D	A,B
Programmtagungen	A,B,C,D	A,B,C,D	A,B,C,D	
Monitoring		A,B	A,B	A,B
Erhebungen zur Erfassung der Betroffenenperspektive				
Mündliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer	B	A		A,B
Schriftliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer			D	A,B
Schriftliche Angehörigenbefragung				A,B
Erhebungen zur Erfassung weiterer Akteursperspektiven				
Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren			D	A,B
Expertenworkshops				

Projekttyp A: Konzeptentwicklung + Umsetzung
Projekttyp B: Umsetzung eines vorliegenden Konzeptes
Projekttyp C: Wissenschaftliche Konzeptentwicklung
Projekttyp D: Beteiligung an der Evaluation

3.1 Erhebungen zur Erfassung der Trägerperspektive

3.1.1 Dokumentenanalyse

Methodisches Vorgehen

Gegenstand der Dokumentenanalyse waren Dokumente, die in schriftlicher Form vorliegen und nach bestimmten Kriterien ausgewählt und ausgewertet wurden. Im vorliegenden Fall waren dies alle inhaltlich relevanten Unterlagen der Projekte (Projektanträge, Verträge, Kalkulationen usw.), sofern diese von den Projekten zur Verfügung gestellt wurden. Die Dokumente wurden unter anderem

zur Vorbereitung der Vor-Ort-Termine bei den Projekten und den Telefoninterviews fallweise herangezogen und nach der Systematik einer Inhaltsanalyse zu den jeweils relevanten Evaluationskriterien ausgewertet. Darüber hinaus diente die Inhaltsanalyse der Dokumente zur Entwicklung der Merkmale zu den Evaluationskriterien sowie der Typisierung der Wohnformen.

Durchführung

In einer ersten Erhebungswelle (im Jahr 2015) wurden die Dokumente für alle vier Projekttypen (A, B, C & D) angefordert und im weiteren Projektverlauf ausgewertet. Die Projekte übermittelten auch im weiteren Projektverlauf alle für die Evaluation relevanten Dokumente an das Evaluationsteam. Darüber hinaus wurden insbesondere bei den Projekten des Typs A jeweils zu Jahresbeginn (2016 & 2017) weitere Unterlagen angefordert, sofern diese von der Konzeptions- in die Umsetzungsphase übergangen.

3.1.2 Schriftliche Trägerbefragung (Erhebung von Struktur- und Basisdaten)

Methodisches Vorgehen

Um grundlegende Struktur- und Basisinformationen über alle Projekte zu erhalten, waren im Verlauf der Evaluation standardisierte schriftliche Befragungen der Projektträger¹² vorgesehen.

Für die **schriftliche Befragung der Projektträger** wurden zwei Fragebögen entwickelt:

- ein Bogen für Projekte, die sich in der Konzeptionsphase befinden,
- ein Bogen für Projekte, die sich in der Umsetzungsphase befinden.

Thematisch decken die beiden Erhebungsinstrumente folgende Bereiche ab:

- Informationen zum Träger des Wohnprojekts/Pflegeangebots,
- Grundinformationen zum Wohnprojekt/Pflegeangebot: rechtliche Einordnung, Konzept und Organisation des (geplanten) Wohnprojekts/Pflegeangebots, Orientierung an den Nutzerbedürfnissen, Biografiearbeit, Angehörigenarbeit (nur Projekte in

¹² Viele der neuen Wohnformen haben keinen speziellen Projektträger, sondern die Verantwortlichen sind lediglich die Projektinitiatoren. Da die geförderten Projekte aber von einem Träger beantragt wurden, wird in diesem Kontext von Projektträgern gesprochen.

der Umsetzungsphase), Qualitätssicherung, Aufnahme von neuen Nutzerinnen und Nutzern,

- detaillierte Informationen zum Wohnprojekt/Pflegeangebot: Wohnsituation der Nutzerinnen und Nutzer, Wohnumfeld, Unterstützungsangebote,
- Struktur der Nutzerinnen und Nutzer des Wohn- oder Pflegeangebots (nur Projekte in der Umsetzungsphase),
- Mitarbeiterstruktur,
- Nachhaltigkeit der Projekte (nur D-Projekte).

Im Fragebogen überwiegen geschlossene Fragen; um den einzelnen Wohnformtypen gerecht zu werden, wurde mit Filterfragen gearbeitet. Projekte mit Wohnangeboten an mehreren Standorten wurden gebeten, separate Fragebögen für jeden Standort auszufüllen. Die Grundeinheit der Auswertungen bildet damit der einzelne Projektstandort.

Bei den D-Projekten erfolgte die Befragung einmalig, bei den A- und B-Projekten wurden zwei Befragungen durchgeführt.

Um die Praxistauglichkeit des Fragebogens zu testen, wurden zunächst acht Projektträger gebeten, diesen probeweise auszufüllen. Basierend auf den Rückmeldungen dieses Pretests wurde der Fragebogen anschließend noch einmal überarbeitet.

Durchführung

Der Fragebogen für die schriftliche Trägerbefragung (Hauptbogen ohne Wirtschaftlichkeitsteil) wurde im Februar 2016 im Rahmen der **ersten Befragungswelle** an 25 A-Projekte, 8 B-Projekte sowie 15 D-Projekte versandt. Abgesehen von einem D-Projekt wurde bei allen Projekten (47) zum 31.03.2016 ein Rücklauf verzeichnet. Um die Qualität der Befragungsergebnisse zu erhöhen, wurde der Rücklauf im Hinblick auf Fehler und Unvollständigkeiten geprüft. Im Bedarfsfall wurden die Projektverantwortlichen aufgefordert, die entsprechenden Angaben nachzubessern.

Die **zweite Befragungswelle** der A- & B-Projekte wurde im Herbst 2017 durchgeführt.

3.1.3 Trägerbefragung zur Wirtschaftlichkeit

Methodisches Vorgehen

Für den Themenbereich „Wirtschaftlichkeit“ wurde ein gesonderter Fragebogen entwickelt. Er bezog sich auf:

- Kosten und ihre Finanzierung vor der Umsetzungsphase,
- Kosten und Erlöse im laufenden Betrieb,
- Auslastungsquote und Nutzerstruktur nach Pflegestufen und Leistungsbezug sowie
- Herausforderungen bei Wirtschaftlichkeit und Finanzierung.

Die Fragen zu den Kosten und Erlösen wurden in Anlehnung an die im Zuge des Jahresabschlusses zu erstellende Gewinn- und Verlustrechnung der Projekte konzipiert.

Das methodische Vorgehen sah drei Befragungszeitpunkte vor, wobei jedes Projekt nur einmal zur Wirtschaftlichkeit befragt wurde. Da die Fragen zu den Kosten und Erlösen an die Gewinn- und Verlustrechnung der Projekte anknüpften, sollte als Datenbasis ein komplettes Geschäftsjahr ausgewertet werden. Über dieses Vorgehen ließen sich mögliche Ausreißer-Werte für einzelne Monate sowie Schwankungen in der Auslastung beim Start eines Projekts über das gesamte Geschäftsjahr ausgleichen.

Durchführung

Zum **ersten Befragungszeitpunkt** im März/April 2016 wurden alle D-Projekte zu deren Wirtschaftlichkeit für das gesamte Geschäftsjahr 2015 befragt. Die zur Wirtschaftlichkeit befragten Projektträger wurden gebeten, sofern sie nicht über alle angeforderten Informationen verfügen, auch Daten von Kooperationspartnern einzuholen. Alle Daten (ausgenommen Informationen zu den Kosten vor der Umsetzungsphase) sollten sich auf das Betriebsjahr 2015 beziehen. Bei mehreren Standorten sollten auch hier separate Bögen ausgefüllt werden. An einem Pretest nahmen vier Projektträger teil. Der Fragebogen zur Wirtschaftlichkeit wurde an 15 D-Projekte versandt. Bis zum Ende des Rücklauffensters (15.04.2016) lagen ausgefüllte Fragebögen von 12 D-Projekten vor. Zwei D-Projekte übermittelten den ausgefüllten Fragebogen im weiteren Jahresverlauf, sodass zum Jahresende 2016 für 14 D-Projekte ausgefüllte Fragebögen zur Wirtschaftlichkeit vorlagen. Während und nach Beendigung der Rücklaufphase wurden mehrfach Projektverantwortliche kontaktiert, um die übermittelten Daten zu validieren, Verständnisfragen zu klären und Hintergrundinformationen einzuholen.

Beim **zweiten Befragungszeitpunkt** im März/April 2017 wurden jene A- & B-Projekte zur Wirtschaftlichkeit für das gesamte Geschäftsjahr 2016 befragt, die das komplette Geschäftsjahr 2016 in der Umsetzung (mit Bewohnerinnen und Bewohnern) waren. Dies traf auf 12 der insgesamt 33 A- & B-Projekte zu.

Zum **dritten Befragungszeitpunkt** im Oktober/November 2017 wurden all jene A- & B-Projekte befragt, die nach dem 01.07.2016 mit der Umsetzung (mit Bewohnerbezug) gestartet sind. Für diese Projekte wurden die 12 Monate vor dem Befragungszeitpunkt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ausgewertet.

3.1.4 Interviews vor Ort mit den Trägern (Leitung/Mitarbeitende)

Methodisches Vorgehen

Alle Projekte (Ausnahme: Projekttyp C) wurden gegen Ende der Laufzeit des Modellprogramms von Mitgliedern des Evaluationsteams besucht, um ein abschließendes Bild vom Projektverlauf und seinen Ergebnissen zu gewinnen.

Im Interview mit dem Träger wurden Leitfragen vornehmlich zu den folgenden Themen behandelt:

- Leitfragen zur Wirtschaftlichkeit,
- Leitfragen zur Nachhaltigkeit,
- Leitfragen zur Qualitätssicherung.

Im Teil zur Wirtschaftlichkeit wurde zunächst das betriebswirtschaftliche Ergebnis aus der schriftlichen Trägerbefragung zur Wirtschaftlichkeit diskutiert. Anschließend wurden die Entwicklungs-, Vorlauf- und Anlaufkosten genauer analysiert sowie die Finanzierbarkeit des Angebots aus der Nutzerperspektive beleuchtet. Im Teil zur Nachhaltigkeit wurde nochmal die Personal- und Organisationsstruktur sowie die (ordnungs-) rechtliche Perspektive des Wohnprojekts beleuchtet. Im letzten Teil des Interviews wurde der Träger befragt, wie aus seiner Sicht künftig eine angemessene Form der Qualitätssicherung zu gestalten ist.

Die Gespräche wurden mithilfe eines Leitfadens geführt, welcher die Gesprächsinhalte grob vorgab und den Interviewpartnerinnen und -partnern zur Vorbereitung vorab zugesandt wurde. Darüber hinaus bereitete sich die Interviewerin bzw. der Interviewer mit Hilfe der vorliegenden projektspezifischen Dokumente und Erhebungsinstrumente (z. B. schriftliche Trägerbefragung, Trägerbefragung zur Wirtschaftlichkeit) intensiv auf das Gespräch vor. Durch diese Vorgehensweise wurde die Gesprächssituation einerseits gut strukturiert und blieb dennoch hinreichend offen, um ungeplante Inhalte aufnehmen zu können. Bezogen auf die Zielgruppen der Interviews (Interviewpartnerin bzw. Interviewpartner) und die Gesprächsinhalte wurde jeder Besuch projektspezifisch vorbereitet.

Die strukturierte Interviewführung erlaubte bei der Auswertung Vergleiche und Verteilungsinterpretationen, ließ aber auch Spielraum zur Darstellung und Einordnung qualitativer Informationen,

die sich aufgrund ihrer Einmaligkeit nicht zum Vergleich eignen. Ausführliche Protokolle bildeten die Basis der Auswertungen.

Durchführung

Im Zeitraum November 2016 bis Januar 2017 wurden zunächst alle 15 D-Projekte besucht und befragt. Im Rahmen der Interviews mit dem Träger wurden projektabhängig Einzel- oder Gruppeninterviews mit der Leitungsebene sowie in Einzelfällen unter Beteiligung der Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeiter sowie weiterer an der Versorgung beteiligter Professionen geführt.

Die Vor-Ort-Besuche der A- & B-Projekte wurden bis einschließlich Januar 2018 **durchgeführt**.

3.1.5 Programmtagungen

Methodische Vorgehensweise

Im Zeitraum des Modellprogramms wurden drei Programmtagungen mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten zum Austausch der Projektträger durchgeführt, die folgende thematische Schwerpunkte hatten:

- 1. Programmtagung „Nutzerorientierung und Versorgungssicherheit
- 2. Programmtagung „Umsetzungsherausforderungen für neue Wohnformen“
- 3. Programmtagung „Nachhaltigkeit neuer Wohnformen“

Mit den Programmtagungen wurden auch Erfahrungen bei der Umsetzung der Projekte gesammelt. Die Tagungen wurden dokumentiert.

Durchführung

Bei der 1. Programmtagung wurde die World-Café-Methode angewandt, bei der die Erfassung und Umsetzung der Nutzerbedürfnisse Themen waren wie auch die Versorgungssicherheit aus Nutzerperspektive und aus der Perspektive der Wohnprojektinitiatoren. Sie fand am 10.11.2015 in Köln mit 73 Teilnehmenden statt.

Bei der 2. Programmtagung wurde der erste Tag mit der Barcamp-Methode gestaltet. Die Tagungsteilnehmenden konnten sich bei dieser Methode inhaltlich nach ihren Interessenslagen in offenen Workshops austauschen. Als Themen wurden gewählt: *Qualitätsstandards, Sicherung der Selbstbestimmung, Kooperation und Vernetzung im Quartier, Qualifikation der Alltagsbegleiterinnen und -begleiter, Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen/Angehörigen, Umgang mit Kostenträgern bei der Finanzierung von PflegeWGs,*

Betriebliche Umsetzung von Mischformen, Nachweis von Wirkungen, Zugang von benachteiligten Gruppen zu neuen Wohnformen und Primärprävention. Am zweiten Tag fanden Diskussionen in Kleingruppen nach Wohnformtypen zu den Themen *Erprobung neuer Hilfestrukturen und Hilfemixformen* und *Vernetzung im Quartier* statt. Sie fand am 13. & 14.09.2016 in Berlin mit 69 Teilnehmenden statt.

Bei der 3. Programmtagung wurden über die Methoden Stationengespräche und kollegiale Beratung Erfahrungen in Bezug auf die Sicherung nachhaltiger Strukturen gesammelt und ausgetauscht. Sie fand am 25.04.2017 in Köln mit 51 Teilnehmenden statt.

3.1.6 Monitoring

Methodisches Vorgehen

Auf Basis der Anträge, Konzeptpapiere, Meilensteinpläne, Halbjahres-, Jahres- und Endberichte der an der Förderung teilhabenden A und B-Projekte werden fortlaufend Monitoringberichte erstellt. Sie beurteilen die Projekte hinsichtlich ihres zeitlichen Umsetzungsstands und ihrer inhaltlichen Arbeits- und Prozessqualität.

Prinzipiell erstellt die Prognos AG zu Beginn des Folgejahres zu allen zum Jahresende berichtspflichtigen Projekten einen Monitoringbericht.

Durchführung

Bislang wurden zu Beginn der Jahre 2016 und 2017 insgesamt 60 Monitoringberichte erstellt, die den jeweils aktuellen Projektstand begutachteten. Abschließende Monitoringberichte auf Grundlage von Endberichten wurden mit Stand 11. Januar 2018 bereits 7 erstellt; weitere 26 sind geplant. Wie sich die Berichte auf die beiden Projekttypen verteilen, zeigt Tabelle 10.

