



Spitzenverband



# **Ergebnisse des Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f**

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung





Kuratorium  
Deutsche Altershilfe

**prognos**

Basel | Berlin | Bremen | Brüssel  
Düsseldorf | Freiburg | München  
Stuttgart

Abschlussbericht

**Wissenschaftliche Begleitung  
des Modellprogramms zur  
Weiterentwicklung neuer  
Wohnformen nach § 45f SGB XI**

Auftraggeber:  
GKV-Spitzenverband

Projektleitung:  
Dr. Tobias Hackmann,  
Prognos AG  
Ursula Kremer-Preiß,  
Kuratorium Deutsche  
Altershilfe

Freiburg/Köln, 14.02.2019

**Autorinnen und Autoren:**

*Projektleitung*

Dr. Tobias Hackmann, Prognos AG

Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe

*Projektmitarbeitende*

Miriam Bahr, Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gwendolyn Huschik, Prognos AG

Jakob Maetzel, Prognos AG

Thorsten Mehnert, Kuratorium Deutsche Altershilfe

**Fotonachweis:**

Titelseite: Alexander Raths/Fotolia.com; Tom Maelsa/tommaelsa.com

# Inhalt

<b>Management Summary</b>	<b>1</b>
<b>Einführung: Das Modellprogramm „Neue Wohnformen für Pflegebedürftige“ nach § 45 SGB XI</b>	<b>6</b>
<b>1 Untersuchungsdesign</b>	<b>8</b>
1.1 Konzeptionelle Grundlagen	8
1.1.1 Nutzerbedürfnisse im Fokus	8
1.1.2 Wissenschaftliche Fragestellungen	9
1.1.3 Operationalisierung der Evaluationskriterien	10
1.2 Methodische Vorgehensweise	56
1.2.1 Erhebungen zur Erfassung der Trägerperspektive	57
1.2.2 Erhebungen zur Erfassung der Betroffenenperspektive	63
1.2.3 Erhebungen zur Erfassung weiterer Perspektiven	70
<b>2 Neue Wohnformen für Pflegebedürftige im Überblick – Gesamtschau der Projekte nach ausgewählten Strukturdaten</b>	<b>72</b>
2.1 Vielfalt von Trägern und Initiatoren – Zu organisatorischen und rechtlichen Merkmale	72
2.1.1 Struktur der Träger/Initiatoren	73
2.1.2 Rechtliche Eigenschaften der Angebote an den Standorten	74
2.1.3 Fazit	75
2.2 Regional breit verortet – Zur Regionalverteilung	75
2.2.1 Verteilung der Projekte nach Bundesländern und räumliche Lage der Standorte	76
2.2.2 Fazit	76
2.3 Für verschiedene Nutzergruppen offen – Zur Nutzerstruktur	77
2.3.1 Soziodemographische Merkmale	77
2.3.2 Hilfe- und Pflegebedarf	79
2.3.3 Besondere Zielgruppen	80
2.3.4 Fazit	81
2.4 Von der Begleitung bis zur Vollversorgung – Zum Leistungsspektrum	81
2.4.1 Räumliches Angebot	81
2.4.2 Personalsituation	83
2.4.3 Fazit	85
2.5 Von klassischen Konzepten zu neuen Formen – Zur Konzeptvielfalt	86
2.5.1 Spektrum der Konzepte	86
2.5.2 Zuordnung nach alter Wohnformtypisierung	89
2.5.3 Zur Notwendigkeit einer neuen Wohnformtypisierung	91
2.5.4 Fazit	92

<b>3</b>	<b>Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen und ihre Umsetzung</b>	<b>93</b>
3.1	Zum Qualitätsverständnis – Nutzerbedürfnisse im Fokus	93
3.2	Qualität: Umsetzung von Nutzererwartungen	94
3.2.1	Struktur der mündlich Befragten	94
3.2.2	Allgemeine Zufriedenheit	103
3.2.3	Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnlage	113
3.2.4	Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung/dem Zimmer	118
3.2.5	Spezielle Zufriedenheit mit sozialen Aspekten	122
3.2.6	Spezielle Zufriedenheit mit Hilfen im Alltag	129
3.2.7	Spezielle Zufriedenheit mit Hilfen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen	136
3.2.8	Fazit	146
3.3	Qualität: Umsetzung definierter Qualitätsanforderungen	146
3.3.1	Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“	153
3.3.2	Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“	183
3.3.3	Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“	203
<b>4</b>	<b>Wirtschaftlichkeit neuer Wohnformen</b>	<b>217</b>
4.1	Finanzierbarkeit aus der Nutzerperspektive	217
4.2	Wirtschaftlichkeit aus der Trägerperspektive	222
4.2.1	Quantitative Analyse	222
4.2.2	Qualitative Analyse	236
4.3	Wirtschaftlichkeit aus volkswirtschaftlicher Perspektive	244
4.3.1	Methodisches Vorgehen und Ergebnisse in den Pflegesettings	245
4.3.2	Angleichung der Nutzerstruktur in den drei Pflegesettings	248
4.3.3	Vergleichende Analyse zwischen den Pflegesettings	248
4.4	Fazit	251
<b>5</b>	<b>Nachhaltigkeit neuer Wohnformen</b>	<b>254</b>
5.1	Allgemeine Einschätzung	254
5.2	Finanzierung	255
5.2.1	Herausforderungen im Bereich der Finanzierung	255
5.2.2	Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich der Finanzierung	257
5.2.3	Beiträge von Gesetzgeber oder Leistungsträgern	259
5.3	Organisation	260
5.3.1	Herausforderungen im Bereich Organisation	261
5.3.2	Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich Organisation	262
5.3.3	Beiträge von Gesetzgeber oder Leistungsträgern im Bereich Organisation	263

5.4	Personal	264
5.4.1	Herausforderungen im Bereich des Personals	264
5.4.2	Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich des Personals	265
5.4.3	Beiträge von Gesetzgeber oder Leistungsträgern	267
5.5	Recht	267
5.5.1	Herausforderungen in rechtlicher Hinsicht	268
5.5.2	Rechtliche Möglichkeiten und Maßnahmen der Projektträger	269
5.5.3	Mögliche Beiträge von Gesetzgeber, Aufsichtsbehörde oder Leistungsträgern	271
5.6	Bedarf aus Sicht regionaler Akteure	272
5.7	Fazit	273
<b>6</b>	<b>Neue Typisierung der Wohnformen nach Nutzerbedürfnissen</b>	<b>275</b>
6.1	Herleitung des Typisierungsmodells	275
6.1.1	Begründung für eine neue Wohnformtypisierung	275
6.1.2	Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen	277
6.1.3	Merkmalssammlung für die Klassifizierung	281
6.1.4	Auswahl von Merkmalen nach Nutzererwartungen	285
6.1.5	Verfahren der Zuordnung	287
6.2	Verortung der Projekte nach neuer Wohnformtypisierung	287
6.2.1	Verteilung in der Gesamtübersicht	287
6.2.2	Verteilung nach Wohnformtypen	289
6.2.3	Verortung der einzelnen Projekte	290
6.2.4	Fazit	293
<b>7</b>	<b>Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragbarkeit</b>	<b>296</b>
7.1	Rahmenbedingungen zur horizontalen Verbreitung (Organisationsspezifische Rahmenbedingungen)	297
7.1.1	Leistungsstrukturierung verändern	297
7.1.2	Personalentwicklung gewährleisten	299
7.1.3	Sich Kooperationen öffnen	300
7.2	Rahmenbedingungen zur vertikalen Verbreitung (rechtliche Rahmenbedingungen)	301
7.2.1	Verbesserung der Informationsbasis	302
7.2.2	Anpassungen leistungsrechtlicher Rahmenbedingungen	303
7.2.3	Anpassung in den ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen	305
7.3	Fazit	308
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>309</b>
<b>9</b>	<b>Fazit</b>	<b>321</b>

<b>10 Literaturverzeichnis</b>	<b>325</b>
<b>11 Anhang</b>	<b>340</b>
11.1 Merkmalsliste zu den Evaluationskriterien	341
11.2 Merkmale zur Wohnformtypisierung	353
11.3 Neue Wohnformtypisierung im Vergleich zur ursprünglichen Wohnformtypisierung	361

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1-1: Merkmale Nutzerorientierung: Verfahren	12
Tabelle 1-2: Merkmale zur Untersuchung der Wohnqualität	27
Tabelle 1-3: Merkmale zur Untersuchung der Qualität der Alltagshilfen	30
Tabelle 1-4: Merkmale Pflegequalität	34
Tabelle 1-5: Merkmale zur Untersuchung der Organisationsqualität	40
Tabelle 1-6: Merkmale Wirtschaftlichkeit	44
Tabelle 1-7: Merkmale Nachhaltigkeit	49
Tabelle 1-8: Merkmale Übertragbarkeit	52
Tabelle 1-9: Untersuchungsdesign im zeitlichen Überblick	57
Tabelle 1-10: Übersicht der Monitorings	63
Tabelle 1-11: Struktur der Untersuchungsgesamtheit nach Wohnformtypen	69
Tabelle 2-1: Verbandszugehörigkeit und Angebotsstruktur der Projektträger	73
Tabelle 2-2: Rechtliche Eigenschaften der Angebote an den Standorten	75
Tabelle 2-3: Verteilung der Projekte auf die Bundesländer	76
Tabelle 2-4: Verteilung der Standorte nach Raumtypen	76
Tabelle 2-5: Alter und Geschlecht der Nutzerinnen und Nutzer an den Standorten	77
Tabelle 2-6: Verfügbares Nettoeinkommen pro Monat (n= 309 Nutzerinnen und Nutzer)	78
Tabelle 2-7: Bildungsstand (n= 442 Nutzerinnen und Nutzer)	78
Tabelle 2-8: Hilfe- und Pflegebedarf der Nutzerinnen und Nutzer an den Standorten	80
Tabelle 2-9: Besondere Zielgruppen an den Standorten	81
Tabelle 2-10: Räumliches Angebot an den Standorten	82
Tabelle 2-11: Leistungsangebote an den Standorten	83
Tabelle 2-12: Struktur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten	85
Tabelle 2-13: Vorläufige Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung	90



Tabelle 2-14: Verteilung nach Wohnformtypen (n=52)	91
Tabelle 3-1: Soziale Strukturdaten der Befragten (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	95
Tabelle 3-2: Gesundheitliche Strukturdaten der Befragten (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	96
Tabelle 3-3: Verteilung nach Wohnformtypen (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	97
Tabelle 3-4: Wohnsituation vor dem Umzug (n=43) – Mündliche Nutzerbefragung	98
Tabelle 3-5: Umzugsgründe der Umgezogenen (n=43) – Mündliche Nutzerbefragung	99
Tabelle 3-6: Vergleich der sozialen Strukturdaten der Befragten (n=101/n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	100
Tabelle 3-7: Vergleich der gesundheitlichen Strukturdaten der Befragten (n=101/n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	101
Tabelle 3-8: Vergleich der Verteilung nach Wohnformtypen (n=101/n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	103
Tabelle 3-9: Gründe für die Wahl der Wohnform bei Umgezogenen (n=60) – Mündliche Nutzerbefragung	106
Tabelle 3-10: Allgemeine Wünsche der Nicht-Umgezogenen (n=41) an die neuen Angebote – Mündliche Nutzerbefragung	107
Tabelle 3-11: Erwartungen der Umgezogenen an die Wohnlage (n=60) – Mündliche Nutzerbefragung	115
Tabelle 3-12: Zufriedenheit der Umgezogenen mit der Wohnlage (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung	117
Tabelle 3-13: Erwartungen der Umgezogenen an den Wohnraum (n=60) – Mündliche Nutzerbefragung	119
Tabelle 3-14: Erwartungen der Nicht-Umgezogenen an den Wohnraum (n=41) – Mündliche Nutzerbefragung	120
Tabelle 3-15: Zufriedenheit der Umgezogenen mit dem Wohnraum (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung	122
Tabelle 3-16: Erwartungen an das soziale Zusammenleben (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	125
Tabelle 3-17: Zufriedenheit mit dem sozialen Zusammenleben (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	128

Tabelle 3-18: Erwartungen an Alltagshilfen (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	132
Tabelle 3-19: Zufriedenheit mit den Alltagshilfen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	134
Tabelle 3-20: Erwartungen an Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	140
Tabelle 3-21: Zufriedenheit mit den Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	142
Tabelle 3-22: Soziale Strukturdaten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	148
Tabelle 3-23: Gesundheitliche Strukturdaten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	149
Tabelle 3-24: Gesundheitliche Strukturdaten: Pflegegrade (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	150
Tabelle 3-25: Gesundheitliche Strukturdaten: Demenzerkrankung & Chronische Krankheiten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	150
Tabelle 3-26: Einschätzung Gesundheitszustand (n=427) – Schriftliche Nutzerbefragung	150
Tabelle 3-27: Wohnsituation (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	151
Tabelle 3-28: Verteilung nach Wohnformtypen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	151
Tabelle 3-29: Soziale Strukturdaten der befragten Angehörigen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	152
Tabelle 3-30: Gesundheitliche Beeinträchtigung der zu Betreuenden nach Angaben der Angehörigen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	153
Tabelle 3-31: Ausgewählte Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung	155
Tabelle 3-32: Wohnumfeld – erreichbare Angebote in 500 m Wohnumfeld der Wohnprojekte (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	156
Tabelle 3-33: Wohnung – Barrierefreiheit und Zugang zu Freibereichen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	158
Tabelle 3-34: Alltagshilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	160
Tabelle 3-35: Versorgungssicherheit (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	162
Tabelle 3-36: Expertenstandards (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	163

Tabelle 3-37: Leistungsgrenzen und Auszugsgründe (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	164
Tabelle 3-38: Personaleinsatz und seine Fort- und Weiterbildung (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	167
Tabelle 3-39: Kooperation (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	170
Tabelle 3-40: Bewertung der Zusammenarbeit der Akteure (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	170
Tabelle 3-41: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Wohnangebot (n=425) – Schriftliche Nutzerbefragung	171
Tabelle 3-42: Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung/Wohnlage (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	172
Tabelle 3-43: Allgemeine Zufriedenheit mit den Wohnaspekten (n=78) – Schriftliche Angehörigenbefragung	173
Tabelle 3-44: Spezielle Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Wohnens (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	173
Tabelle 3-45: Gründe für die Auswahl des Wohnangebotes (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	174
Tabelle 3-46: Erhaltene Alltagshilfen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	174
Tabelle 3-47: Allgemeine Zufriedenheit mit den Alltagshilfen (n=292) – Schriftliche Nutzerbefragung	175
Tabelle 3-48: Spezielle Zufriedenheit mit Alltagshilfen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	175
Tabelle 3-49: Information über Angebote im Wohnprojekt (n=409) – Schriftliche Nutzerbefragung	175
Tabelle 3-50: Allgemeine Zufriedenheit Alltagshilfen (n=73) - Schriftliche Angehörigenbefragung	176
Tabelle 3-51: Zufriedenheit Alltagshilfen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	177
Tabelle 3-52: Erhaltene pflegerische Hilfen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	178
Tabelle 3-53: Allgemeine Zufriedenheit mit den pflegerischen Hilfen (n=245) – Schriftliche Nutzerbefragung	178
Tabelle 3-54: Spezielle Zufriedenheit mit pflegerische Hilfen durch Mitarbeitende*)(n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	180