Tabelle 10: Übersicht der Monitorings

Jahr		A-Projekte	B-Projekte	Gesamt
2016		25	8	33
2017		19	8	27
Abschließende Monitorings	durchgeführt	7	0	7
	geplant	18	8	26
Gesamt		69	24	93

3.2 Erhebungen zur Erfassung der Betroffenenperspektive

3.2.1 Mündliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Eine zentrale Aufgabe im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms besteht darin, die Sichtweise der Nutzerinnen und Nutzer dahingehend zu untersuchen, inwiefern die neuen Wohnformen ihren Vorstellungen und Erwartungen entsprechen. Um die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer zu berücksichtigen, werden diese und ihre Angehörigen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung sowohl mündlich als auch schriftlich befragt.

Methodisches Vorgehen

Durch die mündliche Befragung sollten die subjektive Perspektive beim Übergang in die neue Wohnform sowie die Erwartungshaltungen zum neuen Wohnangebot eruiert werden. Im Fokus der mündlichen Befragungen der Nutzerinnen und Nutzer standen folgende Fragen:

- Wie war die Wohnsituation vor dem Umzug ins Wohnprojekt und welche Gründe haben den Umzug motiviert?
- Wie gestaltet sich der Übergang ins Wohnprojekt?
- Welche Erwartungen verbinden die Nutzerinnen und Nutzer mit der Wohnform? Was ist Ihnen im Bereich des Wohnens, im Bereich des sozialen Zusammenlebens sowie im Bereich der Hilfe und Pflege wichtig?
- Inwieweit wurden diese Erwartungen erfüllt?
- Haben sich im Laufe der Zeit Veränderungen hinsichtlich der Präferenzen ergeben?

Die Fragen zu den Erwartungen standen im Zentrum der mündlichen Befragungen, um die Ergebnisqualität der Wohnprojekte bewerten zu können. Im Rahmen der ersten mündlichen Befragung (Baseline-Befragung) sollten dabei zunächst allgemein die Erwartungen an das Wohnangebot erfasst werden (zu Beginn des Bezugs), während im Rahmen der zweiten mündlichen Befragung (Befragung zur Ergebnisqualität) vor allem geprüft werden sollte, ob sich diese Erwartungen erfüllt haben oder ob sich Präferenzen verändert haben (mindestens ein Jahr nach Bezug).

Die mündliche Befragung fand in Form eines leitfadengesteuerten Interviews statt. Zur Befragung wurden zwei unterschiedliche Interviewleitfäden entwickelt: Für Bewohnerinnen und Bewohner, die in die neue Wohnform eingezogen sind und für Bewohnerinnen

und Bewohner, die in ihrem bestehenden Wohnangebot neue Leistungen anfordern können. Die Fragen wurden weitgehend offen gestaltet. Die Offenheit ermöglichte den Studienteilnehmenden subjektiv zu antworten und neue Gesichtspunkte und vor allem die für sie bedeutsamsten Aspekte anzusprechen. Der zeitliche Umfang der Interviews war auf eine Stunde angelegt.

In die mündliche Befragung wurde nur eine Auswahl der Nutzerinnen und Nutzer aus den geförderten Modellprojekten einbezogen. Die Bestimmung der Stichprobe für die mündliche Befragung erfolgte nach verschiedenen Schichtungskriterien (Projekttypen, Wohnformtypen, Trägerschaften, Größe und Lage der Projekte, potentielle Verweildauer der Nutzerinnen und Nutzer, soziodemografische Merkmale). Um die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an das Wohnangebot zu erfassen und im Projektverlauf überprüfen zu können, ob diese Erwartungen von den Wohnprojekten erfüllt werden, wurden diese Untersuchungen nur in den neu gestarteten A- und B-Projekten und nicht in den schon länger laufenden D-Projekten durchgeführt.

Zur Auswertung dokumentierten Interviewerinnen und Interviewer die mündlichen Antworten direkt im Interviewleitfaden. Zum Protokoll gehörten neben dem Interviewtext auch Anmerkungen zum Interviewverlauf, damit die gesamte Situation und die Antworten später eingeordnet werden konnte. Die Auswertung erfolgt nach Mayering und orientiert sich an seinem Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayering 2003). Als Vorbereitung für die Zusammenfassung wurden auf der Grundlage der Interviews Kodiereinheiten und Kontexteinheiten ermittelt. Die Antworten der Bewohnerinnen und Bewohner wurden anschließend diesen zugeordnet und ausgezählt.

Durchführung

Vulnerable Personen sind aufgrund ihrer Situation nicht oder nur teilweise in der Lage, als Studienteilnehmende an der Forschung mitzuwirken. Diese Personen bedürfen eines besonderen forschungsethischen Vorgehens, um Achtung, Schutz und Würde der an der Forschung beteiligten Personen zu gewährleisten. Dies wurde im Forschungsdesign durch die nachfolgenden Schritte sichergestellt:

- Gewinnung und Information der Schlüsselpersonen in den Projekten,
- Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustands durch ein mehrstufiges Verfahren bei der Auswahl der Studienteilnehmenden,

- systematische Information und Einholung der Zustimmung der Studienteilnehmenden zur Befragung (schriftliche Einverständniserklärung),
- Berücksichtigung ethischer und rechtlicher Aspekte bei der Teilnahme,
- Wahrung datenschutzrechtlicher Bestimmungen,
- Befragung von Stellvertreterinnen und Stellvertretern, falls erforderlich.

Für das Leitfadeninterview wurden die Interviewerinnen und Interviewer über die Zielsetzung der mündlichen Befragung informiert. Für den fachlich adäquaten Umgang der Interviewerinnen und Interviewer mit vulnerablen Studienteilnehmenden wurde vorab eine Schulung durch das KDA durchgeführt. Ebenso wurden den Interviewerinnen und Interviewern Grundlagen und Regeln des Transkribierens vermittelt, um eine qualitative Protokollierung sicherzustellen.

Den mündlichen Befragungen wurde ein Pretest vorgeschaltet. Die Befragungsinstrumente sowie die verschiedenen Informationsmaterialien wurden im September 2015 im Feld getestet. Am Pretest haben sich fünf Projekte unterschiedlicher Wohnformtypen mit neun Personen (Demenz-WG drei Personen, Mehrgenerationenwohnprojekt drei Personen, Betreutes Wohnen eine Person, stationäre Einrichtung eine Person, Quartiersprojekt eine Person) beteiligt. Ein zentrales inhaltliches Ergebnis des Pretests war es, dass Fragen zu früheren Erwartungen an das neue Wohnangebot schwierig zu beantworten sind. Die meisten Pretest-Teilnehmenden konnten nicht zwischen der aktuellen Situation und der Situation vor dem Einzug bzw. vor der Einführung der neuen Leistungen, aus deren Perspektive sie dann Erwartungen formulieren sollten, unterscheiden. Sie konnten nur die Ist-Situation beurteilen und Auskunft darüber geben, was ihnen aktuell wichtig ist. Die Struktur des Leitfadens wurde daraufhin inhaltlich verändert. Es sollte in der ersten Befragung erfasst werden, warum sich die Bewohnerinnen und Bewohner gerade für dieses Wohnangebot entschieden haben und was ihnen in Bezug auf das Wohnangebot, die sozialen Angebote und die Unterstützungsangebote aktuell wichtig ist.

Die Baseline-Befragung der Nutzerinnen und Nutzer startete mit den B-Projekten (1. Befragungs-Welle). Von November bis Dezember 2015 wurden in fünf B-Projekten insgesamt 30 Personen befragt. Im Februar 2016 startete die Befragung der Nutzerinnen und Nutzer in den A-Projekten (2. Befragungs-Welle). In der 2. Welle wurden im Zeitraum Februar bis Juni 2016 12 von 14 ausgewählten A-Projekten befragt. Da in einigen ausgewählten Projekten die Nutzerinnen und Nutzer noch nicht eingezogen waren,

wurde eine 3. Befragungswelle erforderlich, die von November bis Dezember 2016 durchgeführt wurde. Insgesamt wurde die Baseline-Befragung in 19 Projekten mit 101 Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt. Ursprünglich war eine Befragung von 135 Bewohnerinnen und Bewohnern vorgesehen, so dass 25,2 Prozent weniger an der Befragung teilgenommen haben als vorgesehen. Die geplante Mindestzahl an zu befragenden Nutzerinnen und Nutzern von n=100 konnte erreicht werden.

An der Wiederholungsbefragung haben sich von diesen 101 Nutzerinnen und Nutzern noch 58 Personen beteiligt. Diese Wiederholungsbefragung wurde im November und Dezember 2017 in 17 Projekten durchgeführt. 57 % der Nutzerinnen und Nutzer haben damit Auskunft gegeben, ob und wie sich ihre Erwartungen erfüllt haben.

3.2.2 Schriftliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer

Methodisches Vorgehen

Im Fokus der schriftlichen Befragung der Nutzerinnen und Nutzer standen folgende Aspekte:

- Wer wohnt in den Wohnprojekten?
- Welche Unterstützungsleistungen nehmen die Nutzerinnen und Nutzer in Anspruch?
- Wie zufrieden sind die Nutzerinnen und Nutzer mit dem Wohn- und Dienstleistungsangebot des Wohnprojekts?
- Wie ist ihre wirtschaftliche Situation?

Da ein wesentliches Ziel der schriftlichen Nutzerbefragung darin bestand, die Ergebnisqualität der Projekte aus der Nutzerperspektive zu erfassen, sollte die schriftliche Befragung möglichst zum Ende des Förderzeitraums erfolgen, so dass die Bewohnerinnen und Bewohner genügend Erfahrung für eine Einschätzung gesammelt haben.

Geplant war, möglichst alle Bewohnerinnen und Bewohner der geförderten Modellprojekte schriftlich zu befragen. Die Bestimmung der Bewohnerschaft erwies sich in einigen Projekten als problematisch. Vor allem bei den „integrierten Wohnprojekten“ und den Projekten zur „Weiterentwicklung der angestammten Häuslichkeit“ konnte die Anzahl nicht genau quantifiziert werden, da sich die Projekte teilweise an die gesamte Bewohnerschaft eines Wohnquartiers richten. Es sollte daher nur eine Stichprobe befragt werden, von denjenigen, die die Angebote tatsächlich nutzen. Bei mehr als 100 Bewohnerinnen und Bewohnern sollte eine Stichprobe von mindestens 100 gezogen werden. Bei mehr als 1.000 Be-

wohnerinnen und Bewohnern sollte eine Stichprobenziehung von 10 Prozent erfolgen. Im Vorfeld wurden die Projekte gebeten, eine entsprechende Schätzung ihrer zu befragenden Bewohnerschaft vorzunehmen. Bei den anderen Projekten (den Wohnformtypen „Stationäre Pflege“, „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“, „selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen“, „Betreutes Wohnen“) war eine Vollerhebung vorgesehen.

Die Befragungsergebnisse wurden elektronisch mit dem Statistischen Datenverarbeitungsprogramm SPSS ausgewertet.

Durchführung

Nach der Vorabfrage schätzten die Projekte die Anzahl der zu befragenden Personen insgesamt auf ca. 1.400 Bewohnerinnen und Bewohner ein, die sich wie folgt verteilten:

- Innerhalb der D-Projekte wurden 384 Bewohnerinnen und Bewohner
- und bei den A- und B-Projekten 1.091 Bewohnerinnen und Bewohner angeschrieben.

Im Frühjahr 2016 erfolgte die Erstellung eines Erhebungsinstruments. Ein Pretest wurde im Mai 2016 mit 11 Bewohnerinnen und Bewohnern in 5 Wohnprojekten unterschiedlicher Wohnformtypen durchgeführt. Die Bewohnerinnen und Bewohner der D-Projekte wurden im Juli 2016 befragt, die Bewohnerinnen und Bewohner der A- und B-Projekte wurden im Dezember 2017 befragt.

Im Rahmen der ersten Befragungswelle wurden 15 D-Projekte in die Befragung einbezogen. Von den 384 angeschriebenen Bewohnerinnen und Bewohnern der D-Projekte haben sich 176 Bewohnerinnen und Bewohner an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 45,6 %. Im Rahmen einer zweiten Befragungswelle wurden im Dezember 2017 1.091 Bewohnerinnen und Bewohner der A- und B-Projekte befragt. Daran haben sich 283 Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt, was einem Rücklauf von 25,9 % entspricht. Insgesamt haben also von 1.475 angeschriebenen Bewohnerinnen und Bewohnern 459 und damit 31,1 % an der schriftlichen Befragung teilgenommen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Struktur der Untersuchungsgesamtheit (siehe *Tabelle 11*).

Tabelle 11: Struktur der Untersuchungsgesamtheit nach Wohnformtypen

Wohnformtyp	Anzahl befragter Projekte	Anzahl der Befragten	Rücklauf Anzahl der Befragten	Anteil Rücklauf
Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	1	18	0	0,0% ¹³
Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	3	93	54	58,1%
Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	5	330	72	21,8%
Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	20	469	163	34,8%
Integrierte Konzepte	10	432	135	31,3%
Vollstationäre Pflege	3	133	35	26,3%

3.2.3 Schriftliche Angehörigenbefragung

Die Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner sollten ebenfalls befragt werden, um deren Sicht auf das Leistungsangebot der neuen Wohnformen zu erfassen.

Methodisches Vorgehen

Ziel der Angehörigenbefragung war es, aus ihrer Sicht zu ermitteln,

- inwieweit die Nutzerbedürfnisse umgesetzt werden,
- wie sie sich selbst bei der Umsetzung einbringen können und
- welche Entlastungen und Belastungen sie durch die neuen Wohnformen erfahren.

Vorgesehen war auch hier eine schriftliche Befragung bei möglichst allen Angehörigen der geförderten A- und B-Projekte, um deren Sichtweise im Kontext der schriftlichen Nutzerbefragung beleuchten zu können. Aus methodischen Gründen erfolgte eine Fokussierung auf einzelne Wohnformen. Es wurden lediglich die An-

¹³ Der Rücklaufausfall bei diesem Wohnformtyp erklärt sich dadurch, dass im Evaluationszeitraum das inhaltliche Konzept entwickelt wurde, eine bauliche Umsetzung des Projektes jedoch nicht erfolgen konnte.

gehörigen von Wohnprojekten des Wohnformtyps „Betreutes Wohnen“, „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“, „Stationäre Pflege“ befragt, da Angehörige z. B. in selbstständigen gemeinschaftlichen Wohngemeinschaften oder in integrierten Wohnprojekten schwer zu erfassen sind.

Die Auswertung der schriftlichen Befragung erfolgte über elektronische Datenverarbeitung.

Durchführung

Der Fragebogen für die Angehörigen wurde im Okt. 2017 entwickelt (mit sieben Angehörigen unterschiedlicher Wohnformen erfolgte ein Pretest); die Befragung wurde im Dez. 2017/Jan. 2018 durchgeführt. Insgesamt wurden 353 Fragebögen an Angehörige verteilt. An der Befragung haben sich 79 Angehörige beteiligt, was einem Rücklauf von 22,4 % entspricht.

3.2.4 Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren

Methodisches Vorgehen

Neben der Perspektive der Träger und der Nutzerinnen und Nutzer sollten die Perspektiven weiterer Akteure, die in die Umsetzung der Wohnprojekte involviert sind, erfasst werden. Dafür wurden Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren durchgeführt. Der Leitfaden zu den Telefoninterviews umfasste folgende Themen:

- Fragen zur Qualität und Qualitätssicherung,
- Fragen zur ordnungs-/leistungsrechtlichen Einordnung des konkreten Wohnprojekts,
- Fragen zur Nachhaltigkeit/Übertragbarkeit.

Darüber hinaus wurden ergänzend zu den Vor-Ort-Besuchen projektspezifische Themen angesprochen. Die Interviews wurden protokolliert.

Durchführung

Im Nachgang zu den Vor-Ort-Terminen wurden insgesamt zwölf Interviews bei den D-Projekten im Zeitraum März bis April 2017 geführt. Die Gesprächspartnerinnen und -partner für die Telefoninterviews wurden in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt. Von besonderem Interesse waren an dieser Stelle die Ansprechpartnerinnen und -partner der projektrelevanten Pflegekasse/-n sowie des zuständigen Sozialamts. Daneben werden aber auch Gespräche mit weiteren lokalen Akteuren (z. B. Wohnungsbaugesellschaft, Pflegestützpunkt) geführt.

Die Telefoninterviews zu den A- & B-Projekten wurden im Nachgang zu den entsprechenden Vor-Ort-Terminen geführt.

3.2.5 Expertenworkshops

Methodisches Vorgehen

Der Evaluationsansatz sah weiterhin die Durchführung von zwei Expertenworkshops vor. Diese dienten in erster Linie der Einordnung der geförderten Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote in die entsprechenden Rahmenbedingungen. Aus diesem Grund wurden in den beiden Workshops die **leistungsrechtlichen** sowie die **ordnungsrechtlichen** Rahmenbedingungen behandelt.

Im **ersten** Workshop wurden unter anderem die Pflegekassen und Sozialhilfeträger beteiligt. Insofern lag der Fokus auf den leistungsrechtlichen Rahmenbedingungen und befasst sich mit den Ergebnissen zur Wirtschaftlichkeit und Finanzierung aus den verschiedenen Perspektiven (Nutzerperspektive, Trägerperspektive, volkswirtschaftliche Perspektive).

Im **zweiten** Workshop wurden unter anderem die Prüfbehörden (MDK und Heimaufsicht) sowie die politische Ebene (in Form der Länder und Kommunen) beteiligt. Vor diesem Hintergrund lag der Fokus auf den ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen und befasst sich mit den Qualitätsaspekten bzw. der Qualitätssicherung. Die Ergebnisse wurden dokumentiert.

Durchführung

Die beiden halbtägigen Workshops fanden im November 2017 in Berlin mit jeweils ca. 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt.

4 Herleitung einer neuen Wohnformtypisierung

Mit den vielfältigen Befragungen wird die Umsetzung der definierten Merkmale der fünf Evaluationskriterien in den einzelnen Wohnprojekten aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht. Um typische Anforderungen und Umsetzungsherausforderungen neuer Wohnformen deutlich zu machen, bedarf es neben der Untersuchung des Einzelprojektes einer Gesamtbetrachtung. Eine Gesamtbetrachtung aller Projekte hat jedoch aufgrund der unterschiedlichen konzeptionellen Ausrichtungen der Projekte einen begrenzten Erkenntnisgewinn. Daher wurde für die Untersuchung eine Zuordnung der Projekte zu verschiedenen Wohnformtypen vorgenommen. Die Analyse hat gezeigt, dass die bisherige Zuordnung der neuen Wohnformen nach bisher geläufigen Typisierungsschemata für diesen Untersuchungszusammenhang nicht hinreichend geeignet ist.

4.1 Begründung für eine neue Wohnformtypisierung

Die klassische Unterteilung neuer Wohnformen erfolgt bislang vor allem nach **ordnungs- und sozialrechtlichen** Aspekten, nach denen eine Zuordnung der Wohnformen in den ambulanten oder stationären Bereich vorgenommen wird (in vielen Länderheimgesetzen wie z. B. im „Gesetz für unterstützende Wohnformen (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) in Baden-Württemberg vom 14. Mai 2014“ (Landtag Baden-Württemberg 2014). Zunehmend sind in den vergangenen Jahren jedoch sogenannte hybride Wohnformen entwickelt worden, so dass für neue Wohnformen diese ordnungs- und sozialrechtliche Zuordnung nicht immer zutrifft.

Daher wird auch versucht, die Wohnformen nach ihrer **konzeptionellen Ausrichtung und nach ihren Leistungsangeboten** zu gruppieren (u. a. Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003). Dieses Typisierungsschema wurde auch – vorläufig – für diesen Untersuchungszusammenhang angewendet. Auf dieser Grundlage wurden die Modellprojekte vorläufig sechs Wohnformtypen zugeordnet, die sich vor allem konzeptionell und von ihren Leistungsspektren unterscheiden.

Tabelle 12: Vorläufige Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung

Wohnformtyp	Konzepte innerhalb des Wohnformtyps
1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	Seniorenwohngemeinschaften Mehrgenerationenwohnprojekte Seniendörfer Virtuelle Seniorenwohngemeinschaften
2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	Solitäreinrichtungen Betreutes Wohnen/Service-Wohnen Heimverbund Abbeyfield-Hausgemeinschaften Betreutes Wohnen zu Hause
3. Weiterentwicklung des privaten Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	Weiterentwicklung durch Wohnungsanpassung Kombination mit Hilfemixformen AAL
4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Ambulant betreute Wohngruppen/Pflege-Wohngemeinschaften/Pflegehausgemeinschaften Bielefelder Modell Gastfamilienmodelle
5. Integrierte Konzepte	Quartierskonzepte Betreute Wohnzonen Mischformen/Verbund verschiedener Wohnformen
6. Vollstationäre Pflege	Stationäre Hausgemeinschaften Pflegeoasen Demenzdörfer Pflegekleeblatt KDA-Quartiershäuser (5.Generation)

Auch diese Unterteilung stößt in diesem Untersuchungszusammenhang auf Grenzen:

- Zum einen ist auch bei diesem Typisierungsschema nicht immer eine eindeutige Zuordnung möglich, weil die Wohnformen verschiedene Konzepte und Leistungsangebote miteinander verbinden.
- Zum anderen sind die Konzepte zu unterschiedlich, so dass eine vergleichende Betrachtung, die Aufschluss darüber geben könnte, wie einzelne Umsetzungsherausforderungen gemeistert werden, nur begrenzt möglich ist.
- Auch steht bei dieser Einteilung vielfach noch die Anbieterperspektive im Vordergrund. Die Wohnformen werden schwerpunktmäßig nach der Art und dem Umfang der Leistungsangebote, die dort erbracht werden (z. B. Betreuung/Service/ambulante Pflege in Gemeinschaft) zugeordnet.

Ein besonderer Schwerpunkt des Modellprogramms ist es jedoch, aus Nutzerperspektive die Anforderungen und Umsetzungsanforderungen für neue Wohnmodelle zu untersuchen. Die Nutzerinnen und Nutzer stellen je nach Bedarf und Lebenssituation sehr unterschiedliche Anforderungen an neue Wohnformen. Es soll ein Typisierungsmodell entwickelt werden, das die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner ins Zentrum der Verortung rückt.

4.2 Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen

Für eine Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen sind zunächst die zentralen Anforderungen zu definieren, die Nutzerinnen und Nutzer an ein Wohnangebot stellen. Aus Perspektive von Pflegebedürftigen sind Wohnangebote – wie bereits oben dargestellt (siehe zur Auswahl der Nutzerbedürfnisse die ausführliche Begründung in Kapitel 2.2) – so zu gestalten, dass man

- auch bei Pflegebedarf möglichst selbstständig wohnen und leben kann (**Selbstständigkeit**), indem man bei Beeinträchtigung der Selbstständigkeit umfassende, am Bedarf orientierte, qualifizierte Unterstützung erhält (**Versorgungssicherheit**).
- auch bei Pflegebedarf seine individuellen Wünsche und persönlichen Gewohnheiten wahren kann (**Lebensweltorientierung**), indem man vor allem möglichst selbst bestimmen kann, wie man wohnen und versorgt werden möchte (**Selbstbestimmung**).
- auch bei Pflegebedarf möglichst am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann (**Teilhabe**), indem man sozial eingebunden bleibt (**soziale Einbindung**).

Diese Nutzerbedürfnisse sollen bei der neuen Typisierung der Wohnformen auch im Vordergrund stehen. Wie eine Zuordnung neuer Wohnformen nach dem Umsetzungsgrad dieser Nutzerbedürfnisse erfolgen kann, soll im Folgenden erläutert werden.

4.2.1 Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit

Im Zentrum der neuen Typisierung der Wohnformen steht zum einen der Aspekt der **Selbstständigkeit**. Unter Selbstständigkeit versteht man die Fähigkeit eines Menschen, eine Aktivität alleine – evtl. mit Hilfsmitteln, aber ohne Unterstützung eines anderen Menschen – ausführen zu können. Der Aspekt der Selbstständigkeit ist zentral für die aus Nutzersicht zu stellenden Anforderungen an das Wohnen. Menschen, die ihr Leben weitgehend selbstständig organisieren können, stellen andere Anforderungen an das Wohnen und an die Versorgung als Menschen, die weitgehend unselbstständig agieren. Entsprechend sind auch neue Wohn- und Versorgungsangebote an diesen unterschiedlichen Bedürfnissen auszurichten.

Eine neue Einteilung der Wohnformen für Pflegebedürftige könnte nach den unterschiedlichen Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer aufgrund ihres Grades der Selbstständigkeit erfolgen. Hier kann man sich an der Einteilung der Selbstständigkeitsgrade zur Bestimmung des Pflegebedarfs nach dem Neuen Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (BI) orientieren, wobei aus praktischen Gründen hier eine zweigliedrige Einteilung vorgeschlagen wird. Die neue Wohnformtypisierung unterscheidet Wohnformen für Pflegebedürftige mit **geringer, erheblicher oder ggf. schwerer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit** und Wohnformen für Pflegebedürftige auch mit **schwerster bzw. besonderer Beeinträchtigung der Selbstständigkeit**.

Um den Nutzerbedürfnissen aufgrund ihres unterschiedlichen Selbstständigkeitsgrades gerecht zu werden, müssen die Wohnformen ein entsprechendes Wohn- und Versorgungsangebot sicherstellen. Wohnformen, die sich eher an Bewohnerinnen und Bewohner mit geringem Selbstständigkeitsgrad richten, werden ein hohes Maß an Versorgungssicherheit bieten müssen. Wohnformen, die sich an Bewohnerinnen und Bewohner richten, die noch einen hohen Selbstständigkeitsgrad besitzen, müssen weniger Versorgungssicherheit gewährleisten. Wenn letztere auch für Nutzerinnen und Nutzer mit geringem Selbstständigkeitsgrad geeignet sein wollen, müssen sie das Angebot an Versorgungssicherheit entsprechend (flexibel) erhöhen, um allen bzw. sich ändernden Nutzerbedürfnissen gerecht zu werden. Das Ausmaß der **Versorgungssicherheit** in neuen Wohnformen soll den Bewohnerinnen und Bewohnern ein selbstständiges Leben angepasst an ihre Bedarfe ermöglichen. Dabei wird von einem umfassenden Verständnis von Versorgungssicherheit ausgegangen, das nicht nur pflegerische Versorgung einschließt, sondern ebenso ein entsprechend gesichertes Wohnangebot oder eine soziale Einbindung gewährleistet. Dieser ganzheitliche Aspekt deckt sich ebenso mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der die ganze Lebenswelt der Pflegebedürftigen in den Blick nimmt.

Das Ausmaß an Versorgungssicherheit, das Wohnformen bieten, dient der Einstufung, für welche Zielgruppe mit welchem Selbstständigkeitsgrad das Wohnangebot geeignet ist. So können die Wohnformen nach folgenden Typen unterschieden werden:

- Wohnformen mit geringerer **Versorgungssicherheit** zur Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung vor allem für Pflegebedürftige mit **geringer, erheblicher oder ggf. schwerer Beeinträchtigung**,
- Wohnformen mit höherer **Versorgungssicherheit** zur Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung **auch für Pflegebedürftige mit schwerster bzw. besonderer Beeinträchtigung**.

4.2.2 Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung

Bei der Typisierung der Wohnform, ob und für welchen Nutzerkreis sie geeignet sind, sollen neben der „Selbstständigkeit“ und „Versorgungssicherheit“ auch die Kriterien „**Lebensweltorientierung**“ und „Selbstbestimmung“ berücksichtigt werden. Der Lebenswelt-Ansatz rückt die subjektive Erlebniswelt der Menschen in den Mittelpunkt. Lebenswelt „[...] bezeichnet jenen Wirklichkeitsausschnitt, zu dem das Subjekt Zugang hat und in dem es sich zu Hause fühlt“ (Otto/Bauer 2004: 196) Es geht darum, die Struktur des Wohnangebotes, die Alltagsgestaltung, die soziale Einbindung und die notwendigen Hilfen orientiert an den Werten, Bedürfnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten.

Das Leben nach den Vorstellungen und Bedürfnissen der Betroffenen zu gestalten und damit deren personale Identität zu wahren, setzt zentral voraus, dass man Einfluss auf die Gestaltung der Wohn- und Versorgungssituation bzw. auf die Gestaltung des Alltags nehmen kann. Die Sicherung der personalen Identität korrespondiert so eng mit der **Selbstbestimmung**. Ebenso führt die Selbstbestimmung zwingend zur **Selbstverantwortung**, denn wenn ich frei entscheiden kann, was ich tue oder nicht tue, dann bin ich auch für die Folgen von diesen Entscheidungen selbst verantwortlich. In der fachlichen Diskussion wird in der Stärkung der Selbstverantwortung der Bewohnerschaft daher ein zentrales Qualitätsmerkmal für neue Wohnformen gesehen (Klie et al. 2016).

Greift man dieses Nutzerbedürfnis auf, lassen sich Wohnformen zusätzlich danach unterscheiden, in welchem Umfang sie eine individuelle Lebensgestaltung und Lebensweltorientierung ermöglichen. Zu unterscheiden sind danach:

- Wohnformen, in denen ein **hohes Maß an individueller Lebensweltorientierung** – auch durch eine starke Selbstverantwortung der Bewohnerschaft – sichergestellt ist.
- Wohnformen, bei denen ein **geringes Maß an individueller Lebensweltorientierung** – auch durch eine stärkere Trägerverantwortung – gegeben ist.

4.2.3 Teilhabe durch soziale Einbindung

Auch die Sicherung der Teilhabe hört zu den zentralen Nutzerbedürfnissen, die durch soziale Einbindung gewährleistet werden kann. Die Gewährleistung der sozialen Einbindung beinhaltet – wie bereits erwähnt – nicht nur die Sicherung der internen und externen Kommunikation und eines wohnortnahen Austausches mit anderen Menschen (Klie et al. 2017), sondern auch Mitsprache- und Mitwirkungsmöglichkeiten bis hin zu Mitgestaltungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben im sozialen Nahraum zu sichern.

Nach diesem Nutzerbedürfnis kann eine Wohnformtypisierung wie folgt erfolgen:

- Wohnformen, die eine **höhere Chance auf Teilhabe** durch Stärkung der sozialen Einbindung ermöglichen.
- Wohnformen, die eine **geringere Chance auf Teilhabe** durch eine geringe soziale Einbindung eröffnen.

Tabelle 113: Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen

Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit					
		höhere Versorgungssicherheit	geringere Versorgungssicherheit		
Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung	Höhere Chance auf Lebensweltorientierung	Typ I höhere Versorgungssicherheit und höhere Lebensweltorientierung und höhere Chance auf Teilhabe	Typ II geringere Versorgungssicherheit und höhere Lebensweltorientierung und höhere Chance auf Teilhabe	Höhere Chance auf Teilhabe	Teilhabe durch soziale Einbindung
	Geringere Chance auf Lebensweltorientierung	Typ III höhere Versorgungssicherheit und höhere Lebensweltorientierung und geringere Chance auf Teilhabe	Typ IV geringere Versorgungssicherheit und höhere Lebensweltorientierung und geringere Chance auf Teilhabe		
Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung	Höhere Chance auf Lebensweltorientierung	Typ V höhere Versorgungssicherheit und geringere Lebensweltorientierung und höhere Chance auf Teilhabe	Typ VI geringere Versorgungssicherheit und geringere Lebensweltorientierung und höhere Chance auf Teilhabe	Geringere Chance auf Teilhabe	Teilhabe durch soziale Einbindung
	Geringere Chance auf Lebensweltorientierung	Typ VII höhere Versorgungssicherheit und geringere Lebensweltorientierung und geringere Chance auf Teilhabe	Typ VIII geringere Versorgungssicherheit und geringere Lebensweltorientierung und geringere Chance auf Teilhabe		

Jede Wohnform kann mit diesem Typisierungsschema danach eingestuft werden, in welchem Ausmaß sie den unterschiedlichen Nutzerbedürfnissen gerecht wird. Auch Mischformen wie z. B. „Integrierte Wohnkonzepte“, die sich sowohl an Menschen mit geringeren als auch an Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen wenden und entsprechend für beide Zielgruppen ihr Portfolio aufgestellt haben, können sich in diesem Raster verorten.