Tabelle 3-55: Allgemeine Zufriedenheit mit den pflegerischen Hilfen (n=70) – Schriftliche Angehörigenbefragung	181
Tabelle 3-56: Spezielle Zufriedenheit mit einzelnen pflegerischen Hilfen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	182
Tabelle 3-57: Ausgewählte Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung*)	185
Tabelle 3-58: Sicherung von Individualität bei der Wohnungsgestaltung (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	187
Tabelle 3-59: Konzeptionelle Regelungen zur Berücksichtigung individueller Gewohnheiten (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	189
Tabelle 3-60: Berücksichtigung Lebensgewohnheiten bei der Umsetzung (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	192
Tabelle 3-61: Wählbarkeit bei den Alltagshilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	194
Tabelle 3-62: Wählbarkeit bei gesundheitlichen Hilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	195
Tabelle 3-63: Erfassung der Nutzerbedürfnisse für gesundheitlichen Hilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung	195
Tabelle 3-64: Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung/Wohnlage (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	197
Tabelle 3-65: Zufriedenheit mit der Berücksichtigung individueller Gestaltung des Wohnangebotes (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	198
Tabelle 3-66: Erfassung und Berücksichtigung von Nutzerbedürfnissen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	199
Tabelle 3-67: Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Leistungsgestaltung (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	200
Tabelle 3-68: Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten bei der Alltagsgestaltung (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung (n=459)	201
Tabelle 3-69: Zufriedenheit mit Mitbestimmungsmöglichkeiten (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	201
Tabelle 3-70: Ausgewählte Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“ (n=101) – Schriftliche Nutzerbefragung	204
Tabelle 3-71: Gemeinschaftsräume (n=79) – Schriftliche Trägerbefragung	205

Tabelle 3-72: Unterstützungsangebote für den sozialen Austausch (n=79) – Schriftliche Trägerbefragung	206
Tabelle 3-73: Beteiligung Angehöriger/Ehrenamtlicher (n=79) – Schriftliche Trägerbefragung	208
Tabelle 3-74: Allgemeine Zufriedenheit mit sozialen Kontakten (n=427) – Schriftliche Nutzerbefragung	209
Tabelle 3-75: Allgemeine Zufriedenheit mit sozialen Kontaktmöglichkeiten (n=77) – Schriftliche Angehörigenbefragung	209
Tabelle 3-76: Wohnsituation vor Einzug ins neue Wohnangebot (n=438) – Schriftliche Nutzerbefragung	210
Tabelle 3-77: Zufriedenheit mit Gemeinschaftsräumen (n=381) – Schriftliche Nutzerbefragung	211
Tabelle 3-78: Zufriedenheit mit Begegnungsorten (n=74) – Schriftliche Angehörigenbefragung	211
Tabelle 3-79: Zufriedenheit mit sozialen Angeboten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	212
Tabelle 3-80: Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten (n=420) – Schriftliche Nutzerbefragung	212
Tabelle 3-81: Kontakthäufigkeit (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	213
Tabelle 3-82: Kontaktwünsche (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung	213
Tabelle 3-83: Zufriedenheit mit sozialen Angeboten (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	214
Tabelle 3-84: Entlastung-/Belastungseffekte (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung	215
Tabelle 4-1: Verfügbares Nettoeinkommen pro Monat (n= 309 Nutzerinnen und Nutzer)	217
Tabelle 4-2: Einschätzung der finanziellen Situation (n= 424 Nutzerinnen und Nutzer)	218
Tabelle 4-3: Bildungsstand (n= 442 Nutzerinnen und Nutzer)	219
Tabelle 4-4: Bildungsstand nach Wohnformtyp (n= 442 Nutzerinnen und Nutzer)	220
Tabelle 4-5: Unterstützung vom Sozialamt nach Pflegegraden (n= 285 Nutzerinnen und Nutzer)	220

Tabelle 4-6: Gesamtkosten für Wohnen, Pflege und Betreuung pro Monat (n= 203 Nutzerinnen und Nutzer)	221
Tabelle 4-7: Projekte mit Kosten vor dem Start der Umsetzungsphase	223
Tabelle 4-8: Art und Höhe der Kosten, die bis zu drei Jahre zurückliegen	224
Tabelle 4-9: Finanzierung der Kosten für Bau und Umbau	225
Tabelle 4-10: Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	226
Tabelle 4-11: Personalkosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	227
Tabelle 4-12: Kosten für Räume/Gebäude pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	228
Tabelle 4-13: Sonstige Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	229
Tabelle 4-14: Erlöse pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	230
Tabelle 4-15: Direkte Zahlungen pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	231
Tabelle 4-16: Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	232
Tabelle 4-17: Sachleistungen der Sozialhilfe nach SGB XII pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	233
Tabelle 4-18: Standorte mit sonstigen Erlösen	233
Tabelle 4-19: Anzahl der Belegungs-/ Aufenthaltstage der Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen im Jahr	235
Tabelle 4-20: Prozentuale Verteilung der Belegungs-/ Aufenthaltstage der Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen im Jahr	235
Tabelle 4-21: Erlöse für die Pflegesettings im Vergleich (in € pro Monat)	247
Tabelle 4-22: Erlöse für die Pflegesettings im Vergleich (in € pro Monat): Angleichung der Pflegebedürftigen	250
Tabelle 6-1: Vorläufige Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung	276
Tabelle 6-2: Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen	280
Tabelle 6-3: Nutzererwartungen an neue Wohnformen „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“	285
Tabelle 6-4: Nutzererwartungen an neue Wohnformen „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“	286

Tabelle 6-5: Nutzererwartungen an neue Wohnformen „Teilhabe durch soziale Einbindung“	286
---	-----

Tabelle 6-6: Verteilung der Projekte nach neuer Wohnformtypisierung (n=44)	290
--	-----

### **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 3-1: Einschätzung der gesundheitlichen Situation im Befragungszeitraum der Befragten aus der Ergebnisqualität-Befragung (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	102
--	-----

Abbildung 3-2: Allgemeine Zufriedenheit der Umgezogenen mit der Wohnlage (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung	109
---	-----

Abbildung 3-3: Allgemeine Zufriedenheit der Umgezogenen mit der Wohnung/dem Zimmer (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung	110
---	-----

Abbildung 3-4: Allgemeine Zufriedenheit mit dem sozialen Zusammenleben (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	111
---	-----

Abbildung 3-5: Allgemeine Zufriedenheit mit den Alltagshilfen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	112
--	-----

Abbildung 3-6: Zufriedenheit mit den Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung	113
---	-----

Abbildung 4-1: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die Leistungen nach dem SGBXII beziehen	236
---	-----

Abbildung 6-1: Verteilung der einzelnen Projekte in Bezug auf den Erfüllungsgrad von Nutzererwartungen	292
--	-----

Abbildung 6-2: Verteilung der einzelnen Modellprojekte nach den definierten neuen Wohnformtypen	293
---	-----

## **Abkürzungsverzeichnis**

AAL	Ambient Assisted Living
BBSR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BI	Begutachtungsinstrument
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium des Innern
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BTHG	Bundesteilhabegesetz
GG	Grundgesetz
HKP	Häusliche Krankenpflege
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
WG	Wohngemeinschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WTPG	Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz



# Management Summary

## Hintergrund

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. 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 wurden Projekte unterschiedlicher Wohnformen vom GKV-Spitzenverband und externen Expertinnen und Experten ausgewählt und im Zeitraum von Januar 2015 bis März 2018 vom GKV-Spitzenverband gefördert bzw. in die Evaluation aufgenommen (53 Projekte). Das Modellprogramm umfasste Projekte, die nach einer Konzeptphase in die Umsetzung gegangen sind (25 A-Projekte), Projekte, bei denen bereits ein Konzept vorlag und die mit der Förderphase in den Betrieb gingen (acht B-Projekte), Wissenschaftsprojekte, die sich mit speziellen Fragen neuer Wohnformen auseinandersetzten (fünf C-Projekte) sowie Projekte, die bereits länger umgesetzt wurden und deren Erfahrungen einbezogen werden sollten (15 D-Projekte).

## Untersuchungsdesign

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation des Modellprogramms, die das *Kuratorium Deutsche Altershilfe* und die *Prognos AG* im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchführten, wurden die Angebotsstruktur, die Konzepte und der Umsetzungsprozess der Projekte sowie die sie umgebenden strukturellen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen anhand der Kriterien Nutzerorientierung, Qualität, Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit untersucht. Um zu überprüfen, ob und wie die Projekte die ausgewählten Merkmale erfüllen, wurden unterschiedliche Erhebungsinstrumente für verschiedene Zielgruppen entwickelt. Damit wurden die Perspektiven aller beteiligten Akteure in die wissenschaftliche Evaluation einbezogen.

Zur Erfassung der Perspektive der Projektträger erfolgten eine Auswertung aller verfügbaren projektbezogenen Dokumente (Projektanträge, Verträge, Kalkulationen usw.) sowie eine schriftliche Befragung von Projektträgern, im Rahmen derer Struktur- und Basisdaten (n=44) und Daten zur Wirtschaftlichkeit (n=23) erhoben wurden. Daneben wurden Vor-Ort-Gespräche mit Projektträgern zur Wirtschaftlichkeit, Nachhaltigkeit und Qualitätssicherung ge-

führt (n=43). Weiterhin wurden mit Mitarbeitenden der Projekte separate Interviews zur Wohn-, Pflege- und Versorgungsqualität geführt. Die Projektverantwortlichen konnten sich zudem im Rahmen von drei Programmtagungen zu ausgewählten Themen austauschen. Im Rahmen eines Monitorings wurden die Projekte der Typen A & B hinsichtlich der Erfüllung ihrer selbst gesetzten Meilensteine überprüft und begleitet. Insgesamt wurden 93 Monitoringberichte erstellt.

Zur Erfassung der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer erfolgte eine mündliche Befragung (n=101) für ein ausgewähltes Sample sowie eine schriftliche Erhebung bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern der geförderten Projekte. Während die mündliche Befragung auf die Erfassung der Erwartungen der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Erfüllung fokussiert war, bestand das wesentliche Ziel der schriftlichen Nutzerbefragung darin, die Ergebnisqualität der Projekte für ausgewählte fachliche Qualitätsanforderungen auch aus der Nutzerperspektive zu untersuchen (n=459). Hierzu wurden auch Angehörige schriftlich befragt (n=78).

Zur Einordnung bestehender Ergebnisse wurde im Rahmen von Telefoninterviews die Perspektive von lokalen, projektrelevanten Akteuren (schwerpunktmäßig Pflegekassen und Sozialhilfeträger) eingeholt (n=34). Im Rahmen von zwei abschließenden Expertenworkshops wurde vordergründig erarbeitet, welche Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragbarkeit der Projekte notwendig sind.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hier um eine limitierte und besondere Auswahl an Wohnangeboten handelt. Sie stellen keine repräsentative Stichprobe der Gesamtstruktur neuer Wohnangebote in Deutschland dar. Die Ergebnisse geben jedoch einen Einblick in die Vielfalt neuer Wohnformen sowie die Dynamik und Herausforderungen in diesem Bereich.

## **Ergebnisse**

Auf Basis der schriftlichen Trägerbefragung wurden die Projekte zunächst nach ausgewählten **Strukturdaten** betrachtet. Die Projekte weisen hinsichtlich ihrer organisatorischen und rechtlichen Merkmale eine große Bandbreite auf und haben eine große Konzeptvielfalt. Ebenso zeigt sich, dass ein Großteil der Standorte über ein breites Leistungsspektrum verfügt, und dass den Pflegekräften im Vergleich zum restlichen Personal die wichtigste Rolle zukommt. Die große Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer ist pflegebedürftig und hat dabei vorwiegend einen höheren Pflegegrad.

Zur Untersuchung der **Qualität** der Wohnangebote wurde von einem Qualitätsverständnis ausgegangen, dass als Übereinstimmung von Nutzererwartungen mit den Leistungen der neuen Wohnformen unter Berücksichtigung anerkannter fachlicher Stan-

dards definiert ist. Die Nutzererwartungen wurden in einem ersten Schritt im Rahmen der mündlichen Befragungen der Nutzerinnen und Nutzer zu Beginn des Modellprogramms ermittelt und zum Ende wurde die Umsetzung von Nutzererwartungen untersucht. Die Nutzerinnen und Nutzer äußerten vielfältige Erwartungen an das räumliche Angebot, an die Alltagshilfen, die gesundheitsbezogenen Leistungen sowie die sozialen Angebote. Nicht mehr umziehen zu müssen und die Sicherung einer Notfallversorgung, ein privater Rückzugsbereich und die Sicherung der Privatsphäre, die Möglichkeit Einfluss auf die Leistungsgestaltung nehmen zu können, aber auch ein respektvoller Umgang des Personals, Einfluss auf die Auswahl der Mitbewohnerschaft sowie vor allem die Sicherung von sozialen Austauschmöglichkeiten waren die wichtigsten Erwartungshaltungen an das neue Wohnangebot. In einem zweiten Untersuchungsschritt wurde die Umsetzung fachlicher Qualitätsanforderungen zur Gewährleistung von „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“, „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ sowie „Teilhabe durch soziale Einbindung“ analysiert. Basierend auf schriftlichen Befragungen von Trägern, Nutzerinnen und Nutzern und Angehörigen sowie durch die Vor-Ort-Interviews mit Mitarbeitenden wurde untersucht, ob die neuen Wohnformen definierte Qualitätsanforderungen in diesen Bereichen erfüllen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Projekte ein hohes Maß an Versorgungssicherheit gewähren, auch wenn dies bei einzelnen Projekten eine Herausforderung bleibt und die Nutzerinnen und Nutzer sich teilweise noch mehr Sicherheit wünschen. Ein hoher Umsetzungsgrad besteht bei den Qualitätsmerkmalen zur Gewährleistung der „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“. Überall werden private Rückzugsbereiche und vielfältige Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten gewährt. Die Bewohnerschaft schätzt die individuelle Gestaltbarkeit der Wohnung sowie die Ausrichtung der Alltagshilfen und Pflegeleistungen auf ihre individuellen Bedarfe, auch wenn es vereinzelt wie z. B. bei der Mitbewohnerauswahl Einschränkungen gibt. Die Träger und die Mitarbeiterschaft weisen aber auch auf die Herausforderungen durch die mit der höheren Selbstbestimmung einzufordernde Selbstverantwortung hin. Die Umsetzung der definierten Qualitätsanforderungen im Bereich „Teilhabechancen durch soziale Einbindung“ ist in vielen Bereichen gesichert. Überall gibt es Begegnungsmöglichkeiten sowie umfassende Freizeit- und Kommunikationsangebote. Die Nutzerinnen und Nutzer sind jedoch mit den Teilhabechancen nicht ganz so zufrieden. Sie wünschen sich mehr soziale Kontakte und bedauern vielfach den Verlust vertrauter Kontakte durch den Wohnungswechsel in eine neue Wohnumgebung. Insgesamt weisen die Untersuchungsergebnisse auf eine hohe Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner aber auch der Angehörigen mit den neuen Wohnangeboten hin. Im Sinne des definierten Qualitätsverständnisses ist damit von einer hohen Ergebnisqualität der neuen Wohnformen auszugehen.