4.3 Überlegungen für ein Zuordnungsverfahren

Es sind Kriterien zu entwickeln, anhand derer bewertet werden kann, ob und in welchem Ausmaß ein Wohnangebot den Nutzerbedürfnissen „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ und „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ sowie „Teilhabe durch soziale Einbindung“ gerecht wird. In einem ersten Schritt wurden dafür verschiedene inhaltliche Bereiche definiert und Merkmale bestimmt, mit denen überprüft werden kann, ob zentrale Inhalte umgesetzt werden. Diese werden im Folgenden beschrieben. Dabei handelt es sich um erste Überlegungen zur Entwicklung eines Zuordnungsverfahrens, das in Zukunft einer Weiterentwicklung bedarf.

4.3.1 Operationalisierung: Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit

Bei der Einstufung des Maßes an Versorgungssicherheit, die Wohnformen gewährleisten müssen, damit sie die Selbstständigkeit ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bedarfsgerecht unterstützen können, wird auf das neue **Begutachtungsinstrument (BI)** zur Einstufung der Pflegebedürftigen Bezug genommen. Das BI berücksichtigt sechs Aktivitätsbereiche, um den Selbstständigkeitsgrad von Pflegebedürftigen zu erfassen (1. Mobilität, 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten, 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, 4. Selbstversorgung, 5. Bewältigung von krankheitsbedingten und therapiebedingten Belastungen, 6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte). Es wird in all diesen Bereichen geprüft, welchen Grad an Selbstständigkeit die Pflegebedürftigen haben.

Auch die Zuordnung der Wohnform in das nutzerorientierte Typisierungsschema soll auf der Grundlage der folgenden **sechs Bereiche** erfolgen. In sechs Bereichen soll geprüft werden, inwieweit das Wohnprojekt Versorgungssicherheit entsprechend der unterschiedlichen Selbstständigkeitsgrade der Nutzerinnen und Nutzer gewährleistet:

- Sicherung der Mobilität
- Unterstützung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (zusammen mit) Unterstützung bei psychischen Problemlagen
- Sicherung der Selbstversorgung
- Bewältigung krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens

Im Rahmen der Feststellung des Selbstständigkeitsgrades nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden in jedem der sechs Bereiche bestimmte Merkmale zugeordnet, um feststellen zu können, ob der pflegebedürftige Mensch die dort definierten Aktivitäten noch selbstständig ausführen kann. Die Zuordnung der Wohnformen in ihrer Eignung für bestimmte Nutzerinnen und Nutzer soll ebenso anhand von Merkmalen in den sechs Bereichen erfolgen. In einem ersten vorläufigen Schritt wurden für die sechs Bereiche rund **50 Merkmale** benannt, die eine Zuordnung von Wohnprojekten zu dem einen oder anderen Wohnformtyp ermöglichen kann (siehe hierzu die Merkmale für die Wohnformtypisierung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ im Anhang). Diese Merkmale wurden der umfassenden Merkmalsliste zur Evaluierung der Wohnprojekte entnommen, die über 100 Merkmale enthält, um alle fünf Evaluationskriterien zu operationalisieren (siehe Kapitel 3). Es wurden hier nur Merkmale aus der umfassenden Liste ausgewählt, die im Zusammenhang mit Selbstständigkeit und Versorgungssicherheit relevant sind.

4.3.2 Operationalisierung: Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung

Zu fragen ist auch hier, anhand welcher Kriterien bewertet werden kann, in welchem Ausmaß eine individuelle Lebensweltorientierung gewährleistet wird. Hier sind zunächst Merkmale einzubeziehen, die konkret die Wahrung der personalen Identität sicherstellen können. Hier handelt es sich um die Merkmale, die eine individuelle, am persönlichen Bedarf orientierte, Lebensführung gewährleisten sollen. Dazu gehören Merkmale, die

- die Erfassung von Nutzerbedürfnissen gewährleisten,
- die Umsetzung individueller Lebensgewohnheiten/Privatheit ermöglichen und
- ein Beschwerdemanagement sichern.

Hierzu gehören aber auch Merkmale, die eine Sicherung der Selbstbestimmung bzw. Selbstverantwortung der Bewohnerschaft ermöglichen. Bei der Überprüfung, wie der Aspekt der Selbstbestimmung umgesetzt wird, kann auf die Kriterien zurückgegriffen werden, die in den vergangenen Jahren bei der Novellierung der **länderspezifischen Heimgesetzgebungen** berücksichtigt wurden, um Wohnformen als selbstverantwortet oder trägerverantwortet einzustufen. Auch diese Merkmale sind in der umfassenden Merkmalsliste zur Operationalisierung der Evaluationskriterien enthalten. Hier wird eine Auswahl an Kriterien herangezogen, die in ca. der Hälfte der länderspezifischen Heimgesetzgebungen (siehe hierzu KDA/Wüstenrot Stiftung 2014) als Zeichen für eine

selbstverantwortete oder trägerverantwortete Wohnform benannt werden. Diese Merkmale lassen sich zwei Bereichen zuordnen:

Bereich „Selbstverantwortung durch vertragliche Regelungen“ mit folgenden Merkmalen wie z. B.

- Trennung von Wohnungs- und Pflegeanbietern,
- Wählbarkeit der Dienstleister und Leistungen,
- Sicherung des Hausrechtes (u. a. abschließbare Wohnung, keine eigenen Räumlichkeiten der Pflegedienste in der Wohnform).

Bereich „Selbstverantwortung durch organisatorische Regelungen“ mit folgenden Merkmalen wie z. B.

- Selbstverwaltung der Gemeinschaftsräume und Finanzmittel,
- Gewährleistung einer eigenen Haushaltsführung,
- (Mit-)Bestimmung über Mitbewohnerinnen und Mitbewohner,
- (Mit-)Bestimmungsmöglichkeiten bei der Haushaltsführung/Alltagsgestaltung, bei der Wohnraumgestaltung, bei der Berücksichtigung individueller Gewohnheiten,
- Sicherung von Beteiligungsmöglichkeiten, Vorhandensein von Selbstverwaltungsgremien (Bewohnerbeiräte, Auftraggebergemeinschaft)/Aushandlungsprozesse bei der Sicherung von Selbstbestimmung, Koordination/Unterstützung der Selbstorganisation.

Für die Zuordnung von Wohnprojekten nach dem gewährten Maß an Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung/Selbstverantwortung wurden vorläufig knapp **30 Merkmale** aus der umfassenden Merkmalsliste bestimmt. Sie können als erste Indikatoren zur Einordnung der Wohnprojekte nach diesen Nutzerbedürfnissen berücksichtigt werden (siehe zur Zuordnung die Merkmalsliste zur Wohnformtypisierung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ im Anhang). Es wurden hier nur Merkmale aus der umfassenden Liste ausgewählt, die im Zusammenhang mit Lebensweltorientierung und Selbstbestimmung relevant sind.

4.3.3 Operationalisierung: Teilhabe durch soziale Einbindung

Hier geht es um Anforderungen, die den sozialen Austausch fördern, hierzu gehören Merkmale, die

- den Austausch und die Begegnung mit anderen fördern,
- Unterstützung bei der Kontaktpflege gewährleisten,
- Vernetzungen mit dem Sozialraum eröffnen und
- Engagement- und Beteiligungsmöglichkeiten eröffnen.

Für die Zuordnung von Wohnprojekten nach den Teilhabechancen durch soziale Einbindung wurden vorläufig rund **10 Merkmale** aus der umfassenden Merkmalsliste bestimmt. Sie können als erste Indikatoren zur Einordnung der Wohnprojekte nach diesen Nutzerbedürfnissen berücksichtigt werden (siehe zur Zuordnung die Merkmalsliste zur Wohnformtypisierung „Teilhabe durch soziale Einbindung“ im Anhang). Es wurden hier nur Merkmale aus der umfassenden Liste ausgewählt, die im Zusammenhang mit Teilhabechancen relevant sind.

Die **Auswahl der Merkmale** zur Zuordnung der Wohnprojekte zu einem nutzerorientierten Wohnformtyp erfolgt auf der Grundlage von Praxiserfahrungen, Expertenmeinungen sowie ausgewählten wissenschaftlichen Studien, die *allgemein* einen Einfluss der genannten Merkmale auf die Wohn- und Versorgungssituation von Pflegebedürftigen begründet haben. Evidenzbasierte Studien, die den Zusammenhang der jeweiligen Merkmale auf die Selbstständigkeit oder Lebensweltorientierung und Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner neuer Wohnformen *explizit* nachweisen, liegen jedoch bisher kaum vor, so dass eine evidenzbasierte Prüfung der Merkmale für neue Wohnformen für die Zukunft noch zu leisten ist. Die Merkmalszuordnung ist daher lediglich als erster Versuch zu werten, Kriterien zu bestimmen Wohnformen aus Nutzersicht zu klassifizieren. Weitere wissenschaftliche Untersuchungen sind erforderlich, um zu bestimmen, ob evtl. weitere oder andere Merkmale geeigneter sind, die Nutzerbedürfnisse abzubilden. Dies schließt auch eine Prüfung ein, welche dieser Merkmale zwingend erfüllt sein müssen oder ob eine mehrheitliche Erfüllung dieser Merkmale die Zuordnung bestimmt. Ebenso ist empirisch zu begründen, ob einzelne Merkmale höhere Bedeutung bei den Nutzerinnen und Nutzer haben und somit evtl. bei der Zuordnung als notwendige Bedingung gesetzt werden müssen. All dies ist Voraussetzung, um Wohnprojekte valide den unterschiedlichen Nutzerbedürfnissen zuordnen zu können. Für die Zukunft ist dies ein wichtiges Forschungsfeld, um nutzerorientierte Wohnangebote zu sichern. Die Ergebnisse aus den Nutzerbefragungen im Rahmen des Modellprogramms können hierzu erste Informationen liefern.

5 Ausblick

Auf der Basis der beschriebenen konzeptionellen Grundlagen und des Erhebungsdesigns werden die Untersuchungen der wissenschaftlichen Begleitung des „Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bieten eine erste Datengrundlage, um die Qualität, die Wirtschaftlichkeit und die Rahmenbedingungen neuer Wohnformen umfassend zu beschreiben. Die konsequente Überprüfung, inwieweit diese neuen Wohnformen den Nutzerbedürfnissen gerecht werden, einschließlich des Versuchs, in Zukunft Wohnformen nicht mehr nur ordnungsrechtlich oder konzeptionell, sondern gezielt nach den Bedarfen ihrer Nutzerinnen und Nutzer zu klassifizieren, schafft eine wichtige Ausgangsbasis zur Weiterentwicklung nutzerorientierter Wohnformen für Pflegebedürftige. Der ausgearbeitete Typisierungsvorschlag bietet sowohl für die Nutzerinnen und Nutzer, aber auch für die Planerinnen und Planer solcher neuen Wohnformen eine erste Orientierung, welche qualitativen Anforderungen erfüllt sein müssen, um den unterschiedlichen Bedarfslagen der (potenziellen) Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden. Damit kann auch ein Beitrag für die vom Gesetzgeber mit dem Anfang 2017 in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) an die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI erhobene Forderung geleistet werden, ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben.

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Begleitforschung werden zudem eine konkrete Beschreibung von Modellen guter Praxis für die unterschiedlichen Nutzerbedürfnisse ermöglichen. Für diese könnten – soweit es die Datenlage ermöglicht – dann auch konkrete Wirtschaftlichkeitsberechnungen vorgenommen und die spezifischen Herausforderungen für die Nachhaltigkeit und Übertragungsmöglichkeiten geprüft werden. In eigenen Veröffentlichungen werden diese Modelle für die Praxis aufbereitet. Dieser Praxisbezug soll durch eine Arbeitshilfe zur Umsetzung solcher nutzerorientierten neuen Wohnformen – einem „Praxishandbuch“ – vertieft werden.

6 Literaturverzeichnis

- Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V., Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2007): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für Angehörige, Hamburg.
- Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. (2004): Forschungsbericht Teil III. Ergebnisse einer mündlichen Befragung von Führungskräften ambulanter und (teil-)stationärer Einrichtungen zum Pflege-, Betreuungs- und Beratungsangebot für Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen (Altenhilfestrukturen der Zukunft), Bochum.
- Amt für Soziale Sicherung München (2014) Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften, München.
- Arens-Azevedo, U./Behr-Völtzer, C. (2002): Ernährung im Alter, Lehrbuch Altenpflege, Hannover.
- Bank für Sozialwirtschaft (2010): Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Konzepte, Rechtsgrundlagen und Finanzierungsaspekte. BfS Arbeitshilfe, Köln.
- Barthel, P. (2008): Qualitätsunterschiede in der Pflege: Die Rolle verschiedener institutioneller Träger, diplom.de.
- Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. In: Pflege Aktuell, Heft 5, S. 284–287.
- Bates, J.J./Polak, J./Jones, P./Cook, A.J. (2001): The valuation of reliability for personal travel. Transportation Research Part E, 37 (2-3), 191–230.
- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmeier, A., & Schenk, L. (2013): Die Intimsphäre: Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46(7), 639–644.
- Beikirch, E./Korporal, J. (2003): Ambulante Pflege: sozialrechtliche, strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen und Entwicklung. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D., (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim/München. S. 591–607.
- Berghäuser, M. (2010): Heimrecht und gemeinschaftliche Wohn-Pflege-Formen. Selbstorganisiertes Wohnen und Pflegen ohne Heimaufsicht oder strukturell abhängiges Pflegewohnen im Schutzbereich des Heimrechts – Wo liegt die Grenze?, Schader-Stiftung, Darmstadt.
- Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2003): Neue Wohnkonzepte – Bestandsanalyse – Leben und Wohnen im Alter, Band 1, Köln.
- Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2004): Betreute Wohngruppen – Pilotstudie, Köln.
- Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2006): Ambulant betreute Wohngruppen – Arbeitshilfe für Initiatoren, Band 6: Leben und Wohnen im Alter, Köln.
- Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007): Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen, Köln.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten - Konzept für ein Regionales Pflegebudget, Gütersloh.
- Beuth-Verlag (2006): DIN 77800:2006-09 Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“, Berlin.
- Biedermann, S. et al. (2001): Die Praxis der ganzheitlichen, integrativen Pflege gesunder und kranker Menschen. In: Helgard M. Brunen und Eva Elisabeth Herold (Hrsg.): Ambulante Pflege.

- Die Pflegegesunder und kranker Menschen. Band 1: Grundlagen - Ganzheitliche, integrative Pflege: Schlütersche (1), S. 208–546.
- Blackman, T./Van Schaik, P./Martyr, A. (2007): Outdoor environments for people with dementia: an exploratory study using virtual reality, in: Ageing and Society 28/6, 811–825.
- Blinkert, B./Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel, Hannover.
- Budde, W. (Hrsg.) (2006): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis, Wiesbaden.
- Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.) (2005): Die soziale Stadt - Ein Programm wird evaluiert, Heft 2/3, Berlin.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung, Bonn.
- Bollmann, M. (2008): Der Pflegeprozess in der Altenpflege. Individuell und flexibel pflegen mit dem 4-Phasen-Modell. Hannover.
- Bostick, J. E. (2004): Relationship of Nursing Personnel and Nursing Home Care Quality. Journal of Nursing Care Quality, 19 (2), 130-136.
- Brühe, R./Hundenborn, G. (2011): Evaluation innerbetrieblicher Fortbildung. Überprüfung der Konsistenz und Auswirkungen von Fortbildungsprogrammen. Pflege anders denken und ausbilden, 6(1).
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. (2002): Finanzierung von Wohnberatungsstellen, Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2012a): Barrieren in Stadtquartieren überwinden, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2017): Häufigste Fragen zum Bundes-teilhabegesetz (BTHG) vom 12. April 2017, Berlin.
- Bundesministerium des Innern (BMI) (Hrsg.) (2011): Jedes Alter zählt – Die Demografiestrategie der Bundesregierung, Berlin
http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Demografie/demografiestrategie-langfassung.pdf?blob=publicationFile&v=2. (vom 06.03.2015).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2005): Personalmanagement in der stationären Altenpflege, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2009): Leben und Wohnen für alle Lebensalter – Bedarfsgerecht, barrierefrei, selbstbestimmt, - Praxisbeispiele und Handlungsempfehlungen, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2014): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2016): Siebter Altenbericht der Bundesregierung. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Berlin/Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)/Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2000): Bürgerfreundliche und behindertengerechte Gestaltung des Straßenraums, Berlin.

- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2001): Checkliste zur Erfassung von Barrieren in der Infrastruktur, Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2010): Mobilität in Deutschland 2008: Ergebnisbericht. Struktur, Aufkommen, Emissionen, Trends, Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2011): Wohnen im Alter, Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2012b): Handbuch Barrierefreier ÖPNV in Deutschland, Berlin.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2013): Nahversorgung in ländlichen Räumen. BMVBS-Online-Publikation 02/2013.
- Bundesverband häuslicher Seniorenbetreuung e. V. (BHSB) (2016): Definition Betreuung. <http://www.bhsb.de/branche/definition-betreuung.html> (vom 09.02.2016).
- Burns, E.; Haslinger-Baumann, E. (2008): Evaluierung von Interventionen aufgrund der Pflegediagnose "Soziale Isolation" und Anwendung der Methode Evidence-based Nursing. In: Pflege 21 (1).
- Büscher, A./Klie, T. (2012): Qualität und Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 43(3), S. 70–80.
- Campbell, S. M./Braspenning, J./Hutchinson, A./Marshall, M./Full, N. (2002): Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Quality & Safety in Health Care, 11 (4), 358-364.
- Castle, N.G./Engberg, J. (2007): The Influence of Staffing Characteristics on Quality of Care in Nursing Homes, in: Health Services Research, 42(5), 1822–1847.
- Cihlar, Volker (2013): Beweglichkeitsleistungen im dritten Lebensalter. Interventionsstudie zur Trainierbarkeit bei Personen im Alter zwischen 61 und 88 Jahren. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46, 339-345.
- Claßen, K./Oswalt, F./Doh, M./Kleinemas U./Wahl H-W. (2014): Umwelt des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien, Stuttgart.
- Commission for Social Care Inspection (CSCI) (2009): Annual Report and Accounts 2008-09, London.
- Cook R.I. et al. (2000): Gaps in the continuity of care and progress on patient safety, in: BMJ, 320, 791–4.
- Crößmann, G./Börner, K. (2005) Neue Wohn- und Betreuungsformen im heimrechtlichen Kontext: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- DEGAM (2004): DEGAM Leitlinie „Ältere Sturzpatienten“, <https://www.online-zfa.de/media/archive/2004/10/10.1055-s-2004-820396.pdf>, vom 12.01.2018.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG) (Hrsg.) (2011): Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel, Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit, Berlin, http://www.dggg-online.de/aktuelles/pdf/201112_DGGG_Positionspapier_Druckversion.pdf (vom 06.03.2015).
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2012): Demenz und Selbstbestimmung – Stellungnahme, Berlin.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2000): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010a): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.
- Deutsches Institut für Normung (DIN) (2006): DIN 77800 „Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform „Betreutes Wohnen für ältere Menschen“, Berlin.
- Deutsches Institut für Normung (DIN) (2015): Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (DIN EN ISO 9000:2015-11), Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum. DV 35/11 AF IV, Berlin.
- Donabedian, A. (1966): Evaluation the quality of medical care, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol XLIV, 166-206.
- Donabedian, A. (1980): The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration, Ann Arbor/Michigan.
- Dörner, K. (2007): Leben und Sterben, da wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem, Neumünster.
- Eberlein, M./Klein-Hitpaß, A. (2012): Altengerechter Umbau der Infrastruktur: Investitionsbedarf der Städte und Gemeinden, im Auftrag der KfW, Berlin.
- Eberlein-Gonska, M. (2011). Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 54(2), 148–153. Retrieved February 14, 2016.
- Eckert, H/Geyer, S. (2005): Anforderungen an prozessorientierte Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen - Eine qualitative Studie zu Umsetzungsempfehlungen. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 10(2), 102–110.
- Elsbernd, A. et al. (2010): Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Pflege, Lage.
- Emme v. d. Ahe, H./Weidner, F., Blome, S./Laag, U. (2012): Abschlussbericht Entlastungsprogramm bei Demenz II – Ede II. Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze, Köln, Minden.
- Engels, D./Pfeuffer, F. (2007): Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen, Köln.
- Enquête-Kommission (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Hrsg. v. Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- E-Qalin (2009): Manual United Kingdom, Version 3.0, Bad Schallerbach.
- Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung (Hrsg.) (2010): Verbesserung messen, Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime, Wien.
- Evans, L./Cotter, V. (2008): Avoiding restraints in patients with dementia. American Journal of Nursing, 108, 40–49.

- Fabian, C./Drilling, M./Niermann, O./Schnur, O. (2017): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis, Wiesbaden.
- Fischer, T. et al. (2011): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen - Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren, *Pflege* (2011), 24: 97–109.
- Fischer, T./Dorschky, L./Horváth-Kadner, I. (2016): Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für alte Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen – Bedarfsermittlung und Konzeptentwicklung. Abschlussbericht. Dresden.
- Forum gemeinschaftliches Wohnen e. V. (2014): *Wenig Aufwand – viele Chancen*, Hannover.
- Forum gemeinschaftliches Wohnen e. V. (2017): *Starke Gemeinschaften, neue Ideen*, Hannover.
- Franken, G. (2014): *Inklusion und Teilhabe – eine Begriffsklärung*, Witten.
- French, D. D./Werner, D. C./Campbell, R. R./Powel-Cope, G. M./Nelson, A. L./Rubenstein, L.Z. et al. (2007): A multivariate fall risk assessment model for VHA nursing homes using the minimum data set. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8 (2), 115–122.
- Friebe, J. (2004): Der biografische Ansatz in der Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 9 (1), 3–5.
- Frommert, D./Himmelreicher, R. K. (2010): Sinkende Rentenanwartschaften – vor allem in den neuen Bundesländern, Analysen zur Entwicklung der Altersrenten in Deutschland. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, Ausgabe 43, Januar 2010.
- Fürst, R./Hinte, W. (Hrsg.) (2014): *Sozialraumorientierung. Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten*, Wien.
- Gabler Wirtschaftslexikon (2017): <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/21339693/nachhaltige-geschaeftsprozesse-v3.html>, Springer Gabler Verlag (Hrsg.).
- Geburtig, G. (2012): *Brandschutz im Bestand: Wohngebäude und Betreutes Wohnen*, Stuttgart.
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2012): *Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren*, Frankfurt a. M.
- Geyer, J./Steiner, V. (2010): *Erwerbsbiografien und Alterseinkommen im demografischen Wandel – eine Mikrosimulationsstudie für Deutschland*, DIW Berlin – *Wirtschaftspolitik kompakt*, 55.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Bd. 2, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011): *Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit*, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der PV, Bd. 3, Berlin.
- GKV-Spitzenverband(Hrsg.) (2012): *Betreuungskräfte in Pflegeeinrichtungen: Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 9*.
- GKV-Spitzenverband(Hrsg.) (2015): *Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI*. Retrieved March 17, 2016, Berlin.
- Görres, S./Hasseler, M./Mittnacht, B. (2008): *Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten, im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.*, Bremen.
- Gräske, J. et al. (2011): Studie zur Identifikation eines geeigneten Instrumentes zur Messung demenz-spezifischer Lebensqualität im Setting ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Berlin, in: *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler* 211/3(3): 5–12.
- Graf, P./Spengler, J. (2008): *Leitbild- und Konzeptentwicklung – Sozialmagazin Praxis*, Berlin.

- Graff, M. J./Vernooij-Dassen, M. J./Thijssen, M./Dekker, J./Hoefnagels, W. H./Olderikkert, M. G. (2007): Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology: medical sciences*, 62 (9), 1002–1009.
- Grüner Haken für Verbraucherfreundliche Pflegeheime (2015): <http://www.vzbv.de/meldung/eingruener-haken-fuer-verbraucherfreundliche-pflegeheime>, vom 11.11.2015.
- Häcker, J. et al. (2009): Demenzkranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung - Ein intertemporaler Kostenvergleich, *Schmollers Jahrbuch*, 129(3), 445–471.
- Häcker, J./Hackmann, T. (2011): LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2000-2009, *Health Economics*, 21(12), 1427–1443.
- Hackmann, T./Wölbing, R. (2014): Steigende Sozialausgaben – was die Kommunen schon heute tun können, *Prognos trendletter*, 1/2014.
- Heinze, C. (2008): Sturzereignisse, in: Dassen, T. (Hrsg.): Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus, Berlin.
- Heinze, C. et al. (2013): Der Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung 2013. In: DNQP (Hrsg.): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2013. Unter Mitarbeit von Doris Schiemann. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, S. 17–43.
- Harrington, C. et al. (2000): Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, in: *Journals of Gerontology Series B: Psychological Science & Social Sciences*, 55(5), 278–287.
- Hasseler, M. et al. (2016): Abschlussbericht – Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, Berlin.
- Heien, T. et al. (2007): Altersvorsorge in Deutschland 2005 – Forschungsprojekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Berlin: TNS Infratest Sozialforschung.
- Heusel, C. et al. (2009): INSEL- Auf dem Wege zu einem neuen Instrument zur Erfassung von Lebensqualität in Einrichtungen für alte Menschen, unveröffentlichtes Manuskript.
- Heusinger, J./ Falk, K. (2011): Selbstbestimmt trotz Armut, Alter, Krankheit? Ein Projektbericht. In: *Dr. med. Mabuse* 36 (192), S. 48–50.
- Hinte, W. (2008): Sozialraumorientierung – ein Fachkonzept für Soziale Arbeit, Fulda.
- Hinte, W./Treeß, H. (2007): Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik, Weinheim, München.
- Höpflinger, F. (2014): Sozialbeziehungen im Alter – Entwicklungen und Problemfelder, o.O.
- Horn, S. D./Buerhaus, P./Bergstrom, N./Smout, R. J. (2005): RN Staffing Time And Outcomes of Long-Stay Nursing Home Residents. *American Journal of Nursing*, 105 (11), 58–71.
- Hübner, U. (2006): Telematik und Pflege: gewährleistet die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eine verbesserte Versorgung für pflegebedürftige Bürgerinnen und Bürger? *GMS Med Inform Biom Epidemiol.* 2006, 2(1):Doc01.
- Hulsker, H. (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. In: *Pflege* 14: 39–45.
- Jann, A. (2012): Wohnen im Alter – ein Handlungsfeld und seine Grenzen, Zürich.
- Kaesler, M. (2012): Soziale Kontakte von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. In: *Demos* (3), S. 7–9.
- Kämmer, K. (Hrsg.) (2010): *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen*. Hannover.

- Kardorff, E. von; Meschnig, A. (2009): Selbstbestimmung, Teilhabe und selbständige Lebensführung: konzeptionelle Überlegungen. In: Vjenka Garms-Homolová (Hrsg.): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzept und Methoden, S. 61–92.
- Kellnhäuser, E. (2002): Berufskompetenzen professionell Pflegender. Berlin.
- Kesselheim, H. (2013): Teilhabe alter Menschen – unrealisierte gesellschaftliche Herausforderung, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 93(6), 265–270.
- Kirchbaum, K. et al. (2005): Improving resident outcomes with GAPN organization level interventions, in: Western Journal of Nursing Research, 27(3), 322–337.
- Kitwood, T. (2002): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 2. unveränderte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.
- Klie, T./Schuhmacher, B. (2008): Teilhabe sichern – Verantwortung teilen, in: Altenheim, 47(5), 18–22.
- Klie, T. (2014): Welfare-Mix - Elf Thesen, in: BBE-Newsletter 4/2014, 1–5.
- Klie, T. et al. (2017): Ambulant betreute Wohngruppen – Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen – Abschlussbericht, Bonn/Freiburg.
- Koch, H. (2014): Privatheit, in R. Ammicht Quinn (Ed.), Sicherheitsethik (pp. 125–134). Wiesbaden.
- Koczy, P. (2008): Reduktion von körperlicher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern: Abschlussbericht zum Modellvorhaben, Stuttgart, Freiburg.
- Korte-Pötters, U. et al. (2007): Konzepte zur Sicherstellung der Versorgungsqualität in vollstationären Einrichtungen, in: MAGS: Referenzmodelle. Band 5, Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege – Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzeptes, Düsseldorf.
- Kremer-Preiß, U./Stolarz, H. (2006): Ambulant betreute Wohngruppen: Arbeitshilfe für Initiatoren, Köln.
- Kremer-Preiß, U./Stolarz, H. (2008): Themenheft 3: Den neuen Herausforderungen begegnen – Mitarbeiter weiter qualifizieren, Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Netzwerk: Soziales neu gestalten, Gütersloh.
- Krenz, S./ Nagl, W. (2009): A Fragile Pillar, Statutory Pensions and the Risk of Old-Age Poverty in Germany, Finanzarchiv, 66(4), 419–441.
- Krohwinkel, M. (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. Bern.
- Kruse, A. (2002): Gesund altern: Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Baden-Baden.
- Kruse, A. (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethnischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (4), S. 273–287.
- Kuhn-Zuber, G. (2012): Bedarfe und Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen. Selbstbestimmte Pflege zu Hause. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 43 (3), S. 16–27.
- Kumpmann, I. et al. (2012): Armut im Alter – Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 232/1, 61–83.

- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)/Konkret Consult Ruhr (KCR) (Hrsg.) (2006): Abschlussbericht zum Modellprojekt „Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Köln, Gelsenkirchen.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe/Wüstenrot Stiftung (2014): Wohnatlas – Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter – Teil 1 Bestandsanalyse und Praxisbeispiele, Köln.
- Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen NRW e. V. (Hrsg.) (2006): Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen NRW, Düsseldorf.
- Kuske, B. et al. (2009): Training in dementia care: a clusterrandomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany, in: *International Psychogeriatrics*, 21(2), 1–14.
- Landtag Baden-Württemberg (2014): Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (WTPG) und zur Änderung des Landesverwaltungsgesetzes vom 14. Mai 2014, Drucksache 15/5196, Stuttgart.
- Landtag von Sachsen-Anhalt (2010): Gesetzesentwurf Landesregierung. Entwurf eines Gesetzes über Wohnformen und Teilhabe (Wohn- und Teilhabegesetz – WTG).
- Lechowski, L./Dieudonné, B./Tortrat, D./Teillet, L./Robert, P.H./Benoit, M./Forette, B./Vellas, B. (2003): Role of behavioural disturbance in the loss of autonomy for activities of daily living in Alzheimer patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (11), 977–983.
- Liesenfeld, J. et al. (2016): Wissenschaftliche Studie zu den Finanzierungsstrukturen ambulant betreuter Wohngemeinschaften – Abschlussbericht für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Arbeit des Landes NRW (MGEPA, Düsseldorf).
- Lind, S. (2000): Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker, Stuttgart.
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Technik*, 8. Auflage, Weinheim.
- Mc Keown, J./Clarke, A./Repper, J. (2006): Life story work in health and social care: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (2), 237–247.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2017): Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit – Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung, Berlin (https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web_neu_Feb_2017.pdf).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)/GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. MDK-Anleitung. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege, Essen/Berlin.
- Mehnert, T./Kremer-Preiß, U. (2014): Nachhaltigkeit und Finanzierung. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.
- Menner, H. (2004): Aktivierende und Reaktivierende Pflege, in: Thür, G. (Hrsg.): *Professionelle Altenpflege. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Wien, New York, S. 23–50.
- Michell-Auli, P./Kremer-Preiß, U. (2013): Quartiersentwicklung – KDA-Ansatz und kommunale Praxis, hrsg. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Mitchell, L. et al. (2004): Making the outside world dementia-friendly: design issues and considerations. *Environment and Planning B: Planning Design and Design* 30, 605–632.

- Mitchell, L./Burton, B. (2010): Designing dementia-friendly neighbourhoods: helping people with dementia to get out and about, in: *Journal of Integrated Care* 18 (6), 11–18.
- Naomi Feil (2013): *Validation in Anwendung und Beispiele – Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*, Weinheim.
- NCHR & D Forum (2007): *My Home Life: Quality of Life in Care Homes – A Review of the Literature*, London.
- Nestler, N., Maier, C./Osterbrink, J. (2014): Soziale Erwünschtheit in der Schmerztherapie. Antwortverhalten verschiedener Berufsgruppen zur Umsetzung eines berufsgruppenübergreifenden Schmerzmanagements. *Der Schmerz* (4), 384-390.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2009): *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*, Bd. 2: Eine neue Architektur des Sozialen – Sechs Fallstudien zum Welfare Mix, Gütersloh.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2009a): *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*, Bd. 2: Eine neue Architektur des Sozialen – Sechs Fallstudien zum Welfare Mix, Gütersloh.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2009b): Soziale Wirkung und "Social Return" - Eine sozioökonomische Mehrwertanalyse gemeinschaftlicher Wohnprojekte, *Zukunft Quartier - Lebensräume zum Älterwerden*, Band 3, Gütersloh.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.) (2010): *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*, Bd. 1 eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte, Gütersloh.
- Oppikofer, S./Albrecht, K./Schelling, H. R./Wettstein, A. (2002): Die Auswirkungen sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Die Käferberg-Besucherstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35 (1), 39–48.
- Osterbrink, J./Bauer, Z./Ewers, A./Nestler, N./Hemling, S. (2010): Schmerzmanagement-Forschung: Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster. *Die Schwester Der Pfleger*, 49 (12), 1224–1227.
- Oswald, F. et al. (2005): *Selbständig wohnen in sehr hohen Alter – Ergebnisse aus dem Projekt ENABLE-AGE*, Frankfurt am Main.
- Oswald, F./Konopik, N. (2015): Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 5/2015, 401–407.
- Otto, Ulrich/Bauer, Petra (2004): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen, in: Thiersch, Hans und Grundwald, Klaus (Hrsg.): *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit*, Weinheim, München, S. 195–212.
- Pawlik, Michael (2012): Das Recht der Älteren im Strafrecht – Bedeutung und Reichweite des Grundsatzes der Patientenautonomie. In: Ulrich Becker und Markus Roth (Hrsg.): *Recht der Älteren*. Berlin: De Gruyter (De Gruyter Handbuch), S. 127–163.
- Pohlmann, S. (Hrsg.) (2012): *Altern mit Zukunft*, Wiesbaden.
- Priem, K. (2012): *Bewohnerorientierte Pflegequalität in der ambulanten und stationären Altenhilfe*, München.
- Prognos (2014a): *Evaluation des KfW-Programms Altersgerecht Umbauen*, KfW Bankengruppe, Basel.
- Prognos (2014b): *Pflegemix der Zukunft - Spannungsfeld zwischen pflegerischer Notwendigkeit und tatsächlicher Versorgung*, Basel.

- Prognos (2014c): Deutschland Report 2020 | 2030 | 2040, Der Bericht zur Zukunft der Nation, München.
- Radzey, B./Kuhn, C./Rauh, J./Heeg, S. (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise), Stuttgart.
- Rapp, E./Topo, P. (2007): Contact with outdoor greenery can support competence among people with dementia, in: Journal of Housing for the Elderly, 21(3–4), 229–248.
- Reid, R. C./Chappell, N. L. (2003): Staff Ratios and Resident Outcomes in Special Care Units: Do Activity Aides Make a Difference? Journal of Applied Gerontology, 22 (1), 89–103.
- Reiter, A./Fischer, B./Kötting, J./Geraedts, M./Jäckel, W. H./Döbler, K. (2008): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 101 (10), 683–688.
- Remmers, H. (2006): Zur Bedeutung biografischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39(3), 183–191.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 32), Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.
- Robert Koch-Institut (2009): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2011): Allgemeines zu Gesundheitsbezogener Lebensqualität, http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html (vom 12.11.2015).
- Rothgang, H. et al. (2014): BARMER GEK Pflegereport - Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger, Bremen.
- Rutenkröger, A./Kuhn, C. (2008): „Im Blick haben“. Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Hannover.
- Saliba, D./Solomon, D./Rubenstein, L./Young, R./Schnelle, J./Roth, C. et al. (2004): Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents. Journal of the American Medical Directors Association, 5 (5), 310–319.
- Sander, K. (2008). Biographieforschung im Berufsfeld Pflege und Gesundheit. PR-InterNet, 10(7), 415–420.
- Sauer, J. (2014): Disaster Nursing - vorbereitet sein auf den Tag X. Heilberufe, 66 (11), 30–32.
- Saup, W./Eberhard, A./Huber, R./Koch, K. (2004): Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen, Augsburg.
- Saup, W./Eberhard, A. (2005): Umgang mit Demenzkranken im Betreuten Wohnen: Ein Konzeptgeleiteter Ratgeber, Augsburg.
- Saup, W. (2001): Ältere Menschen im Betreuten Wohnen, Augsburg.
- Schaeffer, D./ Moers, M./ Steppe, H./ Meleis, A. (2008): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern.
- Schilder, M. (2007). Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege: Eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktionen und ihrer Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegenden (1st ed.). Reihe Pflegewissenschaft, Bern.
- Sirsch, E. (2012): Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten Patienten. Forum Onkologische Pflege, 2 (3), 42–44.

- Schrems, B. (2006): Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. Reflexionen zum problematischen Verhältnis von Pflege und Pflegeprozess. In: PRINTERNET 8 (1), S.44–52.
- Schröder, S./Häussermann, P. (2001): Therapiemöglichkeiten bei Alzheimer – Teil - II Nichtmedikamentöse Therapie. Pflege Aktuell, 3, 17–21.
- Schulz-Nieswandt, F. et al. (2012): Neue Wohnformen im Alter – Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser, Stuttgart.
- Schwarz, B./Rodiek, S. (2007): Introduction: outdoor environments for people with dementia, in: Journal of Housing for the Elderly, 21(1–2), 3–11.
- Serrano, J. P. et al. (2004): Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology, in: Psychology and Aging, 19(2), 272–277.
- Seghezzi, H.D. et al. (2007): Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz, München.
- Sozialreferat der Landeshauptstadt München (2010): Konzept Pflegeüberleitung in vollstationären Einrichtungen der Altenpflege in der Landeshauptstadt München, München.
- Stadt Frankfurt am Main (2006): Partizipative Altersplanung-Entwicklung von Strukturen und Angeboten für heute und morgen, Teil III: Angebote und Hilfen zur selbstbestimmten Lebensführung in stationären Einrichtungen, Frankfurt.
- Städtler-Mach, B. (2009): Religiöse Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Ethik, 2.
- Strunk-Richter, G. (2011): Studienbrief Pflegemanagement (B. A.) Pflegewissenschaftliche Grundlagen. Entwicklung eines Pflegekonzepts, Hamburg.
- Tesch-Römer, C./Wurm, S./Hoff, A./Engstler, H. (2002): Alterssozialberichterstattung im Längsschnitt: Die zweite Welle des Alterssurvey, in: A. Motel-Klingebiel & U. Kelle (Hrsg.), Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie (155–189), Opladen.
- Tesch-Römer, C./Wiest, M./Wurm, S./Huxhold, O. (2013): Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (3), S. 237–241.
- Tinnefeldt, G. (2002): Lebensqualität im Altenheim. Empfehlungen und Erfahrungswerte aus der Beratungspraxis, in: Basler, H.D./Keil, S. (Hrsg.): Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter, Graftschaft, 145–170.
- United Nations (2006): A Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Zugriff am 22.08.2017. Verfügbar unter: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>.
- Van Doorn, C./Gruber-Baldini, A. L./Zimmermann, S./Hebel, J. R./Port, C. L./Baumgarten, M. et al. (2003): Dementia as a Risk Factor for Falls and Fall Injuries Among Nursing Home Residents. Journal American Geriatrics Society, 51 (9), 1213–1218.
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)/Arbeitsgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) (Hrsg.) (2011): Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜV“ – Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis, Abschlussbericht der Bonato-Kommission Essen/Hannover.
- Wahl, H.-W. (2007): Altern in räumlich-sozialen Kontexten. Neues zu einem alten Forschungsthema, Berlin.
- Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht – Transparenz schafft Vertrauen, Hannover.

- Weick, S. (2006): Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Verlaufsanalyse mit dem Sozio-ökonomischen Panel. Informationsdienst Soziale Indikatoren 35, 12–15.
- Wingefeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 03–124, Bielefeld.
- Wingefeld, K./Engels, D. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht, Bielefeld, Köln.
- Wingefeld, K./Schaeffer, D. (2001): Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34(2), 140–146.
- Wingefeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Im Auftrag des Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Wolf-Ostermann, K./Gräske, J. (Hrsg.) (2014): Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung, Stuttgart.
- Wolf-Ostermann, K./Worch, A./Gräske, J. (2012): Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, Band 11, Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, Berlin.
- World Health Organization (2007): Global Age-Friendly cities, Guide.
- Wüstenrot-Stiftung (Hrsg.) (2001): Evaluationsstudie Betreutes Wohnen, Ludwigsburg.
- Zegelin, A. (2005): Festgenagelt sein – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Pflege, 18, 281–288.

7 Anhang

1. Merkmalsliste zu den Evaluationskriterien

Evaluationskriterium 1: Nutzerorientierung

Merkmale	Quelle(n)
Erhebung von Nutzer-/Angehörigenbedürfnissen vor und während der Umsetzung des Projektes	Pflegecharta (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014); Qualitätsindikator in DIN 77800 „Betreutes Seniorenwohnen“ (Deutsches Institut für Normung 2006)
Berücksichtigung der erhobenen Nutzer-/Angehörigenbedürfnisse	BMVBS 2011, Schilder 2007
Beschwerde-/Feedbackmanagement	Qualitätsindikator für Pflege WGs (Wolf-Ostermann & Gräske 2014), Qualitätsindikator in DIN 77800 „Betreutes Seniorenwohnen“ (Deutsches Institut für Normung 2006)

Evaluationskriterium 2: Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität

Merkmale	Quelle(n)
Wohnqualität	
Wohnung/Wohnanlage	
Charakteristika der Wohneinheit (möglichst vollständig mit Küche und Bad)	Eigenes Expertenwissen
Barrierefreiheit in der Wohneinheit (barrierefrei, barrierearm)	BMVBS 2011
Freisitze (Balkon, Terrasse) und Freiflächen (Garten), (nach Möglichkeit vorhanden)	Positive Wirkungen bei Aufenthalt im Freien belegt (Rapp & Topo 2007); positive Einflüsse auf Autonomie, Unabhängigkeit, Selbstwert belegt (Schwarz & Rodiek 2007); Qualitätsindikator für Pflege WG (Wolf-Ostermann & Gräske 2014)
Gemeinschaftsräume (Barrierefrei und selbständige Nutzung möglich)	Qualitätsindikator für Pflege WG (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); Qualitätsindikator in DIN 77800 „Betreutes Seniorenwohnen“ (Deutsches Institut für Normung 2006)
(wohnbegleitende) Leistungsangebote und Leistungsanbieter (Wahlfreiheit)	Heimgesetzgebungen der Länder
(Zufriedenheit mit den) Mitwirkungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten der Wohnanlage	Pflegecharta (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014), Kuhn-Zuber 2012

Merkmale	Quelle(n)
Wohnqualität	
Eigenes Zimmer bzw. individuelle Rückzugsmöglichkeiten (nach Möglichkeit vorhanden)	Pflegecharta (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014), Generali Zukunftsfonds 2012
Abschließbares Zimmer bzw. abschließbare Wohnung/Privatsphäre	Koch2014
Größe des Zimmers bzw. der Wohnung (möglichst ausreichend)	BMVBS 2011, Landesverordnungen zu Heimgesetzgebungen der Länder mit Größenempfehlungen vor allem bei trägerverantworteten neuen Wohnformen
Gestaltung des Zimmers bzw. der Wohnung (Möglichkeit zur individuellen Gestaltung)	Generali Zukunftsfonds 2012
Selbstständigkeitsfördernde Bauweise (zielgruppenspezifisch gestaltet)	Emme v. d. Ahe, Weidner, Blome, Laag 2012, KDA & KCR 2006, Kardorff & Meschnig 2009, Wingenfeld et al. 2011
Wohnungsanpassung an die bisherigen Lebensgewohnheiten	BMVBS 2011; Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. 2002 (Für Menschen mit Demenz bedeutete Wohnungsanpassung so wenig Veränderung wie möglich schaffen, um Orientierung beibehalten zu können)
Gemeinschaftsflächen im Wohnangebot (ausreichende Angebote und kommunikationsfördernd gestaltet)	Tesch-Römer, Wiest, Wurm, Huxhold 2013; Burns & Haslinger-Baumann 2008
Kommunikations-, Freizeit- und Beschäftigungsangebote im Wohnangebot/im Wohnumfeld (möglichst vielfältig)	Qualitätsindikator (Wolf-Ostermann & Gräske 2014), Qualitätsindikator in DIN 77800 „Betreutes Seniorenwohnen“ (Deutsches Institut für Normung 2006), Gemeinschaftsaktivitäten bewirken für Menschen mit Demenz emotionale Stabilisierung und Vermitteln das Gefühl von Geborgenheit (Schröder & Häussermann 2001); Wüstenrot Stiftung 2001; CSCI 2009; E-Qalin 2009, Burns & Haslinger-Baumann 2008
Einpassung der Angebote in das Wohnumfeld	Netzwerk SONG 2010

Merkmale	Quelle(n)
Wohnqualität	
Selbstständigkeitsförderung bei der Gestaltung sozialer Kontakte	"Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011, Emme v.d. Ahe, Weidner, Blome & Laag 2012, KDA & KCR 2006); Beobachtung in Wohn- und Hausgemeinschaften zeigten, dass die Anwesenheit von Mitarbeitenden die sozialen Kontakte für Menschen im fortgeschrittenen Stadium positiv beeinflusst
Kontaktdichte im Wohnprojekt	NCHR & D Forum 2007, Höpflinger 2014
Wohnumfeld	
Infrastruktur (möglichst erreichbar)	Generali Zukunftsfonds 2012; Tesch-Römer, Wurm, Hoff & Engstler 2002
Mobilitätsangebote (möglichst bedarfsgerecht)	Tesch-Römer, Wurm, Hoff & Engstler 2002; BMVBS 2010
Begegnungsmöglichkeiten im Wohnumfeld (fußläufig erreichbar)	Tesch-Römer, Wurm, Hoff & Engstler 2002; BMVBS 2010
Vernetzung mit dem Sozialraum/Nachbarschaft	Positive Wirkungen auf Gesundheitszustand, prof. Unterstützungsbedarf und Lebenszufriedenheit (Netzwerk SONG 2009b); NCHR & D Forum 2007
Zufriedenheit mit Kontaktdichte zu Angehörigen/Nachbarn/Freunden/Bewohnern im Wohnumfeld	Wolf-Ostermann & Gräske 2014; Netzwerk SONG 2009a, Kaeser 2012