Aufbauend auf der schriftlichen Nutzerbefragung wurde die finanzielle Lage der Nutzerinnen und Nutzer untersucht, die den Ergebnissen zufolge eine ausgeprägte Heterogenität aufweist. Der Anteil der Sozialhilfebeziehenden über alle Bewohnerinnen und Bewohner lag bei etwa 29 Prozent, bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegegrad bei 35 Prozent. Aus der qualitativen Befragung der Projektträger zur **Wirtschaftlichkeit** der Projekte geht hervor, dass die Projekte zum Erhebungszeitpunkt mehrheitlich ein tendenziell ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis erzielten. Zum Teil ist dies allerdings insbesondere bei den Ansätzen des Quartiers- oder des Case- und Care-Managements auf den Einsatz von Fördermitteln zurückzuführen. Aus der volkswirtschaftlichen Perspektive wurde analysiert, welche Kosten den Sozialleistungsträgern (Pflege- und Krankenversicherung), dem Sozialhilfeträger und den privaten Haushalten in den verschiedenen Pflegesettings (ambulante professionelle Pflege in der Häuslichkeit, stationäre Pflege und ambulante Wohnformen nach § 45f SGB XI) entstehen. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die ausgewählten ambulanten Wohnformen, die sich im Wesentlichen auf den Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit stützten* (n=18), mit etwa 3.622 Euro pro Monat das teuerste Versorgungssetting darstellen.<sup>1</sup> Die Gesamterlöse liegen hier um etwa 18 Prozent über den Gesamterlösen in der stationären Pflege. Dies lässt sich u. a. über den höheren Personaleinsatz erklären.

Um die **Nachhaltigkeit** der erprobten neuen Wohnformen steht es nach Selbstauskunft der befragten Projektträger gut. Die überwiegende Zahl rechnet mit einem Fortbestand des eigenen Projekts. Für die Zukunftsfähigkeit der neuen Wohnformen spricht auch die Einschätzung der Akteure vor Ort, die bezeugen, dass sie auf einen großen Bedarf treffen. Werden die von den Projektträgern aufgeführten Herausforderungen im Einzelnen betrachtet, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Allein die große Zahl der angeführten Herausforderungen lässt darauf schließen, dass der Fortbestand vieler Projekte oft nur gelingt, weil das Leistungsangebot verringert wird, Eigenmittel eingesetzt werden oder Finanzierungslücken durch Querfinanzierungen ausgeglichen werden. Die von den Projektträgern erwähnten Herausforderungen sind überwiegend mit denjenigen Aspekten der neuen Wohnformen verbunden, die auch ihre Besonderheiten gegenüber herkömmlichen Versorgungsangeboten ausmachen. Das betrifft beispielsweise – je nach Wohnformtyp – das Quartiersmanagement, die Projektkoordination in einem Vernetzungsprojekt, die Zusammenarbeit mit der Auftraggeber-Gemeinschaft einer Wohngruppe oder die Alltagsbegleitung durch Betreuungskräfte. Diese Herausforderungen haben auch damit zu tun, dass sich die Versorgungsstrukturen erst all-

---

<sup>1</sup> Davon entfallen 1.368 Euro auf private Leistungen, 1.339 Euro auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung, 442 Euro auf Leistungen der Sozialhilfe, 373 Euro auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege und 101 Euro auf sonstige Erlöse.

mählich auf die neuen Wohnformen einstellen. So sind die rechtlichen Grundlagen teilweise noch nicht eindeutig formuliert oder nicht ausreichend aufeinander abgestimmt. Unter anderem deshalb werden neue Wohnformen von den Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden bisher nicht immer einheitlich behandelt. Für bestimmte Leistungen wie das Quartiersmanagement fehlt zudem eine Finanzierung bzw. sind die Zuständigkeiten nicht geklärt.

Basierend auf Nutzererwartungen und Expertenwissen, Praxisempfehlungen und wissenschaftlichen Studien zur Gestaltung bedarfsgerechter Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige wurde ein neues **Wohnformtypisierungsschema** entwickelt, das gezielt die Einordnung neuer Wohnformen aus Nutzerperspektive ermöglichen soll. Acht Wohnformtypen wurden definiert, die in unterschiedlicher Kombination den zentralen Nutzerbedürfnissen in Bezug auf den Erhalt der Selbstständigkeit durch Gewährleistung von Versorgungssicherheit, die Sicherung einer individuellen Lebensführung durch Stärkung der Selbstbestimmung sowie die Förderung von Teilhabechancen durch Stärkung der sozialen Einbindung gerecht werden. Rund zwei Drittel aller Projekte lassen sich dem Wohnformtyp mit höherer Versorgungssicherheit, einem höheren Maß an individueller Gestaltung und höheren Chancen auf soziale Einbindung zuordnen.

Es wurden die **besonderen Herausforderungen** neuer Wohnformen identifiziert sowie aufgezeigt, wie verschiedene Projekte des Modellprogramms sich ihnen stellen. Die größten Herausforderungen lagen in den Bereichen Versorgungssicherheit, Teilhabequalität und Nutzerorientierung sowie bei der Sicherung von Kooperation, bei der Anpassung der Personalbedarfe an die Besonderheiten neuer Wohnformen und bei der Übertragung neuer Wohnformen auf besondere regionale Anforderungen und Zielgruppen.

Für eine erfolgreiche **Übertragbarkeit** neuer Wohnformen wurden erforderliche Rahmenbedingungen erarbeitet. Wichtige Rahmenbedingungen von Seiten der Träger oder Initiatoren neuer Wohnformen sind organisationsspezifische Anpassungen, eine Flexibilisierung der Leistungserbringung, eine systematische Personalentwicklung sowie die Öffnung für neue Formen der Zusammenarbeit. Erforderliche umgebende Rahmenbedingungen sind die Verbesserung der Informationsbasis über neue Wohnformen auf allen Ebenen sowie Veränderungen im Leistungs- und Ordnungsrecht dahingehend, dass diese passgenauer aufeinander abgestimmt werden und Umsetzungshürden überwunden werden.

# Einführung: Das Modellprogramm „Neue Wohnformen für Pflegebedürftige“ nach § 45 SGB XI

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 wurden 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 vorlag 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)
- Projekte, die bereits länger umgesetzt werden und deren Erfahrungen in den Untersuchungszusammenhang einbezogen wurden (15 D-Projekte) (diese Projekte wurden ohne Förderung evaluiert)

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

- Nutzerorientierung
- Qualität
- Wirtschaftlichkeit
- Nachhaltigkeit
- Übertragbarkeit

Der vorliegende Endbericht stellt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung vollständig dar. In Kapitel 1 werden das Untersuchungsdesign an Hand der konzeptionellen Grundlagen sowie der methodischen Vorgehensweise beschrieben. Kapitel 2 bietet eine aggregierte Gesamtschau der Projekte nach ausgewählten Strukturdaten. In Kapitel 3 werden schwerpunktmäßig die ersten beiden Evaluationskriterien (Nutzerorientierung & Qualität) insbesondere aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer beleuchtet. Anschließend werden in Kapitel 4 die Ergebnisse der Wirtschaftlichkeit aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, der Träger sowie der volkswirtschaftlichen Perspektive beleuchtet. Das Evaluationskriterium der Nachhaltigkeit der neuen Wohnformen ist Gegenstand von Kapitel 5. In Kapitel 6 wird eine neue Typisierung der Wohnformen nach der Gewichtung der Nutzerbedürfnisse vorgenommen. In Kapitel 7 werden die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragbarkeit der Projekte thematisiert. Kapitel 8 und Kapitel 9 schließen mit einer Zusammenfassung und einem Fazit.

# 1 Untersuchungsdesign

## 1.1 Konzeptionelle Grundlagen

Zunächst sollen die konzeptionellen Grundlagen, die der wissenschaftlichen Begleitung zugrunde liegen, erläutert und auf dieser Basis die zentralen Forschungsfragen dargelegt werden.

### 1.1.1 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 Menschen 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 Personen 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.



## 1.1.2 Wissenschaftliche Fragestellungen

Die Evaluation untersucht, wie diese „Passung“ gelingen kann und welcher Bedingungen es zur „Passung“ bedarf. Die Untersuchung greift damit Ansätze der ökologischen Gerontologie auf, die die Person-Umwelt-Interaktionen und in diesem Kontext auch die passenden Umweltbedingungen für Personen mit eingeschränkten Kompetenzen untersuchen.<sup>2</sup> Im Rahmen der Evaluation wird entsprechend analysiert,

- inwieweit sich die Projekte an den Nutzerbedürfnissen orientieren (**Nutzerorientierung**),
- inwieweit die damit verbundenen **Qualitätsanforderungen** von den Projekten 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 Inhalte im Kontext dieser Evaluationskriterien konkret untersucht werden sollen, wird im Folgenden durch die Operationalisierung der Evaluationskriterien erläutert.

---

<sup>2</sup> 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).

### 1.1.3 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 Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (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 wissenschaftlich<sup>3</sup> 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.

#### 1.1.3.1 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, an welche Bedürfnisse bzw. personalen Kompetenzen die Wohnbedingungen anzupassen sind. Die Nutzerorientierung<sup>4</sup> lässt sich daher als zentrales Evaluationskriterium im Rahmen der Untersuchung neuer Wohnformen verstehen – zumal viele der neu entwickelten Wohnformen aus Selbsthilfeinitiativen heraus entstanden sind, auch weil die traditionellen Wohn-

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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)<sup>5</sup> 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.

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 Eruiierung 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 Projekte 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 Projekte 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.

---

<sup>5</sup> 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).

*Tabelle 1-1: Merkmale Nutzerorientierung: Verfahren*

<b>Themenbereiche</b>	<b>Ausgewählte Merkmale</b>
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>

### 1.1.3.2 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 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. <https://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).

#### 1.1.3.2.1 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 Projekte beurteilt werden kann.

Wie bereits dargelegt wurde, 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 acht 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 pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion 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 und teilweise nur im Sinne der „Wohlbestimmung“ (Deutscher Ethikrat 2012) zu gewährleisten sein. 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 BI prüft in all diesen Bereichen, welchen Grad an Selbstständigkeit die Pflegebedürftigen 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

derung 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 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 unterschiedliche 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 Bewohnern, 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 an 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 an 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 einem modularisierten Gesundheitswesen ist besonders für neue Wohnformen eine zentrale Herausforderung.

Aufgrund der vielfältigen Akteure, die mit ihren unterschiedlichen Funktionslogiken in neuen Wohnformen mitwirken, können sich Koordinationsprobleme zur Gewährleistung der Versorgungssi-

cherheit 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 anbieter- wie 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 et al. 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] begrenzte[n] 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 subjektivi-

ven 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 (Fischer 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 et al. 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 et al. 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 verbundener 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, den respektvollen 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 die Erfahrungen, Gefühle, Einstellungen, Angewohnheiten, die ein Individuum kennzeichnen, gewahrt werden können und andererseits darum, ob 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 findet (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 den 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 dieser 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; DGGG 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 „soziale 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.

In diesem Kontext ist auch der Wunsch nach einem Verbleib in der vertrauten Wohnumgebung 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 et

al. 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 in den Blick zu 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 älterer, weniger mobiler und pflegebedürftiger Menschen anpassen, sondern dass sie ebenso ältere Menschen als aktive Bürgerinnen und Bürger in die Entscheidungsprozesse einbeziehen und sie dabei unterstützen, ihr Leben selbst zu gestalten (WHO 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 passende 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 eingebetteten 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.

### 1.1.3.2.2 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 (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 materiellen und personellen 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 von Wohnraumanpassungen und pflegerischen 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 zufolge kann man von Ergebnisqualität nur dann sprechen, 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/Engels 2011: 15) bilden das gemeinsame Grundverständnis von Versorgungsergebnissen (outcomes) in der internationalen Diskussion (Wingenfeld/Engels 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 Wohnprojekttinitiatoren oder Pflegedienste.

Eine Wirkungsanalyse zur Erfassung von Ergebnisqualität ist daher in diesem Kontext nicht zu leisten. Allenfalls kann eine Befragung der Klientinnen und Klienten sowie der 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.

#### 1.1.3.2.3 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 Mindeststandard an die Wohnform, die sich aus der Erwartungshaltung bzw. 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 wissenschaftlicher Studien, Praxiserfahrungen, Expertenmeinungen, Standards und rechtlicher 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 getroffene 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, in denen 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 realisieren 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 Sanitärebereiche, kein Zugang zu Freibereichen) entspricht. Entsprechend wurden in der Vergangenheit auch bei neuen Wohnformen eine Reihe von Qualitätsmängeln in den Wohnungen 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 (Tabelle 1-2).

Tabelle 1-2: 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 innenliegendes 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**, 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 alters- 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. 2003). 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 rutschfeste Bodenbeläge, fehlende 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 et al. 2005).

Zudem kann eine **fehlende Infrastruktur** im Wohnumfeld bei Mobilitätseinschränkungen die selbstständige Haushaltsführung erschweren. Untersuchungen belegen, dass viele Senioren 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 pflegebedürftiger 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 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 2009a).

### **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 (Tabelle 1-3).

*Tabelle 1-3: Merkmale zur Untersuchung der Qualität der Alltagshilfen*

<b>Themenbereiche</b>	<b>Ausgewählte Merkmale</b>
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
Haushaltshilfen	(Sicherheit) Fahr- und Begleitedienste (Sicherheit) Reinigungshilfen (Sicherheit) Wäschedienste (Sicherheit) Mahlzeiten-/Getränkeversorgung (Sicherheit) 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 Qualitätsgesichtspunkten als „sehr relevant eingestuft“ (Wingefeld/Engels 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; Wingenfeld/Engels 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 einziehen 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 der 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 gesundheitsförderlich 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 zwar eine breite pflegewissenschaftliche Diskussion aber noch keine einheitliche Auffassung. 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.

Die Pflegequalität soll auch hier 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“ und „Hilfen beim Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen“ untersucht werden. Entsprechend wurden folgende Merkmale im Handlungsfeld Pflege untersucht (Tabelle 1-4).

*Tabelle 1-4: Merkmale Pflegequalität*

<b>Themenbereiche</b>	<b>Ausgewählte Merkmale</b>
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 zum anderen die „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/Engels 2011). Eine eingeschränkte Mobilität kann auf körperlicher Ebene sekundäre Folgen haben, wie etwa ein erhöhtes Risiko zu Dekubitalgeschwüren, körperlichen Abbau oder Sturzrisikoerhöhung (Williams et al. 2005). Eine Studie von Andersen et al. (2004) macht deutlich, dass der Grad der Mobilität auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Demenz beeinflusst, jedoch in Abhängigkeit vom Grad der kognitiven Einschränkungen. 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 Begutachtungsinstruments (BI) zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit (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 (§ 15 SGB XI; Wingenfeld/Engels 2011).<sup>6</sup> 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 zu 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/Engels 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.<sup>7</sup> Aufgrund

---

<sup>6</sup> Das Modul 7 des NBIs **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.

<sup>7</sup> Nach Wingenfeld hat der Begriff der Selbstversorgung den Vorteil, fehlerhafte Gleichsetzungen von z. B. ADL Alltagsverrichtungen und AEDL nach Krohwinkel auszuschließen. Das ADL (Activities of Daily Living)-Konzept konzentriert sich vor

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

#### ■ „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.<sup>8</sup> Die Untersuchung kann nur einzelne Aspekte krankheitsbedingter Belastungen in den Blick nehmen. 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/Engels 2011). Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass sich durch eine systematische Einschät-

---

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 existenzielle Erfahrungen des Lebens) 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.

<sup>8</sup> 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 Abfuhrmethoden, 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).

zung des Dekubitusrisikos und die Anwendung prophylaktischer Maßnahmen die Dekubitushäufigkeit erheblich reduzieren lässt (DNQP 2010a).

**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 2013).

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 Mangelernährung 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 2010b), 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 um solche, die einen spezifischen therapeutischen Bedarf (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. 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.<sup>9</sup> Herausfordernde Verhaltensweisen sind häufig eine Ursache für restriktive Maßnahmen mit freiheitsentziehendem Charakter, was die Lebensqualität<sup>10</sup> 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

---

<sup>9</sup> 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).

<sup>10</sup> 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).

Lebensqualität stark beeinträchtigen (Maier et al. 2010). Gefordert 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 2011).