Merkmale	Quelle(n)
Pflegequalität	
Hilfen beim Erhalt elementarer Fähigkeiten	
Selbstständigkeitsförderung bei Alltagsverrichtungen	Wingenfeld & Engels 2011, Menner 2004
Alltagsverrichtungen (Erhalt/Verbesserung)/Grundpflege	Zusammenhang von Selbstständigkeitsverlust in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und kognitiven Fähigkeiten belegt (Wingenfeld & Schnabel 2002, Lechowiski et al. 2003), ebenso bei motorischen Abbauprozessen belegt (Wingenfeld et al. 2011); Qualitätskriterium (Wolf-Ostermann & Gräske 2014), Beobachtungen in Wohn- und Hausgemeinschaften zeigen, dass die selbständige oder unterstützte Ausübung von Alltagstätigkeiten das Wohlbefinden steigert (KDA & KCR 2006), Qualitätsanforderungen Grundpflege (Enquête-Kommission 2005, Beikirch & Korporal 2003)
Individuelle Mobilität (Erhalt/Verbesserung)	Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011, Zegelin 2005, Emme v. d. Ahe, Weidner, Blome & Laag 2012, Cihlar 2013); Expertenstandard „Erhalt und Förderung der Mobilität“)
Individuelle Bewohnerfähigkeiten (Aktivierung)	GKV-Spitzenverband 2011; BMFSFJ & BMG 2011
Kontaktdichte zu Betreuungs-/Pflegekräften (möglichst hoch)	Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011, Rutenkröger & Kuhn 2008, KDA & KCR 2006), Kaeser 2012
Konstruktive und wertschätzende Bewohner-Personal-Beziehung	Bartholomeyczik 2001, NCHR & D Forum 2007, Hulsker 2001
Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen	
Versorgung bei schwerer Erkrankung (Sicherstellung)	Wolf-Ostermann et al. 2012
Sicherheit/Notrufsicherung (Gewährleistung einer praktikablen Notrufsicherung)	Biedermann et al. 2001, Langzeitstudie belegt höhere Zufriedenheit der Bewohner im Betreuten Wohnen bei sicherem Umgang mit Notruf (Saup & Eberhard 2005)

Merkmale	Quelle(n)
Pflegequalität	
Anteil der Bewohner mit freiheits-/bewegungseinschränkenden Maßnahmen (möglichst vermeiden)	In der Literatur werden eine Vielzahl von körperlichen und psychischen Nebenerscheinungen durch BEM/FEM beschrieben; Freiheitseinschränkende Maßnahmen häufiger bei älteren Menschen mit Demenz angewendet (Evans & Cotter 2008), führen zu Kontroll- und Autonomieverlust (Koczy 2008); Qualitätsindikator (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); US DHHS 2008; MDS & GKV-Spitzenverband 2009
Anteil der dauerhaft bettlägerigen Bewohner (möglichst gering halten/reduzieren)	Zegelin 2005; Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010
Anteil an Bewohner mit Dekubitus seit Einzug (möglichst gering)	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege (DNQP 2010), MDS & GKV-Spitzenverband 2009; Prävalenz von Druckgeschwüren wird als Parameter für Pflegequalität angesehen (Saliba et al. 2004); Qualitätsindikator Pflege WGs (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); (E-Qalin 2009); (US DHHS 2008); (CSCI 2009)
Anteil an Bewohnern mit Untergewicht seit Einzug (möglichst gering)	Expertenstandard Ernährungsmanagement (DNQP 2010a), Nach Prüfkriterium 12 der PTVA sind Anzeichen für Mangelernährung zu erfassen (MDS & GKV-Spitzenverband 2009); Ernährung ist für den Erhalt der Gesundheit und Lebensqualität von besonderer Bedeutung, fördert das Wohlbefinden und geistige Fähigkeiten (Arens-Azevedo & Behr-Völtzer 2002); Frühzeitige Intervention bei Mangelernährung führt zu längerer selbständiger Lebensführung (Bates et al. 2001); Qualitätsindikator (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingefeld et al. 2011)
Anteil an Bewohner mit Stürzen seit Einzug (möglichst gering)	Expertenstandard „Sturzprophylaxe (Heinze, C. et al. 2013): Nach Prüfkriterium 11.4 PTVA müssen Sturzrisiko eingeschätzt werden (MDS & GKV-Spitzenverband 2009); erhöhtes Sturzrisiko für höheres Alter belegt (DEGAM 2004), ebenso bei Nutzung von Hilfsmitteln (French et al. 2007); für erhöhtes Sturzrisiko werden u.a. vergangenes Sturzereignis und die Wohnumgebung verantwortlich gemacht (van Doorn et al. 2003); Qualitätsindikator für Pflege WG (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingefeld et al. 2011)

Merkmale	Quelle(n)
Pflegequalität	
Anteil an Bewohnern mit physiotherapeutischen, ergotherapeutischen, logopädischen Anwendungen (möglichst hoch)	Physiotherapie hilft die Alltagskompetenz sicherzustellen (Schneekloth & von Törne 2007) und führt zu kognitiven Verbesserungen (van de Winkel et al. 2004), durch Ergotherapie wurden positive Effekt im psychosozialen Bereich nachgewiesen (Voigt-Radloff et al. 2004) und Verbesserung bei der Lebensqualität (Graff et al. 2007), jedoch fehlt bislang eine ausreichende Evidenz (Rieckmann et al. 2009)
Schmerzmanagement (bedarfsgerecht)	Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011); Expertenstandard akuter (2011) und chronischer (2014) Schmerz (Osterbrink et al. 2010, Sirsch 2012, Nestler, Maier & Osterbrink 2014)
Konzept/Organisation	
Leitbild /Betreuungskonzept (Vorhanden, möglichst mit Anmerkungen zur Selbstständigkeitsförderung und Selbstbestimmung)	Graf & Spengler 2008
Fallbesprechungen bei Konflikten zwischen Selbstständigkeit und Sicherheit (Vorhandensein)	Projektergebnisse zeigten, dass Fallbesprechungen in Konfliktsituationen zur Entspannung und zu Lösungen führt (Emme v. d. Ahe et al. 2010 und Emme v. d. Ahe, Weidner, Blome & Laag2012)
Mitarbeiteranleitung zur Förderung der Selbstständigkeit	Beobachtungen in Wohn- und Hausgemeinschaften zeigten, dass geschulte MA Selbstständigkeit eher zulassen und fördern (KDA & KCR 2006)
Selbstständigkeitsförderliche vertragliche Regelungen (z.B. Auftragsgebergemeinschaft)	Angehörigenbeiräte in WGs stärken Selbstständigkeit der Bewohner (Generali Zukunftsfonds 2012); Qualitätskriterium Pflege-WGs (Wolf-Ostermann & Gräske 2014)
Qualitätssichernde Maßnahmen (Umsetzung)	Rechtliche Verpflichtung zu einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 113 SGB XI, Kiefer & Rudert 2006, Eberlein-Gonska 2011, Eckert & Geyer 2005
Personalausstattung (möglichst bedarfsgerecht)	Personalanforderungen zu trägerverantworteten Wohnformen in Heimgesetzgebung für ausgewählte neue Wohnformen vorgegeben, Empfehlungen zu Personalanforderungen in verschiedenen Leitfäden zu neuen Wohnformen benannt (u. a. Bertelsmann Stiftung & KDA 2004)

Fachlichkeit (gesichert, im Sinne der Entfaltung lebensweltlicher Kompetenzen)

Fachkraftquote in vielen Landesverordnungen zur Heimrechtsregelungen als Qualitätsindikator für ausgewählte Wohnformen gefordert, hoher Fachkraftanteil ist von entscheidender Bedeutung für eine hohe Pflegequalität (Reid & Chappell 2003, Horn et al. 2005, Castle & Engberg 2007), reduziert Dekubitus Risiko (Bostick 2004) oder störende Verhaltensweisen (Ooi et al. 1999), Kellnhauser 2002

Merkmale	Quelle(n)
Pflegequalität	
Rund-um-die-Uhr-Betreuung durch geschultes Personal (bei Bedarf gesichert)	Qualitätsindikator (Wolf-Ostermann & Gräske 2014)
Privatheit/Persönlichkeit/Zielgruppenorientierung im Leitbild (Berücksichtigung)	Graf & Spengler 2008
Bewohnerbiographie (Biografiearbeit), (Berücksichtigung)	Pflegecharte (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend 2014), Prüfkriterium 14.3 Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (MDS & GKV-Spitzenverband 2009); Bedeutendes Qualitätskriterium vor allem für Menschen mit Demenz (Alzheimer Gesellschaft Bochum 2004, Lind 2000); Biografiearbeit Kern allen Pflegehandelns (Friebe 2004); Berücksichtigung von Biografiearbeit führt bei Menschen mit Demenz zu größerer Lebenszufriedenheit (Serrano et al. 2004); Evidenz für Biografiearbeit noch nicht hinlänglich belegt (Mc Keown et al. 2006); Qualitätsindikator für Pflege WGs (Wolf-Ostermann & Gräske 2014, Sauer 2014, Emme v. d. Ahe, Weidner, Blome & Laag2012); NCHR & D Forum 2007
Mitarbeiteranleitung zum Erhalt persönlicher Lebensgewohnheiten/Kultursensibilität	Pflegecharta (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014), BMFSFJ 2005, Remmers 2006, Sander 2008, Städtler-Mach 2009
Mitarbeiteranleitung zum Erhalt der Privatheit (Privat-/Intimsphäre)	BMFSFJ 2005, Remmers 2006, Sander 2008, Behr et al. 2013
Pflegeprozesssteuerung (Systematische Planung, Sicherung hoher Kontinuität)	Schrems 2006, Strunk-Richter 2011, Bollmann 2008

Durchführung (zielgruppenorientierter)
Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter

Fortbildung hat förderliche Wirkung auf beteiligte Mitarbeiter wie auf die Erkrankten, auf die Bewohner-Betreuungsperson-Beziehung (Kuske et al. 2009); Qualitätsindikator für Pflege WGs (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); E-Qalin 2009; CSCI 2008, Brüche & Hundenborn 2011

Merkmale	Quelle(n)
Pflegequalität	
Kenntnisse der Mitarbeiter von Konzepten in der Begleitung von Menschen mit Demenz (z.B. Kitwood 2002, Naomi Feil), (möglichst vorhanden)	Strunk-Richter 2011, Brüche & Hundenborn 2011
Information und Anleitung von Betreuungspersonen durch Mitarbeiter	Wolf-Ostermann & Gräske 2014
Nachbarn (Aktivierung)	Positive Effekte durch ehrenamtliche Arbeit werden vielfach bestätigt, Demenzerkrankten wird besseres Wohlbefinden attestiert (Oppikofer et al. 2002); Vernetzung in das Gemeinwesen gestärkt, Lebensqualität in der Einrichtung verbessert, Vermeidung von Einsamkeit und Isolation (Landtag Sachsen-Anhalt 2010); Qualitätsindikator für Pflege (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); Stärkere Aktivierung von Sozialkapital in alternativen Wohnformen (Schulz-Nieswandt 2012); Verbesserung des Gesundheitszustandes, geringere Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch Vernetzung in Nachbarschaft (SROI-Studie des Netzwerks SONG 2010)
Ehrenamtliche (Aktivierung)	Positive Effekte durch ehrenamtliche Arbeit werden vielfach bestätigt, Demenzerkrankte wird besseres Wohlbefinden attestiert (Oppikofer et al. 2002); Vernetzung in das Gemeinwesen gestärkt, Lebensqualität in der Einrichtung verbessert, Vermeidung von Einsamkeit und Isolation (Landtag Sachsen-Anhalt 2010); Qualitätsindikator für Pflege WG (Wolf-Ostermann & Gräske 2014); Stärkere Aktivierung von Sozialkapital in alternativen Wohnformen (Schulz-Nieswandt 2012); Verbesserung des Gesundheitszustandes, geringere Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch Vernetzung in Nachbarschaft (SROI-Studie des Netzwerks SONG 2010)
Örtliche Ressourcen/Betroffenenbeteiligung (Aktivierung)	Netzwerk SONG 2009a, Wingenfeld & Schaeffer 2001

Koordination (Hybridmanagement) verschiedener Akteure

Klie et al. 2017

Merkmale

Quelle(n)

Allgemeine Versorgungsqualität

Info/Beratung

Beratungs- und Informationsangebote zum Wohn- und Leistungsangebot (ausreichend vorhanden)

Grüner Haken - Qualitätskriterien Pflegeheime/Seniorenresidenzen (2015); Pflegecharta (BMFSFJ 2014); Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnanpassung e. V. 2002

Zufriedenheit mit Anleitung zur Handhabung des Notrufgeräts

Steigert Zufriedenheit im Betreuten Wohnen (Saup et al. 2004)

Durchführung von Gesprächen (zum Einzug, zur Integration), (möglichst regelmäßig)

DNQP 2009a

Informationen zum Wohnumfeld (ausreichend vorhanden)

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnanpassung e. V. 2002

Alltagshilfen

Angebot an Alltagshilfen/hauswirtschaftlichen Diensten (Vorhandensein)

Saup 2001; Bertelsmann Stiftung & KDA 2004, Crößmann & Börner 2005; GKV-Spitzenverband 2015

Zufriedenheit mit der Sauberkeit und den Reinigungshilfen

Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011)

Zufriedenheit mit der Wäscheversorgung und dem Wäschedienst

Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011)

Zufriedenheit mit der Mahlzeiten- und Getränkeversorgung

Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011, Kane 2003)

Zufriedenheit mit Einkaufsdiensten

Eigenes Expertenwissen

Verantwortungs- und Aufgabenzuteilung an die Bewohner (z.B. Gartenarbeit), (möglichst klar geregelt) (auf Organisationsebene untersuchen)

Wingenfeld & Schaeffer 2001

Organisation der Alltagshilfen/hauswirtschaftlichen Dienste (möglichst sachgemäß)

Crößmann & Börner 2005

Organisation von Versorgungsprozessen

Ergebnisse zum trägerinternen Qualitätsmanagement

(möglichst sachgemäß)

zur Optimierung von Prozessen in der Pflege (Campbell et al. 2002, Wallrafen-Dreisow & Weigel 2007); Indikator zur Qualitätsbewertung (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010)

Merkmale	Quelle(n)
Allgemeine Versorgungsqualität	
Betreuung/Begleitung	
Präsenz und Qualifikation der Betreuungs-/Assistenzkraft für das Alltagsleben (möglichst ausreichend)	Wolf-Ostermann et al. 2012; Bertelsmann Stiftung & KDA 2004; GKV-Spitzenverband 2012; Bundesverband häuslicher Seniorenbetreuung 2016
Verhältnis von Bewohner/Betreuungskraft (möglichst angemessen)	Führt im Betreuten Wohnen zu höherer Zufriedenheit mit dem Wohnangebot (Saup & Eberhard 2005); ständige Verfügbarkeit der Ansprechperson im Betreuten Wohnen am häufigsten gewünscht (Evaluationsstudie Wüstenrot Stiftung 2001)
Mitbewohnerwahl (Mitbestimmungsmöglichkeiten vorhanden)	Qualitätsanforderungen bei den Länderheimgesetzgebungen
Einzugsmanagement (Bewahrung der Persönlichkeit)	Elsbernd et al. 2010
Zufriedenheit mit Fahr- und Begleitdiensten	Eigenes Expertenwissen
Tagesstrukturierung und Alltagshilfen (möglichst an die individuelle Lebensgewohnheit angepasst)	Grüner Haken – Qualitätskriterien Pflegeheime/Seniorenresidenzen 2015; GKV-Spitzenverband 2011
Zufriedenheit mit der Gewährleistung persönlicher Lebensgewohnheiten und Privatheit im Alltag	GKV-Spitzenverband 2011; Pflegecharta § 3; Grüner Haken - Qualitätskriterien für Pflegeheime/Seniorenresidenzen (2015); Behr, Meyer, Holzhausen, Kuhlmeier & Schenk 2013
Zufriedenheit mit der Tagesstrukturierung	Grüner Haken – Qualitätskriterien Pflegeheime/Seniorenresidenzen
Aktionsradius der Bewohner (möglichst nutzerorientiert)	Qualitätskriterium Ergebnisqualität in stationärer Pflege (Wingenfeld et al. 2011)