### **Merkmale im Handlungsfeld „Organisation“**

Die oben aufgeführten fachpflegerischen Dimensionen sind wichtige Qualitätsmerkmale im Handlungsfeld Pflege, deren Umsetzung zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen gefordert wird (Wolf-Ostermann/Gräske 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. (2017) 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 (Tabelle 1-5).

Tabelle 1-5: 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	Pflegeprozesssteuerung 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 Basis 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 sollte 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 Fachkräfteanteil 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 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, Feil 2013) wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Pflege. Gerontopsychiatrische **Weiterbildung** hat nach der empirischen Untersuchung von Krichbaum et al. zu signifikanten Verbesserungen in verschiedenen Ergebnis-Parametern der Pflege geführt (Krichbaum et al. 2005).

#### ■ „Prozessgestaltung/Koordination“

Die Umsetzung neuer Wohnformen erfordert in hohem Maße ein besonderes 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 unterschiedlicher 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).

Ein 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.

#### 1.1.3.3 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 aus einer Verbreitung von ausgewählten Wohnprojekten resultieren würden.

*Tabelle 1-6: Merkmale Wirtschaftlichkeit*

<b>Themenbereiche</b>	<b>Ausgewählte Merkmale</b>
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)

#### 1.1.3.3.1 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)

#### 1.1.3.3.2 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 (u. a. koordinierende Leistungen) haben die Etablierung neuer Wohn- und Versorgungsalternativen insbesondere in der Vergangenheit erschwert (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009a). Die vielfach kleinteilige Struktur und Integration in den sozialen Nahraum bewirken 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 **laufenden 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 jeweils unterschiedliche Personalmix auf die Wirtschaftlichkeit der Projekte auswirkt. Auf Seiten der Finanzierungsquellen sind die Erlöse differenziert nach Nutzergruppen zu ermitteln. Die Erlöse beschreiben im Unterschied zu den Kosten die Finanzierungskanäle des jeweiligen Projekts. Diese lassen sich unterscheiden in: Eigenleistungen der Bewohnerinnen und Bewohner, Leistungen der Sozialversicherungen (Kranken- und Pflegeversicherung), Leistungen der Sozialhilfe, Fördermittel etc. 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 Finanzierung 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 nach Veränderung des Leistungsangebots

#### 1.1.3.3.3 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 Einspareffekte realisieren lassen (BBSR 2014; Prognos 2014a; Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009b) oder aber die angepassten Leistungssätze der Pflegeversicherung – insbesondere im ambulanten Bereich – zu Mehrausgaben gegenüber einer stationären Versorgung führen. Diese Mehrausgaben werden ebenfalls aktuell in dem Projekt „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen (INAWO)“<sup>11</sup> parallel untersucht. Im Rahmen der INAWO-Studie wird die schlichte Umwandlung stationärer Einrichtungen oder - im Zuge von Neugründungen - die Kombination von Wohnraumüberlassung mit teilstationären Angeboten und/ oder mit ergänzenden ambulanten Leistungsangeboten, sowie die damit verbundenen Mehrausgaben für die sozialen Sicherungssysteme untersucht. Demgegenüber werden in dem Modellprogramm für die ausgewählten Projekte die wirtschaftlichen Analysen bzw. Mehr-/Minderausgaben im Vergleich zu anderen Pflegesettings stets im Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Pflegequalität betrachtet. 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 finanziellen Ressourcen der untersuchten Wohnformen mit denen der etablierten Versorgungssettings in der ambulanten und stationären Pflege verglichen. Siehe hierzu das Merkmal:

---

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



- 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.

#### 1.1.3.4 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 Projekte 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 1-7: Merkmale Nachhaltigkeit*

<b>Themenbereiche</b>	<b>Ausgewählte Merkmale</b>
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>

#### 1.1.3.4.1 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 Finanzierung der Kosten ebenso zu gewährleisten wie der Abschluss von verlässlichen Vereinbarungen mit den Sozialleistungsträgern. Insbesondere sind für die geförderten Kosten 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

#### 1.1.3.4.2 Rechtliche Nachhaltigkeit

Die Sicherung von Nachhaltigkeit erfordert weiterhin verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen. Häufig wird der Betrieb von Projekten 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

#### 1.1.3.4.3 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, trägerüber-

greifende Integration in die regionalen Netzwerkstrukturen vor Ort),

- Umsetzung von Maßnahmen zur organisatorischen/personellen Nachhaltigkeit,
- Faktoren, welche die Nachhaltigkeit positiv bzw. negativ beeinflussen.

#### 1.1.3.5 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 Projekte 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 1-8: 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) Ausrichtung des Trägers (traditionell, innovativ)

#### 1.1.3.5.1 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) kön-

nen 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 entwickelt 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, Betreuungspauschalens-Begrenzung, bauliche Anforderungen, Anforderungen an die Betreuungsqualität, Bewohnerrechte, Beratungsrecht ebenso geregelte Prüfverfahren
- Landesbaurecht: Bedeutung, Brandschutz-Vorschriften, Sonderbauten-Anforderungen, barrierefreie Anforderungen

#### 1.1.3.5.2 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.

#### 1.1.3.5.3 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 Wohnungsbaunehmen, ebenso erfolgen Beratungen über Pflegestützpunkte oder Landeskoordinierungsstellen). Neben Pflegefachwissen ist hier Planungswissen und ein hohes ordnungs- und sozialleistungs-

rechtliches Know-how notwendig. Geprüft werden soll in diesem Zusammenhang, wie verbreitet Beratungsangebote sind, inwiefern diese niedrigschwellig ausgestaltet sind und welche Formen angeboten werden.

#### 1.1.3.5.4 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 (BMFSFJ 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 et al. 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

#### 1.1.3.5.5 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)

## 1.2 Methodische Vorgehensweise

Um überprüfen zu können, ob und wie die geförderten Projekte die ausgewählten Merkmale erfüllen, werden verschiedene Untersuchungsschritte durchgeführt. Das Untersuchungsdesign soll sicherstellen, dass jeweils die Perspektive der Initiatoren bzw. Träger der Projekte 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 1-9: Untersuchungsdesign im zeitlichen Überblick

Untersuchungsschritte	2015	2016	2017	2018
<b>Erhebungen zur Erfassung der Trägerperspektive</b>				
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
<b>Erhebungen zur Erfassung der Betroffenenperspektive</b>				
Mündliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer	B	A		A,B
Schriftliche Befragung der Nutzerinnen und Nutzer			D	A,B
Schriftliche Angehörigenbefragung				A,B
<b>Erhebungen zur Erfassung weiterer Akteursperspektiven</b>				
Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren			D	A,B
Expertenworkshops				

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

## 1.2.1 Erhebungen zur Erfassung der Trägerperspektive

### 1.2.1.1 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 dazu, Merkmale zu den Evaluationskriterien sowie der Typisierung der Wohnformen zu entwickeln.

#### Durchführung

In einer ersten Erhebungswelle (im Jahr 2015) wurden die Dokumente von allen vier Projekttypen (A, B, C & D) angefordert und sodann ausgewertet. Die Projekte übermittelten auch im weiteren Prozess 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.

#### 1.2.1.2 Schriftliche Trägerbefragung (Erhebung von Struktur- und Basisdaten)

##### **Methodisches Vorgehen**

Um grundlegende Struktur- und Basisinformationen von allen Projekten zu erhalten, waren im Verlauf der Evaluation standardisierte schriftliche Befragungen der Projektträger<sup>12</sup> 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 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)
- Struktur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Nachhaltigkeit der Projekte (nur D-Projekte)

Im Fragebogen überwiegen geschlossene Fragen; um den einzelnen Wohnformtypen gerecht zu werden, wurde mit Filterfragen

---

<sup>12</sup>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.

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- & 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. Aufgrund des vorzeitigen Ausscheidens bzw. Abschlusses von vier Projekten belief sich der Rücklauf hier auf 29 Projekte.

#### 1.2.1.3 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
- 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 die Umsetzung (den Bewohnerbezug) gestartet haben. Dies traf auf 18 Projekte zu. Für diese Projekte wurden die 12 Monate vor dem Befragungszeitpunkt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit ausgewertet.

Einige Projektträger konnten keine umfänglichen Angaben zur Wirtschaftlichkeit ihrer Projekte machen, da ihre mitunter zahlreichen Kooperationspartner nicht bereit waren, entsprechende Daten bereitzustellen. Darüber hinaus konnte die wohnformtypspezifische Analyse aus Datenschutzgründen lediglich für Projekte des Typs *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* sowie vergleichbarer Projekte des Typs *Integrierte Kon-*

zepte durchgeführt werden. Die in Kapitel 4.2.1 vorgestellte quantitative Wirtschaftlichkeitsanalyse basiert deshalb lediglich auf Daten von 23 Projekten bzw. 27 Standorten.

#### 1.2.1.4 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 diskutiert. Anschließend wurden die Entwicklungs-, Vorlauf- und Anlaufkosten genauer analysiert sowie die Finanzierbarkeit des Angebots aus der Nutzerperspektive beleuchtet. Im Teil zur Nachhaltigkeit wurde 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 eigneten. 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.

### 1.2.1.5 Programmtagungen

#### Methodische Vorgehensweise

Im Zeitraum des Modellprogramms wurden drei Programmtagungen 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 und deren Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität, Nachhaltigkeit und Umsetzungsherausforderungen berücksichtigt.

#### Durchführung

Bei der 1. Programmtagung wurde die World-Café-Methode angewandt, bei der die Erfassung und Umsetzung der Nutzerbedürfnisse Themen waren sowie die Versorgungssicherheit aus Nutzersperspektive 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.

### 1.2.1.6 Monitoring

#### **Methodisches Vorgehen**

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

Die Prognos AG erstellte zu Beginn des Folgejahres zu allen zum Jahresende berichtspflichtigen Projekten einen Monitoringbericht. Nach Ende der Projektlaufzeit wurde zudem jeweils ein abschließender Monitoringbericht angefertigt, der den finalen Umsetzungsstand beurteilt.

#### **Durchführung**

Zu Beginn der Jahre 2016 und 2017 wurden insgesamt 60 Monitoringberichte erstellt, die den jeweils aktuellen Projektstand bewerten. Abschließende Monitoringberichte auf Grundlage von Endberichten wurden in den Jahren 2017 und 2018 insgesamt 33 erstellt. Wie sich die Berichte auf die beiden Projekttypen verteilen, zeigt Tabelle 1-10.

*Tabelle 1-10: Übersicht der Monitorings*

Jahr	A-Projekte	B-Projekte	Gesamt
<b>2016</b>	25	8	33
<b>2017</b>	19	8	27
<b>Abschließende Monitorings 2017 und 2018</b>	25	8	33
Gesamt	69	24	93

## **1.2.2 Erhebungen zur Erfassung der Betroffenenperspektive**

### 1.2.2.1 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 gestaltete 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 sowie neue Gesichtspunkte und 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 Projekte 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- & 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 konnten. 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, 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. Befragungswelle). 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. Befragungswelle). 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 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer haben damit Auskunft gegeben, ob und wie sich ihre Erwartungen erfüllt haben.

#### 1.2.2.2 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 sammeln konnten.

Geplant war, möglichst alle Bewohnerinnen und Bewohner der geförderten Projekte schriftlich zu befragen. Die Bestimmung der Bewohnerschaft erwies sich in einigen Projekten als problematisch. Vor allem bei den Projekten der Wohnformtypen *Integrierte Konzepte* und *Weiterentwicklung des Wohnens in 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 100 Personen gezogen werden. Bei mehr als 1.000 Bewohnerinnen 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 (Projekte der Wohnformtypen *Vollstationäre Pflege*, *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, *Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen*, *Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service*) 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 angeschrieben.
- Bei den A- & B-Projekten wurden 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 fünf Wohnprojekten unterschiedlicher Wohnformtypen durchgeführt. Die Bewohnerinnen und Bewohner der D-Projekte wurden im Juli 2016 befragt, die Bewohnerinnen und Bewohner der A- & 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 Prozent. Im Rahmen einer zweiten Befragungswelle wurden im Dezember 2017 1.091 Bewohnerinnen und Bewohner der A- & B-Projekte befragt. Daran haben sich 283 Bewohnerinnen und Bewohner beteiligt, was einem Rücklauf von 25,9 Prozent entspricht. Insgesamt haben also von 1.475 angeschriebenen Bewohnerinnen und Bewohnern 459 und damit 31,1 Prozent an der schriftlichen Befragung teilgenommen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Struktur der Untersuchungsgesamtheit (Tabelle 1-11).

Tabelle 1-11: 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% <sup>13</sup>
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%

### 1.2.2.3 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- & 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 Angehörigen von Wohnprojekten der Wohnformtypen *Betreutes*

<sup>13</sup>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.

*Wohnen/ Wohnen mit Service, Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit und Vollstationäre Pflege* befragt, da Angehörige z. B. in selbstständigen gemeinschaftlichen Wohngemeinschaften oder in integrierten Wohnprojekten schwer zu erfassen sind.

Die Auswertung der schriftlichen Befragung erfolgte mit dem statistischen Datenverarbeitungsprogramm SPSS.

### **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 Prozent entspricht.

## **1.2.3 Erhebungen zur Erfassung weiterer Perspektiven**

### **1.2.3.1 Telefoninterviews mit lokalen projektrelevanten Akteuren**

#### **Methodisches Vorgehen**

Neben der Perspektive der Träger und der Nutzerinnen und Nutzer sollten die Perspektiven weiterer Akteure erfasst werden, die in die Umsetzung der Wohnprojekte involviert sind. 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. Von besonderem Interesse waren an dieser Stelle die Ansprechpartnerinnen und -partner der projektrelevanten Pflegekasse/-n sowie des zuständigen Sozialamts. Daneben wurden aber auch Gespräche mit weiteren lokalen Akteuren (z. B. Wohnungsbau-gesellschaft, Pflegestützpunkt) geführt. Zu den A- & B-

Projekten wurden im Nachgang zu den entsprechenden Vor-Ort-Terminen 22 Telefoninterviews geführt.

### 1.2.3.2 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. Die Teilnehmenden befassten 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. Die Teilnehmenden befassten 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.

## **2 Neue Wohnformen für Pflegebedürftige im Überblick – Gesamtschau der Projekte nach ausgewählten Strukturdaten**

Insgesamt gibt es 44 Wohnprojekte vom Projekttyp A, B & D, die Gegenstand der Evaluation sind und in diesem Kapitel vorgestellt werden.<sup>14</sup> Darunter sind solche Projekte, deren Umsetzung im Rahmen des Modellprogramms gefördert wurde (Projekttyp A & B) sowie andere, die bereits vor Beginn des Modellprogramms etabliert waren und die zu Begleitungs- und Auswertungszwecken aufgenommen wurden (Projekttyp D). Die ebenfalls geförderten wissenschaftlichen Studien (Projekttyp C) werden nicht in diesem Kapitel behandelt.

Basis der nachfolgenden Darstellungen bilden überwiegend einzelne Standorte. Erprobt ein geförderter Projektträger an mehreren Standorten neue Wohnformen, so bildet jeder Standort einen eigenen Fall. Dabei beschränken sich die dargestellten Informationen auf solche Standorte, zu denen der jeweilige Projektträger Angaben für die Evaluation gemacht hat. Demnach werden 60 Standorte in den Auswertungen berücksichtigt.

Die tatsächliche Anzahl der Standorte liegt allerdings höher, da nicht zu allen Standorten Angaben gemacht wurden. Zählt man die Anzahl der Standorte hinzu, die von den Projektträgern auf eine entsprechende Frage hin selbst genannt wurde, so ergibt dies eine Gesamtzahl von 71. Darin nicht enthalten sind bspw. in einem Stadtgebiet verteilte Einzelwohnungen oder die übergreifende Entwicklung von Versorgungskonzepten, die an einer Vielzahl von Standorten vermittelt werden.

### **2.1 Vielfalt von Trägern und Initiatoren – Zu organisatorischen und rechtlichen Merkmalen**

In diesem Unterkapitel wird über einige organisatorische und rechtliche Merkmale der Projektträger informiert. An den vorgestellten Merkmalen und deren Verteilung lässt sich erkennen, in welchem Umfang verschiedene Arten von Leistungserbringern im Modellprogramm vertreten sind.

---

<sup>14</sup> Die Differenz zu den im Vorwort genannten 48 Wohnprojekten ergibt sich daraus, dass vier Wohnprojekte vorzeitig aus der Förderung ausgestiegen sind.



### 2.1.1 Struktur der Träger/Initiatoren

Tabelle 2-1 gibt Auskunft über die Verbandszugehörigkeiten und die Angebotsstruktur der Projektträger.

Insgesamt gehören 82 Prozent der Projektträger einem Verband an. Am häufigsten vertreten ist der Deutsche Caritas-Verband, dem neun Projektträger angehören, gefolgt vom Paritätischen mit acht und der Diakonie Deutschland mit sechs. Außer zu den Wohlfahrtsverbänden bestehen auch Mitgliedschaften in privaten Anbieterverbänden, pflegerischen Berufsverbänden und Verbänden der Wohnungswirtschaft.

Die Träger der meisten geförderten Projekte sind freigemeinnützig (68,2 %), gefolgt von privatgewerblichen Trägern (27,3 %). Bei fast einem Viertel handelt es sich um eine Kooperations- bzw. Trägergemeinschaft, zu der sich mehrere Träger zusammengeschlossen haben (22,7 %).

Die meisten Projektträger bieten neben dem Wohnangebot noch weitere Leistungen an, am häufigsten finden sich darunter ambulante Pflegedienste (65,9 %) und andere besondere Wohnformen (40,9 %).

*Tabelle 2-1: Verbandszugehörigkeit und Angebotsstruktur der Projektträger*

<b>Verbandszugehörigkeit des Trägers (n=44)</b>			
Zugehörigkeit zu einem Verband	82 %		
Deutscher Caritas-Verband	9	Anbieterverband qualitätsorient. Gesundheitspflegeeinrichtungen	1
Der Paritätische	8	Landesverband freie ambulante Krankenpflege	1
Diakonie Deutschland	6	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	1
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste	3	Verband Sächsischer Wohnungsgenossenschaften	1
Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe	3	Verband der Wohnungswirtschaft Südwest	1
Verband der Wohnungswirtschaft Rheinland und Westfalen	2	Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW	1
Deutsches Rotes Kreuz	2	Wohnen in Gemeinschaft e. V.	1

---

**Rechtsform und Kooperationen des Trägers (n=44)**

Freigemeinnützig	68,2 %	Privatgewerblich	27,3 %
<i>darunter eingetragener Verein</i>	36,4 %	<i>darunter Kapitalgesellschaft</i>	25,0 %
<i>darunter gGmbH</i>	22,7 %	<i>darunter Personengesellschaft</i>	2,3 %
<i>Stiftung</i>	9,1 %		
Kommunal	4,5 %		
Mit Kooperationspartner	22,7 %		

---

**Weitere Angebote des Trägers (n=44)**

*(Mehrfachnennungen möglich)*

Ambulanter Pflegedienst	65,9 %	Betreuungsangebote	38,6 %
Teilstationäre Pflegeangebote	38,6 %	Andere besondere Wohnformen	40,9 %
Stationäre Pflegeeinrichtung	31,8 %	Sonstige Wohn-, Pflege- und Ver- sorgungsangebote	36,4 %

---

## 2.1.2 Rechtliche Eigenschaften der Angebote an den Standorten

Betrachtet man die an den einzelnen Standorten umgesetzten Angebote hinsichtlich ihrer leistungsrechtlichen Einordnung, so zeigt sich eine zahlenmäßige Dominanz ambulanter Angebote (85,0 %) (Tabelle 2-2). Unter die heimrechtlichen Regelungen des jeweiligen Bundeslandes fallen 30 Prozent der Angebote, bei zwei Standorten handelt es sich um eindeutig stationäre Angebote.

Unter den ambulanten Pflegewohngemeinschaften im Modellprogramm wird die überwiegende Zahl durch die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. die Angehörigen gesteuert (78,1 %).

Mit den Bewohnerinnen und Bewohnern werden verschiedene Verträge abgeschlossen (Tabelle 2-2). An jeweils knapp zwei Dritteln aller Standorte sind dies ein Mietvertrag und ein Pflegevertrag (je 63,3 %) und bei 60 Prozent ein Vertrag über hauswirtschaftliche Leistungen. Zu den häufiger genannten „Sonstigen Verträgen“ (54,5 %) zählen vertragliche Regelungen der Wohngemeinschaft, Verträge zur Verwendung des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI, Verträge über weitere (Wahl-) Leistungen und Verträge mit Wohnungsgesellschaften. Durchschnittlich werden 2,6 Verträge mit den Bewohnerinnen und Bewohnern an den Standorten geschlossen, die Spannweite reicht hier von sieben Standorten, die gar keine Verträge vorsehen bis zu zwei Standorten mit je fünf Verträgen pro Bewohnerin bzw. Bewohner.

*Tabelle 2-2: Rechtliche Eigenschaften der Angebote an den Standorten*

<b>Leistungsrechtliche Einordnung der Angebote (n=60)</b>		<b>Steuerung von ambulanten Pflegewohngemeinschaften (n=32)</b>	
Ambulantes Angebot	85,0 %	Durch Bewohner/innen oder Angehörige	78,1 %
Stationäres Angebot	1,7 %	Durch professionellen Träger	21,9 %
Mischform/unklar	13,3 %		
Angebot fällt unter heimrechtliche Regelungen des Bundeslands	30,0 %		
<b>Mit Bewohnern/innen abgeschlossene Verträge (n=60)</b>			
Mietvertrag	63,3 %	Hauswirtschaftlicher Vertrag	16,7 %
Pflegevertrag	63,3 %	Heimvertrag	5,0 %
Betreuungsvertrag	60,0 %	Sonstiger Vertrag	53,5 %

### 2.1.3 Fazit

Die in diesem Unterkapitel vorgestellten Merkmale von Projektträgern und Projektstandorten zeigen zunächst eine große Bandbreite verschiedener Träger, die bis zu einem gewissen Grad ein Abbild der Trägerlandschaft in Deutschland darstellen. Unter den Projektträgern finden sich auch solche, die einem Verband der Wohnungswirtschaft angehören. Träger stationärer Einrichtungen sind nur in sehr geringem Umfang vertreten. Die Leistungen werden überwiegend auf Basis von Verträgen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern erbracht, wobei Miet-, Pflege- und Betreuungsverträge ähnlich häufig vertreten sind.

Angesichts der Ausrichtung des Modellprogramms auf Wohnformen, die Alternativen zur herkömmlichen, stationären pflegerischen Versorgung erproben, überrascht es nicht, dass ein großer Teil der Projektträger weitere ambulante Angebote vorhält. Ebenfalls häufig vertreten sind Projektträger, die weitere stationäre, teilstationäre oder Betreuungsleistungen anbieten.

Was die Angebote an den Standorten selbst betrifft, so entspricht die weit überwiegende, ambulante leistungsrechtliche Zuordnung und die Steuerung von ambulanten Pflegewohngemeinschaften durch Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Angehörige den Intentionen des Modellprogramms.

## 2.2 Regional breit verortet – Zur Regionalverteilung

In diesem Unterkapitel wird auf Merkmale der regionalen Verteilung der Projekte und Standorte eingegangen. Während die Verteilung auf die Bundesländer anhand der Projekte dargestellt wird, beziehen sich die Merkmale der räumlichen Lage auf die tatsächlichen Standorte.

## 2.2.1 Verteilung der Projekte nach Bundesländern und räumliche Lage der Standorte

Die Auswahl der Projekte erfolgte nicht primär nach dem Gesichtspunkt einer proportionalen Berücksichtigung der Bundesländer, vielmehr standen fachliche Kriterien im Vordergrund. Dennoch wurde auf eine gewisse Verteilung geachtet (Tabelle 2-3). Im Ergebnis befinden sich die Projekte in 14 der 16 Bundesländer, mit einem Schwerpunkt auf Nordrhein-Westfalen (13 Projekte), gefolgt von Bayern und Rheinland-Pfalz (jeweils 5) und Berlin (4).

*Tabelle 2-3: Verteilung der Projekte auf die Bundesländer*

<b>Bundesland (Projekte; n=44)</b>			
Baden-Württemberg	3	Nordrhein-Westfalen	13
Bayern	5	Rheinland-Pfalz	5
Berlin	4	Saarland	1
Brandenburg	1	Sachsen	2
Hessen	3	Sachsen-Anhalt	2
Mecklenburg-Vorpommern	1	Schleswig-Holstein	1
Niedersachsen	2	Thüringen	1

In räumlicher Hinsicht – jetzt wieder bezogen auf die einzelnen Standorte der Projekte – dominiert die zentrale Lage in städtischen Gebieten, der 71,7 Prozent der Standorte zuzuordnen sind (Tabelle 2-4).<sup>15</sup> An zweiter Stelle stehen Standorte in teilweise städtischen Gebieten und peripherer Lage. Ländliche Lagen sind mit insgesamt fünf Prozent weniger im Programm vertreten.

*Tabelle 2-4: Verteilung der Standorte nach Raumtypen*

<b>Raumtyp (Standorte; n=60)</b>			
Zentral-städtisch	71,7 %	Peripher-städtisch	6,7 %
Zentral-teilw. städtisch	5,0 %	Peripher-teilw. städtisch	11,7 %
Zentral-ländlich	1,7 %	Peripher-ländlich	3,3 %

## 2.2.2 Fazit

Weder die Verteilung der Projekte auf die Bundesländer noch die Verteilung der Standorte nach verschiedenen Lagemerkmalen sind gleichmäßig oder ergeben ein repräsentatives Abbild der Wohnor-

<sup>15</sup> Grundlage der räumlichen Kategorisierung bilden die Raumtypen 2010 des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (<https://www.bbsr.bund.de>).

te der älteren Bevölkerung insgesamt. Das begründet sich mit der Priorität der Fachlichkeit des Innovationspotenzials im Auswahlprozess der Projekte für das Modellprogramm. Trotzdem sind nahezu alle Bundesländer mit einem oder mehreren Projekten vertreten und es gibt auch einige Angebote, die in peripheren Lagen erprobt werden. Ländliche Standorte sind jedoch deutlich unterrepräsentiert.

## 2.3 Für verschiedene Nutzergruppen offen – Zur Nutzerstruktur

Neue Wohnformen für Pflegebedürftige sollen sich an Menschen mit verschiedenen Unterstützungsbedarfen richten. In diesem Unterkapitel wird dargelegt, welche Merkmale die Nutzerinnen und Nutzer der bereits etablierten und neu erprobten Angebote kennzeichnen.

### 2.3.1 Soziodemographische Merkmale

Die Wohnangebote an den Standorten richten sich durchschnittlich an 33 Nutzerinnen und Nutzer, wobei die Spannweite von einem Kleinprojekt mit fünf bis hin zu einem Projekt mit 81 Nutzerinnen und Nutzern reicht (Tabelle 2-5). Hierin sind nur die tatsächlichen Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnangebote enthalten und bspw. keine sonstigen Bewohnerinnen und Bewohner eines Quartiers, die von einem Quartiersmanagement profitieren. Der Anteil der Frauen beträgt durchschnittlich knapp drei Viertel (74,6 %), 80-Jährige und Ältere machen mehr als die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer aus. Der durchschnittliche Anteil der 90jährigen und Älteren an den Standorten beträgt 14,6 Prozent, an einem Standort erreicht er sogar 80 Prozent.

*Tabelle 2-5: Alter und Geschlecht der Nutzerinnen und Nutzer an den Standorten*

	Min.	Max.	Mittelwert
Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer (n=50)	5	81	33
Anteil der Nutzerinnen (n=49)	33,0 %	100,0 %	74,6 %
Anteil der 80jährigen und Älteren (n=50)	0,0 %	86,0 %	53,3 %
Anteil der 90jährigen und Älteren (n=50)	0,0 %	80,0 %	14,6 %

Angaben zur Einkommenssituation und zum Bildungsstand der Nutzerinnen und Nutzer können nicht bezogen auf die einzelnen Standorte wiedergegeben werden.<sup>16</sup> Über alle Standorte hinweg

<sup>16</sup> Diese Merkmale wurden im Rahmen der schriftlichen Befragung von Nutzerinnen und Nutzern erhoben und nicht, wie die anderen Angaben in diesem Kapitel, im Rahmen der schriftlichen Befragung von Projektträgern. Da sich nicht alle Nutzerinnen und Nutzer an der schriftlichen Befragung beteiligt haben, liegen keine vollständigen Angaben zu den Standorten vor.

zeigt sich die in Tabelle 2-6 wiedergegebene Verteilung der Nutzerinnen und Nutzer auf verschiedene Nettoeinkommensklassen. Ein gutes Viertel (25,6 %) der Nutzerinnen und Nutzer hat demnach ein monatliches Nettoeinkommen von bis zu 1.000 Euro. Am oberen Ende der Skala finden sich rund zwölf Prozent der Nutzerinnen und Nutzer mit einem monatlichen Nettoeinkommen von 2.500 Euro oder mehr. Das Durchschnittseinkommen (arithmetisches Mittel) liegt bei 1.532 Euro.

*Tabelle 2-6: Verfügbares Nettoeinkommen pro Monat (n= 309 Nutzerinnen und Nutzer)*

Nettoeinkommen	Anzahl	In Prozent
<= 500 €	17	5,5
501-1000 €	62	20,1
1001-1500 €	106	34,3
1501-2000 €	67	21,7
2001-2500 €	20	6,5
2501-3000 €	16	5,2
3001-3500 €	5	1,6
3501-4000 €	5	1,6
4001-4500 €	8	2,6
4501-5000 €	2	0,6
5001 € und mehr	1	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>309</b>	<b>100,0</b>
<i>(kann diese Frage nicht beantworten)</i>	65	

Der Bildungsstand der Nutzerinnen und Nutzer streut stark (Tabelle 2-7). Unter Zugrundelegung der international vergleichbaren Klassifikation für das Bildungswesen "International Standard Classification of Education" (nach ISCED-97 – Dreiteilung) zeigt sich, dass 19 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer einen hohen Bildungsstand aufweisen, 53 Prozent einen mittleren Bildungsstand und etwa 27 Prozent einen geringen Bildungsstand.

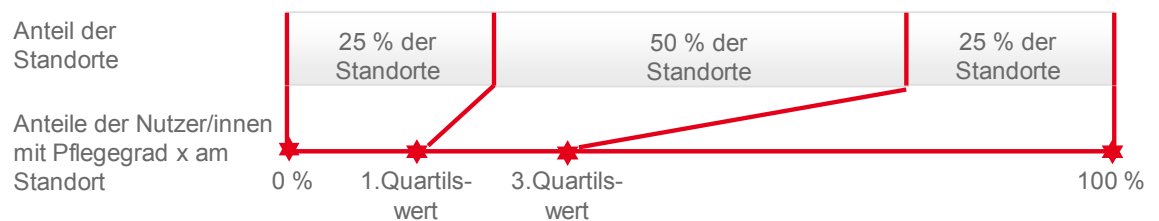
*Tabelle 2-7: Bildungsstand (n= 442 Nutzerinnen und Nutzer)*

Bildungsstand	Anzahl	Anteil in Prozent
Niedrig	121	27,4
Mittel	237	53,6
Hoch	84	19,0
<b>Gesamt</b>	<b>442</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe oder anderer Schulabschluss/Ausbildung	17	

Eine ausführliche Beschreibung und Erläuterung der Ergebnisse zu Einkommen und Bildung der Nutzerinnen und Nutzer findet sich in Kapitel 4.1.