Evaluationskriterium 3: Wirtschaftlichkeit

Merkmale	Quelle(n)
Finanzierbarkeit aus Nutzerperspektive	
Eigenbeitrag aus Nutzerperspektive (Angebot für die Nutzerinnen und Nutzer mit durchschnittlichem/niedrigem Einkommen finanzierbar)	Häcker et al. 2009; Häcker & Hackmann 2011
Finanzielle Mittel für persönlichen Bedarf (ausreichend vorhanden)	Rothgang et al. 2014; Häcker et al. 2011
Mitarbeit von Angehörigen/Ehrenamtlichen (finanzielle Entlastungen durch die Mitarbeit von Angehörigen/Ehrenamtlichen)	Engels & Pfeuffer 2007
Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftliche Sicht	
Kostendeckung (nach Nutzergruppen, Preisniveau, Auslastung)	Augurzky et al. 2013
Wirtschaftlichkeit auch nach Anpassung der Versorgungsangebote unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen	Augurzky et al. 2008
Volkswirtschaftliche Perspektive im Kontext der sozialen Sicherungssysteme	
Perspektive der Sozialen Sicherungssysteme (Finanzierbarkeit für soziale Sicherungssysteme bei Verbreitung)	BBSR 2014; Prognos 2014a; Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009
Ressourceneinsatz (personell, finanziell) in Relation zu den Kosten (möglichst effizient)	Bertelsmann-Stiftung 2014; Prognos 2014b

Evaluationskriterium 4: Nachhaltigkeit

Merkmale	Quelle(n)
Finanzielle Nachhaltigkeit	
Planung von Maßnahmen zur finanziellen Nachhaltigkeit (z. B. zur Sicherstellung einer langfristigen Finanzierbarkeit, zur Unabhängigkeit von Fördermitteln)	Eigenes Expertenwissen
Umsetzung von Maßnahmen zur finanziellen Nachhaltigkeit	Eigenes Expertenwissen
Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen	Mehnert & Kremer-Preiß 2014
Rechtliche Nachhaltigkeit	
Planung von Maßnahmen zur (ordnungs-)rechtlichen Nachhaltigkeit (z. B. in Kooperation mit den zuständigen Aufsichtsbehörden und Kostenträgern)	Eigenes Expertenwissen
Umsetzung von Maßnahmen zur (ordnungs-)rechtlichen Nachhaltigkeit	Eigenes Expertenwissen
Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen	Mehnert & Kremer-Preiß 2014
Organisatorische Nachhaltigkeit	
Planung von Maßnahmen zur organisatorischen Nachhaltigkeit (z. B. Einbindung von Ehrenamtlichen, Anpassung der Kooperations- und Hierarchiestrukturen, trägerübergreifende Integration in die regionalen Netzwerkstrukturen vor Ort)	Eigenes Expertenwissen
Umsetzung von Maßnahmen zur organisatorischen Nachhaltigkeit	Eigenes Expertenwissen
Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen	Mehnert & Kremer-Preiß 2014
Personelle Nachhaltigkeit	
Planung von Maßnahmen zur personellen Nachhaltigkeit (z. B. systematische Qualifizierung des Personals)	Kremer-Preiß & Stolarz 2008
Umsetzung von Maßnahmen zur personellen Nachhaltigkeit	Kremer-Preiß & Stolarz 2008
Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen	Mehnert & Kremer-Preiß 2014

2. Merkmale zur Wohnformtypisierung

Merkmale „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“

Bereiche	Merkmale
Mobilität	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Barrierefreie/arme Gestaltung der Wohnung und Gemeinschaftsflächen ist vorhanden (mindestens: nicht mehr als drei Stufen zur Wohnung/keine Stufen in der Wohnung, ausreichende Bewegungsfläche im Sanitärbereich, bodengleiche Dusche, ausreichende Türbreiten oder Zertifizierung nach DIN 18040) • Zimmer/Wohnung mit ausreichender Größe ist vorhanden (Wohnung 1 Person unter 40 qm, 2 Personen unter 60 qm; Zimmer 1 Person unter 12 qm, 2 Personen unter 18 qm) • Vollständige Ausstattung der Wohnung ist gewährleistet (eigener Wohn-/Schlafbereich/Küche/Sanitärbereiche) • Zugang zu Freibereichen ist individuell möglich • Barrierearme Wohnumfeldgestaltung im 500 Umkreis besteht (mit folgende Kennzeichen: Sitzgelegenheiten, öffentliche Toiletten, weitgehend stufenlose Wegegestaltung, Querungshilfen bei stark befahrenen Straßen, barrierearme ÖPNV-Haltestellen, Orientierungshilfen) • Infrastrukturelle Versorgung gesichert (mit folgenden Angeboten: Einkaufsmöglichkeiten, ÖPNV-Haltestelle, Finanzdienstleister, Apotheken/Arzt, Begegnungsmöglichkeiten im Umkreis von 500 m)
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilitätsangebote im Wohnprojekt vorhanden (Fahrdienste) oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden • Aktivitätsfördernde Angebote im Wohnprojekt vorhanden oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden (Begleit-/Besuchsdienste) • Beratung zur barrierearmen Wohnungs-/Zimmeranpassung ist durch das Wohnprojekt gewährleistet oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständigkeitsförderung/Mobilitätsförderung ist Teil des Leitbildes/Betreuungskonzeptes • Konzept zur Sturzprophylaxe liegt vor

- Mitarbeiter-Anleitung zur Förderung der Selbstständigkeit erfolgt

Bereiche	Merkmale
Unterstützung bei kognitiven/ kommunikativen Fähigkeiten/psychischen Problemlagen	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppenspezifische Wohnungsgestaltung/-anpassung ist gewährleistet (z. B. Orientierungshilfen, spezielle Sicherheitsmaßnahmen für Menschen mit Demenz, technische Hilfen wie besondere Beleuchtungskonzepte)
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Personalfachkräfte mit spezifischen Kenntnissen sind vorhanden (z. B. Fort- und Weiterbildung Demenz) • Psychiatrische Krankenpflege nach § 37 SGB V wird durch Mitarbeitende vor Ort gesichert oder kann durch Vermittlung externer Dienste gesichert werden
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Demenzkonzept ist vorhanden • kognitive Einschränkungen/psychischen Problemlagen sind kein Ausschlusskriterium für Aufnahme oder Verbleib

Bereiche	Merkmale
Sicherung der Selbstversorgung	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Technische Vorkehrung zur Aufschaltung von Notrufsystemen ist vorhanden • Räumlichkeiten für Beratung (Servicebüro) sind bei Bedarf im Wohnprojekt vorhanden • Technische Hilfen (AAL) zur Sicherung der Selbstversorgung sind im Wohnprojekt vorhanden oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe sichergestellt werden
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • (Grundpflegerische) Körperbezogene Pflegemaßnahmen (Alltagsverrichtungen) werden durch eigene Mitarbeitende im Wohnprojekt erbracht (zur Körperpflege, zum An- und Auskleiden, Aufstehen/Zubettgehen/Umlagern, Gehen, Stehen/ Treppensteigen/Verlassen der Wohnungen, bei Essen und Trinken, beim Toilettengang/Inkontinenzversorgung) oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden • Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden durch eigene Mitarbeitende im Wohnprojekt erbracht (Hilfen zur Gestaltung des Tageab-

laufs, Aktivierung zu Beschäftigungen) oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden

- Rund-um-die Uhr-Betreuung wird durch das Wohnprojekt gesichert oder kann bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden
- Tagespflegeangebote sind im Wohnprojekt vorhanden oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden
- Nachtpflege-/betreuungen wird im Wohnprojekte erbracht oder kann bei Bedarf vermittelt werden und durch Externe erbracht werden
- Kurzzeitpflegeangebote ist im Wohnprojekt gesichert oder können bei Bedarf vermittelt werden und durch Externe erbracht werden
- Notfallversorgung ist sichergestellt: durch Rufbereitschaft mit eigenem Personal oder durch externe Notrufsicherung
- Anleitung zum Umgang mit Notrufsicherung erfolgt regelmäßig durch eigene Mitarbeitende des Wohnprojektes oder durch externe Dienstleister
- Beratung zu Hilfen der Selbstversorgung erfolgt durch Mitarbeitende des Wohnprojektes oder kann vermittelt werden und durch Externe erbracht werden
- Anleitung von Betreuungspersonen durch Mitarbeitende des Wohnprojektes

Anforderungen an die
Konzeption/ organisatorische
Steuerung

- „Schwerste und besondere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit“ sind kein Ausschluss-/Umzugskriterium im Wohnkonzept
- Eigenes Pflege-/Betreuungskonzept liegt vor
- Bezugspflegekonzept wird angewendet (Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege ist als Aufgabe für eine Pflegefachkraft geregelt, personelle Kontinuität der pflegerischen Versorgung ist geregelt)
- Systematische Pflegeprozessessteuerung erfolgt (nach dem PDCA-Zyklus)
- Eigenes internes Qualitätsmanagement ist vorhanden oder wird erstellt
- Systematische Einbindung von Angehörigen/ regelmäßige Angehörigenarbeit erfolgt
- Konzept zur Hilfemixgestaltung liegt vor (Systematische Arbeit mit Ehrenamtlichen, Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern)

- Konzept für ein Hybridmanagement zur Stärkung der Selbstorganisation liegt bei Bedarf vor (zur Abstimmung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure)
- Fachliche Pflege und Betreuung wird durch Fachkräfte gesichert

Bereiche	Merkmale
Bewältigung krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Räumlichkeiten für therapeutische Angebote sind bei Bedarf im Wohnprojekt vorhanden
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungspflegerische Leistungen § 37 SGB V (z. B. Medikamenteneingabe, Blutdruckmessung, Wundversorgung, Injektionen, Inkontinenzversorgung ...) werden von eigenen Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können vermittelt werden. • Hilfen bei allgemeiner Erkrankung zur Alltagsversorgung zu Hause und bei Krankenhausaufenthalten werden von eigenen Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können vermittelt werden. • Therapeutische Angebote sind im Wohnprojekt vorhanden (z. B. Angebot an Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) oder können bei Bedarf vermittelt werden
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein systematisches Schmerzmanagement wird von Mitarbeitenden des Wohnprojektes angewendet • Die Berücksichtigung von Expertenstandards bei pflegerischen Tätigkeiten durch Mitarbeitende des Wohnprojektes erfolgt (Ernährungsmanagement, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Chronischer Wunden, Kontinenzförderung, pflegerisches Schmerzmanagement Akut/chronisch)
Gestaltung des Alltagslebens	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Räumlichkeiten für Beratung/Servicebüro/ Quartiersstützpunkt bei Bedarf sind im Wohnprojekt vorhanden
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Beratung zu Alltagshilfen wird von Mitarbeitenden des Wohnprojektes gesichert • Präsenzkräfte/Betreuungskräfte zur Organisation des Alltagslebens sind regelmäßig angepasst an den Bedarf im Wohnprojekt vorhanden

(täglich vor Ort)

- Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 37 SGB V und § 36 SGB XI werden von Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden
- Folgende (nicht verordnete) Alltagshilfen werden von Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können vermittelt werden
 - Wäschedienste
 - Mahlzeitendienste
 - Einkaufsdienste
 - Wohnungsreinigungsdienste
 - Reparaturdienste
 - Begleitung bei Behördenangelegenheiten

Anforderungen an die
Konzeption/ organisatori-
sche Steuerung

- Organisation/Vernetzung mit externen Dienstleistern im Sozialraum zur Sicherung der Alltagsversorgung erfolgt
- Aktivierung örtlicher Ressourcen/Ehrenamtsarbeit erfolgt
- Hilfemixgestaltung ist im Betreuungskonzept geregelt

Merkmale „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“

Bereiche	Merkmale
Sicherung individueller Lebensführung	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Individueller Rückzugsraum für die Bewohnerinnen und Bewohner (eigenes Zimmer/Wohnung) ist vorhanden • Eigene Sanitärbereiche für die Bewohnerinnen und Bewohner sind vorhanden • Privatsphäre (z. B. Abschließbarkeit der Zimmer, eigene Türschilder und Klingel, Briefkasten) in den Individualbereichen ist gesichert • Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der Individualbereiche ist gesichert • Keine separaten Räume für Mitarbeitende
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Wünsche bei der Tagesstrukturierung • Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Wünsche bei den individuellen Pflege- und Betreuungsleistungen • Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Wünsche bei den Alltagshilfen • Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Bedürfnisse bei den sozialen Kontakten
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • (Regelmäßige) Erfassung der Nutzerbedürfnisse • Biografiearbeit • Sicherung der Privatheit/Erhalt persönlicher Lebensgewohnheiten ist Teil des Leitbildes/Betreuungskonzeptes • Mitarbeiteranleitung zum Erhalt der Privatheit/Wahrung persönlicher Lebensgewohnheiten • Beschwerdemanagement
Bereiche	Merkmale
Vertragliche Regelungen zur Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung	
Anforderungen an das	<ul style="list-style-type: none"> • Trennung von Wohnungs- und Pflege/-Betreuungsanbieter ist gege-

Wohnangebot	<p>ben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wählbarkeit der Leistungen (außer allgemeine Betreuungsleistungen) ist gegeben • Wählbarkeit der Dienstleister ist gegeben • Hausrecht liegt bei der Bewohnerschaft (Abschließbarkeit der Wohnung/Zimmer, Unzugänglichkeit der Wohnungsschlüsse für Unbefugte (Schlüsselkasten), keine speziellen Räumlichkeiten für Pflegedienste)
-------------	--

Bereiche	Merkmale
-----------------	-----------------

Organisatorische Regelungen zur Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung

Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohnerschaft organisiert selbst das Wohnprojekt/Eigene Haushaltsführung durch Bewohnerschaft ist gegeben • (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft bei Auswahl der Mitbewohnerschaft ist gewährleistet • (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft über Haushaltsführung/Alltagsgestaltung ist gewährleistet • (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft über die Wohnraumgestaltung ist gewährleistet • (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft bei der Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Bedürfnisse ist gewährleistet • (Mit-)Bestimmung bei der personellen Besetzung • (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft über die Art der Beteiligungs-/Engagementmöglichkeiten ist gewährleistet • Selbstverwaltung der Gemeinschaftsräume und Finanzmittel durch die Bewohnerschaft ist gegeben • Selbstverwaltungsgremium (Bewohnerbeirat, Auftraggebergemeinschaft) besteht • Personal zur Sicherung der Selbstbestimmung ist im Wohnprojekt vorhanden (Präsenzkkräfte, Quartiersmanagement, Betreuungskräfte)
----------------------------------	--

Merkmale „Teilhabe durch soziale Einbindung“

Bereiche	Merkmale
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> • (barrierefreie) Gemeinschaftsräume sind im Wohnprojekt vorhanden • Begegnungsmöglichkeiten sind im Wohnumfeld (500m Umfeld) erreichbar
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikations-, Freizeit-, Beschäftigungsangebote werden vom Wohnprojekt aus gemacht oder können im Wohnumfeld vermittelt/wahrgenommen werden • Hilfen bei der Kontaktaufnahme zu Mit-Bewohnerinnen und Bewohnern werden gegeben • Hilfen bei Kontaktaufnahmen außerhalb des Wohnprojektes werden gegeben • Information und Beratung über soziale Angebote im Wohnprojekt und im Wohnumfeld werden von Mitarbeitenden des Wohnprojektes gegeben
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisches Einzugsmanagement wird vorgenommen (mit Hausbesuch, Umzugshilfen, Gespräche beim Einzug, Begleitung in den ersten Wochen) • Vernetzung mit dem Sozialraum/Nachbarschaft erfolgt (Akteure im Sozialraum sind bekannt, regelmäßiger Austausch erfolgt, Kooperationsvereinbarungen bestehen) • Wertschätzende Bewohner-Personal-Beziehung ist gewährleistet • Unterstützung von Engagement- und Beteiligungsmöglichkeiten