### 2.3.2 Hilfe- und Pflegebedarf

Im Regelfall haben die Nutzerinnen und Nutzer eine anerkannte Pflegebedürftigkeit. Der mittlere Anteil der pflegebedürftigen Menschen an allen Nutzerinnen und Nutzern eines Standortes beträgt 90,9 Prozent (Tabelle 2-8). Den größten Anteil machen hierbei die Pflegegrade 4 (29,8 %) und 5 (25,9 %) aus. In Tabelle 2-8 sind auch die Grenzwerte des ersten und dritten Quartils ausgewiesen.<sup>17</sup> Die Bedeutung der Quartilswerte wird zuvor anhand einer schematischen Abbildung erläutert.



Die Abbildung soll Folgendes verdeutlichen: An 25 Prozent aller Standorte ist der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer mit einem Pflegegrad x an allen Nutzerinnen und Nutzern kleiner als der erste Quartilswert; an 50 Prozent aller Standorte liegt der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer mit Pflegegrad x zwischen dem ersten und dem dritten Quartilswert; bei weiteren 25 Prozent der Standorte ist der entsprechende Anteilswert größer als der dritte Quartilswert. Am Beispiel des Pflegegrads 3 in Tabelle 2-8 bedeutet dies: An 25 Prozent aller Standorte betrug der Anteil der Nutzerinnen und Nutzern mit einem Pflegegrad 3 weniger als 18 Prozent, an 50 Prozent der Standorte lag der entsprechende Anteilswert zwischen 18 und 33 Prozent und an weiteren 25 Prozent der Standorte lag der Anteil der Nutzerinnen und Nutzer mit einem Pflegegrad 3 bei 33 oder mehr Prozent.

Zu den Nutzerinnen und Nutzern mit einem besonderen Hilfe- und Unterstützungsbedarf zählen insbesondere solche, die eine 24-Stunden-Präsenz des Personals benötigen. Der durchschnittliche Anteil der betroffenen Nutzerinnen und Nutzer an den Standorten beträgt 82,7 Prozent; bei 69,4 Prozent der Standorte betrifft das sogar alle Nutzerinnen und Nutzer. Ebenfalls weit verbreitet sind Mobilitätseinschränkungen (durchschnittlich 72,2 % der Bewohnerinnen und Bewohner) und diagnostizierte Demenzerkrankungen (64,9 %). Für Mobilitätseinschränkungen gilt, dass es keinen

<sup>17</sup> Quartilswerte stellen Verteilungen im Vergleich zu Standardabweichungen vergleichsweise anschaulich dar.

Standort gibt, an dem nicht mindestens eine Nutzerin bzw. ein Nutzer betroffen ist.

Schließlich wurde auch danach gefragt, von welchen chronischen Erkrankungen die Bewohnerinnen und Bewohner an den Standorten besonders betroffen sind. Am häufigsten wurden hier Herz-Kreislauf-Erkrankungen (11 Nennungen) und Diabetes Mellitus (9 Nennungen) angeführt.

*Tabelle 2-8: Hilfe- und Pflegebedarf der Nutzerinnen und Nutzer an den Standorten*

<b>Pflegebedarf</b>	<b>Anteil 0 %</b>	<b>Anteil 100%</b>	<b>Mittel- wert</b>
Anteil der Nutzer/innen mit Pflegegrad (n=49)	0,0 %	69,4 %	90,9 %
	<b>Erstes Quartil</b>	<b>Drittes Quartil</b>	<b>Mittel- wert</b>
Anteil der Nutzer/innen mit Pflegegrad 1 (n=49)	0,0 %	0,0 %	17,6 %
Anteil der Nutzer/innen mit Pflegegrad 2 (n=48)	0,0 %	25,0 %	15,3 %
Anteil der Nutzer/innen mit Pflegegrad 3 (n=49)	18,0 %	33,3 %	25,9 %
Anteil der Nutzer/innen mit Pflegegrad 4 (n=49)	12,9 %	51,9 %	29,8 %
Anteil der Nutzer/innen mit Pflegegrad 5 (n=49)	0,0 %	24,7 %	15,0 %
<b>Hilfe- und Unterstützungsbedarf</b>	<b>Anteil 0 %</b>	<b>Anteil 100%</b>	<b>Mittel- wert</b>
Anteil der Nutzer/innen mit diagnostizierter Demenzerkrankung (n=44)	6,8 %	40,9 %	64,9 %
Anteil der Nutzer/innen mit Mobilitätseinschränkung (n=36)	0,0 %	22,2 %	72,2 %
Anteil der Nutzer/innen mit erforderlicher 24h-Präsenz (n=36)	11,1 %	69,4 %	82,7 %
<b>Chronische Erkrankungen, die häufig vorkommen</b> (Anzahl Standorte mit Nennung der Erkrankung)	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (11), Diabetes mellitus (9), Arthrose (5), Inkontinenz (5), Multiple Sklerose (4)		

### 2.3.3 Besondere Zielgruppen

Einige Nutzerinnen und Nutzer weisen Merkmale auf, die bei der Ausgestaltung von zielgruppengerechten Angeboten besonders berücksichtigt werden müssen (Tabelle 2-9). Hierzu zählen Nutzerinnen und Nutzer mit einem Migrationshintergrund. Der durchschnittliche Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund beträgt an den Standorten 28,7 Prozent. An der Hälfte der Standorte gibt es keine Bewohnerin und keinen Bewohner mit Migrationshintergrund. Schwierigkeiten im Gebrauch der deutschen Sprache weisen die Nutzerinnen und Nutzer äußerst selten auf (durchschnittlich 0,1 % der Bewohnerinnen und Bewohner). Sehr groß ist hingegen der Anteil derjenigen, für die eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde (durchschnittlich 65,7 % der Bewohnerinnen und Bewohner an den Standorten). Menschen mit einer geistigen



Beeinträchtigung spielen statistisch gesehen eine untergeordnete Rolle.

*Tabelle 2-9: Besondere Zielgruppen an den Standorten*

	<b>Anteil 0 %</b>	<b>Anteil 100%</b>	<b>Mittel- wert</b>
Anteil Nutzer/innen mit Migrationshintergrund (n=40)	50,0 %	0,0 %	28,7 %
Anteil Nutzer/innen mit Schwierigkeiten im Gebrauch der deutschen Sprache (n=47)	70,0 %	0,0 %	0,1 %
Anteil Nutzer/innen mit gesetzlicher Betreuung (n=36)	2,8 %	41,7 %	65,7 %
Anteil Nutzer/innen mit geistiger Beeinträchtigung bzw. Lernschwierigkeiten (n=31)	67,0 %	0,0 %	4,9 %

### 2.3.4 Fazit

Die Nutzerinnen und Nutzer an den Standorten sind überwiegend weiblich, hinsichtlich ihrer Altersstruktur gibt es größere Unterschiede zwischen den Standorten. Bildungsstand und Einkommen der Nutzerinnen und Nutzer weisen eine ausgeprägte Streuung auf.

Die große Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer ist pflegebedürftig und weist dabei vorwiegend einen höheren Pflegegrad auf. Es dominieren solche Standorte, unter deren Nutzerinnen und Nutzern sich auch solche finden, die eine 24-Stunden-Präsenz benötigen. Ebenso sind Demenzerkrankungen zumeist vertreten. Zusammenfassend bedeutet das, dass die erreichten Zielgruppen einen sehr hohen Unterstützungsbedarf haben. Einen Migrationshintergrund haben viele der Nutzerinnen und Nutzer, ohne dass es ein ausschließlich auf diese Zielgruppe zugeschnittenes Angebot an den Standorten gibt. Die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung ist deutlich kleiner und wird ebenfalls in Angeboten mitversorgt, die sich nicht ausschließlich an diese Personengruppe richten.

## 2.4 Von der Begleitung bis zur Vollversorgung – Zum Leistungsspektrum

Die erprobten neuen Wohnformen machen ihren Nutzerinnen und Nutzern unterschiedliche Angebote. Die Unterschiede betreffen die Räumlichkeiten, die Leistungsangebote und die personelle Ausstattung. In diesem Unterkapitel wird ein Überblick über die Angebotsstrukturen an den Standorten gegeben.

### 2.4.1 Räumliches Angebot

Bei dem Wohnangebot an den Standorten handelt es sich zu 40 Prozent um Privatwohnungen (Tabelle 2-10); 63,3 Prozent der

Standorte geben an, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner in Gemeinschaftswohnungen leben, Privatzimmer außerhalb von Gemeinschaftswohnungen (als stationäres Angebot) bieten 5,1 Prozent der antwortenden Standorte an. Zu beachten ist bei diesen Zahlen, dass Mehrfachantworten möglich waren und ein Wohnangebot bspw. gleichzeitig Privatwohnung und Gemeinschaftswohnung sein kann. Nur weniger als die Hälfte der befragten Standorte hat die Frage beantwortet, ob ihre Nutzerinnen und Nutzer in Wohnungen wohnen, die Teil einer oder mehrerer Hausgemeinschaften sind, was bei 37,5 Prozent der antwortenden Standorte der Fall ist.

Zum Standard gehören von allen Bewohnerinnen und Bewohnern nutzbare Gemeinschaftsflächen im Innenbereich (90 % der Standorte) und im Außenbereich (87,9 % der Standorte).

*Tabelle 2-10: Räumliches Angebot an den Standorten*

<b>Art der Wohnangebote</b>			
Privatwohnungen (n=60)	40,0 %	Privatzimmer außerhalb von Gemeinschaftswohnungen (n=59)	5,1 %
Gemeinschaftswohnungen (n=60)	63,3 %	Wohnungen sind Teil von Hausgemeinschaften (n=24)	37,5 %
<b>Angebot von Gemeinschaftsflächen</b>			
Im Innenbereich (n=60)	90,0 %	Im Außenbereich (n=58)	87,9 %

Die meisten Standorte halten ein umfassendes Leistungsangebot vor (Tabelle 2-11). An über 90 Prozent aller Standorte gibt es Gruppenangebote zur Freizeitgestaltung, Betreuungs- und Aktivierungsangebote sowie Beratungs- und Vermittlungsleistungen. Auch die anderen abgefragten Angebote gehören beim Großteil der Projektstandorte zum Leistungsspektrum. Hol- und Bringdienste (46,7 %) sind deutlich weniger verbreitet, Notrufsicherung (59,6 %) wird etwas seltener angeboten.

An den Standorten werden weitere Leistungen angeboten, die von den Projektträgern angegeben wurden (ohne Tabelle). Hierzu gehören

- besondere Beratungsleistungen wie Angehörigenberatung, Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder Sozialberatung,
- Unterstützung bei Verwaltung, Organisation und Moderation,
- medizinisch-therapeutische Dienstleistungen und
- ein Hospizdienst.

Die Versorgung über Nacht ist bei knapp 86 Prozent der Standorte generell vorhanden. (Tabelle 2-11). Am häufigsten geschieht das durch die Anwesenheit von Mitarbeitenden (80,8 %), mit einigem Abstand gefolgt von telefonischen Rufbereitschaften (46,2 %).

Die Projektträger haben weitere Maßnahmen genannt, mit denen sie die Versorgung über Nacht sicherstellen, darunter befinden sich Ambient Assisted Living-Komponenten und die Wahrnehmung der Rufbereitschaft durch einen kooperierenden ambulanten Pflegedienst (ohne Tabelle).

*Tabelle 2-11: Leistungsangebote an den Standorten*

<b>Leistungsangebote</b>			
Hilfen bei Alltagsverrichtungen (n=60)*	66,7 %	Begleitung zu Behördengängen/ Arztbesuchen (n=60)	65,0 %
Hauswirtschaftliche Versorgung, haus- haltsnahe Dienstleistungen (n=60)	71,7 %	Hol- und Bringdienste (n=60)	46,7 %
Betreuung und Aktivierung (n=60)	71,7 %	Beratung und Vermittlung (n=60)	93,3 %
Gruppenangebote zur Freizeitgestaltung (n=60)	76,7 %	Notrufsicherung (n=57)	59,6 %
Einzelangebote zur Freizeitgestaltung (n=60)	71,7 %	Behandlungspflege (n=55)	61,8 %
<b>Versorgung über Nacht</b>			
Ist sichergestellt (n=59)	86,4 %		
<b>Wenn ja, auf welche Weise? (Mehrfachnennungen)</b>			
...durch telefonische Rufbereitschaft (n=52)	46,2 %	...durch Notrufsicherung (n=52)	36,5 %
...durch Anwesenheit von Mitarbeitenden (n=52)	80,8 %		

\* Die in Klammern angegebenen Werte (n) geben die Anzahl der Standorte an, die Angaben zu dem entsprechenden Angebot gemacht haben. Die Prozentangaben beziehen sich auf diese Anzahlen.

## 2.4.2 Personalsituation

Die geförderten Projekte haben aufgrund ihrer Konzeptionen sehr unterschiedliche Personalausstattungen (Tabelle 2-12). Es soll daher noch einmal betont werden, dass die vorgestellten Kennwerte vorrangig dazu dienen, über die Struktur des Programms insgesamt zu informieren.

Betrachtet man zunächst die Mittelwerte des eingesetzten Personals nach deren Funktionen, so zeigt sich, dass Pflegekräfte im Umfang von durchschnittlich 5,2 Vollzeitäquivalenten mit Abstand den größten Anteil des Personals an den Standorten ausma-

chen.<sup>18</sup> Die Unterschiedlichkeit der Standorte bezüglich der Ausstattung mit Pflegekräften lässt sich gut an den Quartilswerten ablesen: mindestens ein Viertel der Standorte (Standorte bis zum ersten Quartilswert) setzt gar keine Pflegekräfte ein und ein weiteres Viertel (Standorte vom dritten Quartilswert an) hat Pflegekräfte im Umfang von zehn (9,8) oder mehr Vollzeitstellen im Einsatz.

Gemessen am Stellenumfang folgen als zweitgrößte Gruppe die Betreuungskräfte mit durchschnittlich zwei Vollzeitäquivalenten.<sup>19</sup> Große Unterschiede zwischen den Standorten zeigen sich auch beim Einsatz von Aushilfen und sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: Durchschnittlich machen sie einen Umfang von 1,5 Vollzeitstellen aus, bei mindestens einem Viertel der Standorte werden sie jedoch gar nicht eingesetzt (Standorte bis zum ersten Quartilswert) und bei einem weiteren Viertel (Standorte ab dem dritten Quartilswert) machen sie 2,8 oder mehr Vollzeitstellen aus.<sup>20</sup>

Durchschnittlich kommen an den Standorten 2,4 ehrenamtliche Kräfte - dieses Mal gemessen in Personen, nicht Vollzeitäquivalenten – zum Einsatz. Auch hier gibt es große Unterschiede: Während mindestens ein Viertel der Standorte (Standorte bis zum ersten Quartilswert) überhaupt keine ehrenamtlichen Kräfte aufweist, sind es bei einem Viertel der Standorte 3,8 oder mehr (Standorte ab dem dritten Quartilswert).

In Tabelle 2-12 wird auch das Verhältnis von eingesetztem Personalumfang zu den Nutzerinnen und Nutzern dargestellt. Im Durchschnitt kommen demnach Pflegekräfte im Umfang von 0,3 Vollzeitstellen auf eine Nutzerin bzw. einen Nutzer des Angebots. Deutlich kleiner ist das Verhältnis von Betreuungskräften zu Nutzerinnen bzw. Nutzern. Auf eine Nutzerin bzw. einen Nutzer entfallen im Durchschnitt 0,1 Vollzeitstellen für Betreuungskräfte.

Schließlich kommen rechnerisch auf eine Nutzerin bzw. einen Nutzer 0,13 ehrenamtliche Kräfte.

---

<sup>18</sup> Unter Pflegekräfte werden hier Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, Altenpflegefachkräfte, Krankenpflegehelfer/innen, Pflegehelfer/innen und Heilerziehungspfleger/innen gefasst.

<sup>19</sup> Hierzu zählen Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI, Kräfte für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI, Präsenzkkräfte nach § 38a SGB XI und allgemeine Betreuungskräfte.

<sup>20</sup> Zum Aushilfspersonal gehören u. a. die Absolventen/innen eines freiwilligen sozialen Jahres oder eines Bundesfreiwilligendienstes, Altenpflegeschüler/innen und Studierende.

*Tabelle 2-12: Struktur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Standorten*

<b>Stellenumfang nach Funktion (n=48)</b>			
	<b>Vollzeitäquivalente</b>		
	Erstes Quartil	Drittes Quartil	Mittelwert
Leitung und Projektumsetzung	0,0	1,0	0,6
Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte)	0,0	9,8	5,2
Betreuungskräfte	0,0	2,1	2,0
Weitere Dienste (Hauswirtschaft, sozialer Dienst, Therapie etc.)	0,0	1,1	0,9
Aushilfen, sonstige Mitarbeiter	0,0	2,8	1,5
		<b>Anzahl</b>	
Ehrenamtliche (n=46)	0,0	3,8	2,9

<b>Verhältnis Mitarbeiter/innen zu Nutzer/innen (n=48)</b>			
	<b>Vollzeitäquivalente pro Nutzer/in</b>		
	Erstes Quartil	Drittes Quartil	Mittelwert
Leitung und Projektumsetzung	0,00	0,05	0,04
Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte)	0,00	0,46	0,30
Betreuungskräfte	0,00	0,13	0,10
Weitere Dienste (Hauswirtschaft, sozialer Dienst, Therapie etc.)	0,00	0,06	0,05
Aushilfen, sonstige Mitarbeiter	0,00	0,05	0,07
		<b>Ehrenamtler/innen pro Nutzer/in</b>	
Ehrenamtliche (n=46)	0,00	0,19	0,13

### 2.4.3 Fazit

Die Gemeinschaftsorientierung der Angebote an den Standorten ist stark ausgeprägt. Das zeigt sich nicht nur an dem Anteil der Gemeinschaftswohnungen sowie der Wohnungen, die ein Teil von Hausgemeinschaften sind, sondern auch an den Gemeinschaftsflächen im Innen- und Außenbereich sowie an den Gruppenangeboten zur Freizeitgestaltung.

Zu konstatieren ist ein breites Spektrum an Leistungen an einem Großteil der Standorte. Die meisten der abgefragten Angebote werden an zwei Dritteln bis zu drei Vierteln aller Standorte angeboten. Die Versorgungssicherheit über Nacht ist in den meisten Angeboten sichergestellt und dies sogar zu rund 81 Prozent über die Anwesenheit von Mitarbeitenden.

Die Angaben zum Personal lassen aufgrund der Unterschiedlichkeit der hinter den Angeboten stehenden Konzeptionen nur vorsichtige Schlussfolgerungen zu. Die wichtigste Rolle im Personal-

tableau kommt demnach den Pflegekräften zu. Betreuungskräfte und Personal, das weitere u. a. hauswirtschaftliche Dienstleistungen erbringt, ist deutlich schwächer vertreten. Schließlich hat der Einsatz von ehrenamtlichen Kräften einen relevanten Umfang.

## 2.5 Von klassischen Konzepten zu neuen Formen – Zur Konzeptvielfalt

### 2.5.1 Spektrum der Konzepte

Die geförderten Projekte zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige weisen eine breite Konzeptvielfalt auf:

- **Weiterentwicklung klassischer häuslicher Wohnsettings:** Ein Teil der Projekte versucht in der bestehenden Häuslichkeit Leistungen anzubinden, um damit mehr Versorgungssicherheit und soziale Teilhabemöglichkeiten zu gewährleisten. Sie führen Wohnungsanpassungen durch (Hohenlimburger Bauverein eG, Hagen-Hohenlimburg, Projekttyp A), schaffen Begegnungsräume vor Ort oder Stadtteiltreffpunkte im Wohnumfeld (piano e. V., Kassel, Projekttyp B) und aktivieren Ehrenamtliche und die Nachbarschaft (Wohnbau Mainz GmbH, Mainz, Projekttyp A), um das professionelle ambulante Hilfeangebot zu ergänzen – vor allem im Bereich der Alltagshilfen oder niederschwelliger Betreuungsleistungen. Auch versuchen sie, über technische Unterstützungsleistungen die Wohnkontinuität in der vertrauten Häuslichkeit (GESOBAU AG, Berlin, Projekttyp A) zu erhalten. Insbesondere für Menschen mit Demenz versuchen sie, neue Lösungen und angepasst auf die besonderen regionalen Anforderungen eigene Integrationsstrategien für Demenz im Quartier zu entwickeln (APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH, Gelsenkirchen, Projekttyp A). Sie schaffen neue Unterstützungsformen für Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit, über technische Hilfen, über eigene Betreuungsdienste, die als Ergänzung zur pflegerischen ambulanten Versorgung fungieren und den Austausch demenziell Erkrankter in ihrem Zuhause über technische Vernetzung ermöglichen sollen (Hauspflegeverein Solingen e.V., Solingen, Projekttyp A). Über die 24h-Erreichbarkeit eines ambulanten Pflegedienstes im Quartier wird Versorgungssicherheit in der eigenen Häuslichkeit bewirkt (Johanniter-Unfall-Hilfe e. V., Berne, Projekttyp A). Ebenso integrieren sie neue alternative Wohnformen, um mehr Versorgungssicherheit im sozialen Nahraum der Bewohnerinnen und Bewohner herzustellen. Dabei fokussiert man nicht nur auf die Integration von klassischen alternativen Wohnformen wie ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften, sondern experimentiert auch hier mit neuen Wegen. Angeschlossen werden nicht nur

gemeinschaftliche Wohnangebote mit Rund-um-die-Uhr-Betreuung, sondern auch Einzel- und Paarwohnformen, bei denen Rund-um-die-Uhr-Betreuung aus Quartiersstützpunkten ermöglicht wird (Heilhaus Kassel, Kassel, Projekttyp A). Durch einen Wohntypenmix mit Paar- und Singlewohnungen oder Pflegewohngemeinschaften in einem Wohnkomplex oder im Quartier versucht man den unterschiedlichen Bedarfen gerecht zu werden (Albatros gGmbH, Berlin, Projekttyp A). Eine umfassende Sensibilisierung und Vernetzung vielfältiger Akteure aus dem umgebenden Quartier wird durch koordinierende Kräfte initiiert (Club Aktiv e. V. Trier, Trier, Projekttyp B) und Koproduktion im Welfare Mix geschaffen (In der Heimat wohnen GmbH, Bamberg, Projekttyp B). Ziel ist es, Wohnkontinuität für Pflegebedürftige in geteilter Verantwortung zu sichern. Die Nutzerinnen und Nutzer werden durch vielfältige Beteiligungsformen – wie Zukunftswerkstätten, Open-Space-Veranstaltungen, Befragungen – an der Entwicklung bedarfsgerechter Strukturen vor Ort beteiligt (Ev. Diakoniestiftung Herford, Herford und Spenge, Projekttyp A; Ortsgemeinde Gensingen, Gensingen, Projekttyp A). Dabei werden auch neue Rechtsformen erprobt – z. B. eine bürgerschaftlich getragene Genossenschaft –, um die geteilte Verantwortung im Quartier zu stärken (Genossenschaft am Pulvermaar - eine sorgende Gemeinschaft eG, Gillenfeld, Projekttyp A).

- **Weiterentwicklung klassischer alternativer Wohnsettings:** Auch alternative Wohnformen, in die die Bewohnerschaft aus ihrer angestammten Häuslichkeit umgezogen ist, weil sie einen gewissen Service und Ansprechpartner vor Ort bieten (Betreutes Wohnen) oder weil sie als gemeinschaftliche Wohnformen (Selbstorganisierte gemeinschaftliche Wohnformen) vielfältigen sozialen Austausch und Teilhabe bei einem hohen Maß an Selbstbestimmung und individueller Lebensgestaltung gewähren, weiten ihre Unterstützungsangebote aus. Sie versuchen, Lücken in der Versorgung zu schließen und damit Wohnkontinuität auch bei wachsendem Hilfebedarf durch gemeinschaftliche Pflege- und Betreuungsarrangements in einer Hausgemeinschaft zu ermöglichen (doMS e. V., Köln, Projekttyp A). Sie integrieren andere alternative Wohnformen, die eher umfassende Versorgungssicherheit bieten können – wie z. B. ambulante Pflegewohngemeinschaften – (Amaryllis eG, Bonn, Projekttyp A). Sie integrieren weitere Leistungsbausteine, indem sie mehr hauswirtschaftliche Hilfen im Alltag und individuelle Intensivbetreuung als Regelangebote im Sinne eines Betreuten Wohnens plus in der Wohneinrichtung verfügbar machen (Seniorenzentrum Martha-Maria Wüstenrot, Wüstenrot, Projekttyp A; Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH, Brilon, Projekttyp B). Andere

offerieren ein Tagesstrukturierungsangebot für Menschen mit Demenz im Betreuten Wohnen (St. Katharinen- und Weißfrauenstift, Frankfurt am Main, Projekttyp D). Auch versuchen sie, klassische alternative Wohnformen für Regionen mit besonderen Herausforderungen – vor allem im ländlichen Raum – weiterzuentwickeln (Ortsgemeinde Merkelbach, Merkelbach, Projekttyp B) und auf die besonderen Bedarfe spezieller Zielgruppen anzupassen (Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH, Stuttgart, Projekttyp A; AHK Pflorgeteam GmbH, Berlin, Projekttyp D) und die Leistungssysteme dieser alternativen Wohnformen stärker aufeinander abzustimmen – z. B. Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung fachlich sinnvoll miteinander zu verknüpfen (AHK Pflorgeteam GmbH, Berlin, Projekttyp D; Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienste gGmbH, Berlin, Projekttyp A) oder eine nutzerorientierte Organisationsentwicklung mit einem Qualitätshandbuch für Pflegewohngemeinschaften zu sichern (Familiengesundheit 21 e. V., Memmingen, Projekttyp B).

- **Weiterentwicklung klassischer Vollversorgungssettings:** Wohnprojekte, die eher aus der Vollversorgung kommen – klassische stationäre Wohnsettings oder auch klassische neue Wohnformen mit hoher Versorgungssicherheit wie ambulante Pflegewohngemeinschaften – legen den Fokus ihrer Weiterentwicklung auf die Stärkung einer individuellen Lebensweise und Selbstbestimmung. Sie wenden neue rechtliche Möglichkeiten für Bewohnergremien – wie z. B. Gesellschaften bürgerlichen Rechts – an, um neben der formalen Selbstbestimmung in der praktischen Umsetzung auch tatsächliche Selbstbestimmung zu stärken (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A). Sie erproben neue Instrumente, um die Nutzerbedürfnisse noch besser zu erfassen – mit neuen Kommunikationskanälen auch für Intensivpflegepatienten in Pflegewohngemeinschaften (Vita Amare GmbH, Tangermünde, Projekttyp D) – und neuen technischen Hilfen (ALPHA gGmbH Demenzkompetenzzentrum, Duisburg, Projekttyp D). Sie versuchen, die Mitarbeitenden mit Qualifizierungsmaßnahmen für die neue, ganzheitliche Betrachtung der Bewohnerschaft (Caritas-Altenhilfe St. Martin Rheinhessen gGmbH, Bodenheim, Projekttyp B) zu sensibilisieren, oder richten eigene Betreuungsstellen in der stationären Pflege ein, wo alle Informationen über die Bewohnerschaft zusammenlaufen sollen, um deren Lebenswelt nicht nur aus ihrem Pflegebedarf, sondern ganzheitlicher in den Blick zu nehmen (Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld, Projekttyp A). Sie ermöglichen – weg von Gesamtpaketen und Tagespauschalen – die Kombination von Leistungspaketen und auch Wahlmöglichkeiten bei den Leistungserbringern, ohne eine kontinuierliche und qualifizierte Leistungsbereit-



stellung zu gefährden, sie beziehen Angehörige und Ehrenamtliche systematisch in die Leistungserbringung ein, um noch bedarfsgerechtere Wohnangebote zu generieren (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A). Teilweise lösen sie die einrichtungsbezogenen Wohnformen auf und wandeln die Wohnangebote in frei mietbare Wohnungen um, die mit umfassenden, frei wählbaren Pflegeleistungen und Tagesbetreuungsmöglichkeiten kombiniert werden können. Der Bewohnerschaft soll damit ein umfassendes Maß an Selbstbestimmung bei hoher Versorgungssicherheit eröffnet werden (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D).

Die Spanne der Konzepte reicht also von häuslichen Wohnsettings, die mehr Versorgungssicherheit ähnlich wie im stationären Bereich gewährleisten wollen, bis hin zu klassischen Vollversorgungs-Wohnsettings, die die Versorgungssicherheit mit zunehmender Selbstbestimmung und individuellen Lebensweisen wie im ambulanten Bereich kombinieren wollen, um den Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer besser gerecht zu werden.

## 2.5.2 Zuordnung nach alter Wohnformtypisierung

Diese Weiterentwicklung neuer Wohnformen hat hybride Wohnformen geschaffen, die damit auch eine Zuordnung der Wohnformen in den ambulanten oder stationären Bereich immer schwieriger macht.

Die klassische Unterteilung der Wohnformen für Pflegebedürftige nach **ordnungs- und sozialrechtlichen** Aspekten hat bislang eine Zuordnung der Wohnformen in den ambulanten oder stationären Bereich vorgenommen (in vielen Länderheimgesetzen wie z. B. im „Gesetz für unterstützende Wohnformen (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) in Baden-Württemberg vom 14. Mai 2014“ werden auch neue Wohnformen danach klassifiziert (Landtag Baden-Württemberg 2014)). Für die hybriden Wohnformen wie im Modellprogramm ist jedoch eine Zuordnung der Wohnkonzepte nach dieser klassischen Zuordnung in ambulante oder stationäre Wohnformen schwieriger. Auch für die Zukunft ist davon auszugehen, dass sich in der Praxis immer wieder neue Kombinationsformen entwickeln, so dass sich mit diesem Klassifikationsschema die Wohnsettings Pflegebedürftiger kaum mehr strukturieren lassen. Es bedarf durch diese Weiterentwicklung eines neuen Wohnformtypisierungs-Schemas, um die vielfältigen Wohnangebote für Pflegebedürftige ordnen zu können und damit auch Erwartungshaltungen bezüglich der Leistungsmöglichkeiten und Leistungsgrenzen transparent zu machen.

Eine andere Möglichkeit ist es, die Wohnformen für Ältere und Pflegebedürftige nach ihrer **konzeptionellen Ausrichtung und nach ihren Leistungsangeboten** zu klassifizieren (u. a. Bertels-

mann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe 2003). Dieses Typisierungsschema wurde zunächst auch für diesen Untersuchungszusammenhang angewendet. Auf dieser Grundlage wurden die Projekte vorläufig sechs Wohnformtypen zugeordnet, die sich vor allem konzeptionell und von ihren Leistungsspektren unterscheiden.

*Tabelle 2-13: Vorläufige Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung*

<b>Wohnformtyp</b>	<b>Konzepte innerhalb des Wohnformtyps</b>
1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	Seniorenwohngemeinschaften Mehrgenerationenwohnprojekte Seniendörfer Virtuelle Seniorenwohngemeinschaften
2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	Solitäranlagen 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 Pflegekleblatt KDA-Quartiershäuser (5.Generation)

*Tabelle 2-14: Verteilung nach Wohnformtypen (n=52)*

<b>Wohnformtyp</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil</b>
1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	1	1,9 %
2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	3	5,8 %
3. Weiterentwicklung des privaten Wohnens	5	9,6 %
4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	25	48,1 %
5. Integrierte Konzepte	15	28,8 %
6. Vollstationäre Pflege	3	5,8 %

### **2.5.3 Zur Notwendigkeit einer neuen Wohnformtypisierung**

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 kombinieren.
- Zum anderen sind die Konzepte sehr 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 Umsetzungsherausforderungen für neue Wohnmodelle zu untersuchen. Die Nutzerinnen und Nutzer stellen je nach Bedarf und Lebenssituation sehr unterschiedliche Anforderungen an neue Wohnformen. Im Rahmen der Untersuchung wurde ein erster Vorschlag für ein Typisierungsmodell entwickelt, das die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner ins Zentrum der Verortung rückt. Welche Nutzerbedürfnisse bei der neuen Typisierung der Wohnformen im Vordergrund stehen und wie eine Zuordnung neuer Wohnformen nach

dem Umsetzungsgrad dieser Nutzerbedürfnisse erfolgen kann, wird in Kapitel 6 erläutert.<sup>21</sup>

#### **2.5.4 Fazit**

Die Projekte des Modellprogramms zeichnen sich durch eine große Konzeptvielfalt aus. Das Spektrum reicht von weiterentwickelten Wohnformen im häuslichen Bereich, die vielfältige Bausteine zur Sicherung der Versorgung integrieren und damit die Wohnkontinuität erhalten, bis hin zu Vollversorgungssettings, die vor allem die Selbstbestimmung und eine individuelle Lebensführung für die Bewohnerschaft ermöglichen. Diese hybriden Wohnformen lassen sich traditionellen Wohnkonzepttypen nur noch schwer zuordnen. Im Rahmen des Modellprogramms wird eine alternative Wohnformtypisierung entwickelt, die die zentralen Nutzerbedürfnisse zum Ausgangspunkt nimmt.

---

<sup>21</sup> An einigen Stellen im Bericht wird im Rahmen der Analyse noch auf die „alte“ Wohnformtypisierung zurückgegriffen, um Untersuchungsergebnisse zuordnen zu können.

# 3 Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen und ihre Umsetzung

## 3.1 Zum Qualitätsverständnis – Nutzerbedürfnisse im Fokus

Wie im Kapitel 1.1 bereits dargelegt, wird in dieser Untersuchung von einem Qualitätsverständnis ausgegangen, das die Nutzerbedürfnisse in den Fokus rückt. Qualität ist hiernach die **Übereinstimmung von Kundenerwartungen mit den Leistungen der neuen Wohnformen unter Berücksichtigung anerkannter fachlicher Standards** (u. a. Hasseler et al. 2016). Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen stellen daher den Bezugsrahmen zur Beurteilung der Qualität in diesem Forschungskontext dar. 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 (Kapitel 1.1.1).

Ob die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer neuer Wohnformen erfüllt werden und damit von einer guten Qualität der Wohnformen ausgegangen werden kann, wurde auf zwei Wegen untersucht:

- Zum einen wurden die **Erwartungen** der Nutzerinnen und Nutzer zu Beginn der Modellförderung erfasst (Baseline-Befragung) und zum Ende der Modellförderung untersucht, inwieweit die Leistungen der neuen Wohnformen mit diesen Erwartungen übereinstimmen (Ergebnisqualitäts-Befragung).
- Zum anderen wurden – orientiert an der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ und der Analyse weiterer Ergebnisse aus der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion – Nutzerbedürfnisse von Pflegebedürftigen eruiert, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich als **fachliche Qualitätsanforderungen** benannt werden und damit auch für neue Wohnformen als nutzergerechtes Anforderungsprofil zugrunde gelegt werden können. Dabei wurden die Besonderheiten neuer Wohnformen im Vergleich zu klassischen Wohnsettings mitberücksichtigt. Aus Nutzersicht wurden im Rahmen dieser Analyse drei Qualitätsanforderungen herausgearbeitet (siehe hierzu Kapitel 1.1.3), die an neue Wohnformen zu stellen sind:
  - „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“
  - „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“
  - „Teilhabe durch soziale Einbindung“

Anhand von ausgewählten Merkmalen, die in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion in Wohn- und Versorgungskontexten als relevant für die jeweilige Qualitätsanforderung benannt werden, wurde untersucht, ob die neuen Wohnformen diese Qualitätsanforderungen erfüllen.

Die Untersuchungsergebnisse für die Projekte zu beiden Aspekten werden im Folgenden dargestellt, um die Qualität der neuen Wohnformen bewerten zu können.

## 3.2 Qualität: Umsetzung von Nutzererwartungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Abgleichs der Nutzererwartungen mit der Einschätzung der Nutzerinnen und Nutzer bezüglich der Umsetzung dieser Erwartungen dargestellt. Dafür wird zunächst die Struktur der Befragten in den Projekten beschrieben und anschließend aufgearbeitet, welche allgemeine Erwartungen sie an die neue Wohnform haben und ob nach ihrer Meinung diese Erwartungen im Wohnprojekt umgesetzt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich viele Erwartungen der Befragten an das Leistungsangebot der neuen Wohnformen mit den fachlich definierten Qualitätsanforderungen decken.

### 3.2.1 Struktur der mündlich Befragten

Zur Erfassung ihrer Erwartungen wurden – wie in Kapitel 1.2 dargelegt – 101 Nutzerinnen und Nutzer der Projekte kurz nach Start des Modellprogramms befragt, was sie von ihrer neuen Wohnform im Hinblick auf Wohnen, Soziales, Hilfe und Pflege erwarten (Baseline-Befragung). Kurz vor Ende des Modellprogramms haben sich 58 Nutzerinnen und Nutzer an der Wiederholungsbefragung beteiligt und angegeben, welche Erwartungen sich aus ihrer Sicht erfüllt haben (Ergebnisqualitäts-Befragung).

#### **Strukturdaten der mündlich befragten Nutzerinnen und Nutzer zur Erfassung der Erwartungen (Baseline-Befragung)**

Die 101 Teilnehmenden an der Baseline-Befragung weisen folgende Strukturen auf:

- Die Befragten sind überwiegend **weiblich**, **hochaltrig** und haben fast alle die deutsche Staatsbürgerschaft. Zwei Drittel der mündlich Befragten sind Frauen, fast die Hälfte ist 80 Jahre und älter und nur knapp jede/-r Zehnte hat einen Migrationshintergrund. Die Teilnehmenden der mündlichen Nutzerbefragung entsprechen in der Sozialstruktur damit weitgehend der Gesamtbewohnerschaft aller Projekte. Zwei Drittel haben einen *einfacheren* schulischen Bildungsabschluss, nur jede/-r Zehnte hat Abitur oder die Fachhochschulreife bzw. erweiterte Ober-schulreife (Tabelle 3-1).

*Tabelle 3-1: Soziale Strukturdaten der Befragten (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Geschlecht</b>		
Weiblich	66	65,3 %
Männlich	35	34,7 %
<b>Alter</b>		
Unter 65 Jahre	13	12,9 %
65 Jahre bis unter 80 Jahre	38	37,6 %
80 Jahre und älter	47	46,5 %
Keine Angabe	3	3,0 %
<b>Herkunft</b>		
Deutsch	92	91,1 %
Spätaussiedler/Eingebürgert (Migrationshintergrund)	9	8,9 %
<b>Lebenssituation</b>		
Alleinlebend (als Einzelperson in Wohnprojekt/Wohnung/Haus)	72	71,3 %
Nicht alleine lebend	29	28,7 %
<b>Schulbildung</b>		
Unterer Bildungsabschluss	62	61,4 %
Mittlerer Bildungsabschluss	18	17,8 %
Höherer Bildungsabschluss	12	11,9 %
Anderer Bildungsabschluss	2	2,0 %
Kein Bildungsabschluss	6	5,9 %
Keine Angabe	1	1,0 %

- In Bezug auf ihren **Gesundheitszustand** sind die Befragten etwas gesünder als das Gesamtsample aller Bewohnerinnen und Bewohner der Projekte. Zum Befragungszeitpunkt hatte gut die Hälfte aller Befragten eine Einstufung als Pflegebedürftige bzw. Pflegebedürftiger.<sup>22</sup> Zum 1.1.2017 wurden mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die bisher geltenden Einstufungen nach Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), Pflegestufen I, II und III durch die fünf neuen Pflegegrade 1, 2, 3, 4 und 5 ersetzt. Nach der Überleitung haben 16,8 Prozent der Befragten keinen Pflegegrad und ein gutes Viertel (28,6 %) den Pflegegrad 2. Mehr als die Hälfte wurde den Pflegegraden 3, 4 und 5 zugeordnet. Insgesamt haben die mündlich Befragten einen geringeren Pflegebedarf als die Gesamtbewohnerschaft der geförderten Projekte. Diese Verzerrung ergibt sich aus der Auswahl der Bewohnerschaft, da nur interviewfähige Personen für die Interviews ausgewählt wurden.

<sup>22</sup> Diese verteilten sich vor der Einführung der Pflegegrade zu etwa zwei Dritteln auf die Pflegestufe I und zu einem Drittel auf die Pflegestufe II, nur 4 % der interviewten Personen haben Pflegestufe III.

- Circa jede/-r Dritte der Befragten leidet unter einer demenziellen Erkrankung. Bei diesen liegt nach eigenen Angaben eine Demenzdiagnose vor. Knapp ein Viertel der Befragten braucht ausschließlich Unterstützung im Haushalt oder eine Begleitung bei Alltagsangelegenheiten, sie haben also Einschränkungen in der Alltagskompetenz. 16,8 Prozent aller Befragten benötigen keine pflegerischen Hilfen oder Alltagsunterstützung (Tabelle 3-2).
- Knapp zwei Drittel der Befragten sind in der Mobilität eingeschränkt, weil sie mindestens eine Gehilfe nutzen. Ein Drittel hat stärkere Mobilitätseinschränkungen, diese Bewohnerinnen und Bewohner können kleinere Strecken nicht mehr selbstständig bewältigen und ungefähr 7 Prozent können ihre Körperlage nicht alleine verändern (Tabelle 3-2).

Tabelle 3-2: Gesundheitliche Strukturdaten der Befragten (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung

	Anzahl	Anteil
<b>Demenzdiagnose</b>		
Nein	68	67,3 %
Ja	33	32,7 %
<b>Pflegegrad</b>		
Kein Pflegegrad	17	16,8 %
Pflegegrad 1	-	-
Pflegegrad 2	24	23,8 %
Pflegegrad 3	36	35,6 %
Pflegegrad 4	20	19,8 %
Pflegegrad 5	4	4,0 %
<b>Mobilitätseinschränkungen</b>		
Nutzung einer Gehilfe	64	63,4 %
kurze Strecken nicht selbst. bewältigbar	33	32,7 %
Körperlage nicht alleine veränderbar	7	6,9 %
keine Mobilitätseinschränkungen	31	30,7 %

- Die Befragten wohnen in unterschiedlichen **Wohnformen**. Nach der zunächst vorgenommenen Wohnformtypisierung wohnt ein Drittel in einer *Ambulanten Wohnform mit umfassender Versorgungssicherheit* (z. B. Pflegewohngemeinschaften oder Wohnformen nach dem Bielefelder Modell), ein Viertel in *Integrierten Konzepten*, jede/-r zehnte Befragte im *Betreuten Wohnen* oder in einem Wohnmodell der *Vollstationären Pflege*. Nur 5 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner wohnen in *Selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen* (Tabelle 3-3).



Tabelle 3-3: Verteilung nach Wohnformtypen (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung

	Anzahl	Anteil
<b>Wohnformtyp 1:</b> Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	5	4,9 %
<b>Wohnformtyp 2:</b> Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	10	9,9 %
<b>Wohnformtyp 3:</b> Weiterentwicklung des Wohnens in angestammter Häuslichkeit	14	13,9 %
<b>Wohnformtyp 4:</b> Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	35	34,7 %
<b>Wohnformtyp 5:</b> Integrierte Konzepte	27	26,7 %
<b>Wohnformtyp 6:</b> Vollstationäre Pflege	10	9,9 %

- **Fast zwei Drittel** der Befragten sind speziell in die aktuelle Wohnform **umgezogen** (n=60). Umgezogen sind die Bewohnerinnen und Bewohner, die im Wohnformtyp *Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen*, *Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service* und im Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* sowie *Vollstationäre Pflege* leben, während die Befragten aus dem Wohnformtyp *Weiterentwicklung des Wohnens in angestammter Häuslichkeit* und des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* nicht umgezogen sind (n=41). Es ist zu beachten, dass einige Bewohnerinnen und Bewohner des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* nur innerhalb des Wohnformangebots umgezogen sind bzw. nur einen Umbau mit anschließender neuer Wohn- und Versorgungssituation erlebt haben, weil es sich hier um Wohnkonzepte handelt, die von einer stationären Einrichtung in eine ambulant betreute Pfliegewohn-gemeinschaft umgewandelt wurden (n=17). Sie werden hier dennoch als umgezo-gene Bewohnerinnen und Bewohner eingestuft, da sich für sie durch die Umwandlung in einen neuen Wohnformtyp eine neue Wohnsituation ergibt. Bei einzelnen Fragen wird diese besondere Situation berücksichtigt, da die Bewohnerschaft nicht immer klar zwischen ihrer Wohnsituation, bevor sie in die Einrichtung gezogen sind und der neuen Wohnsituation durch die Umstrukturierung trennen konnte. Von ihnen liegen daher nicht zu allen Fragen der Wohnsituation Ergebnisse für die Wohnsituation vor dem Umzug vor. Auf der Grundlage dieser Einstufung kann davon ausgegangen werden, dass viele Befragte ihr aktuelles Wohnangebot erst seit Kurzem bewohnen (Befragungszeitpunkt Nov./Dez. 2015). Die Hälfte wohnt erst seit Beginn des Förderzeitraums 2015 im Wohnprojekt bzw. ist kurz vorher eingezogen (Einzug nach Apr. 2014 (n=51): 50,5 %). Die andere Hälfte lebt schon länger in ihrer jetzigen Wohnung, teilweise schon seit vielen Jahren. Hier variiert

die **Wohndauer** von circa zwei Jahren bis über 60 Jahre (Einzug vor Apr. 2014 (n=49): 48,7 %, Rest keine Angaben).

Die umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner (ohne die umgezogene Bewohnerschaft in umstrukturierten Wohnformen) (n=43) wurden gefragt, wie ihre **Wohnsituation vor dem Umzug** in das neue Wohnprojekt war. Von den 43 Personen haben vor dem Umzug fast zwei Drittel alleine gewohnt, ein Viertel hat bei Angehörigen gelebt. Fast alle haben vorher in Privathaushalten gelebt und zwar jeweils zur Hälfte im selbstgenutzten Wohneigentum und zur Hälfte zur Miete (Tabelle 3-4).

*Tabelle 3-4: Wohnsituation vor dem Umzug (n=43) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
Alleine gewohnt	25	58,1 %
Bei Angehörigen gewohnt	10	23,3 %
Mit Partner/-in zusammengelebt	7	16,3 %
Anderes	1	2,3 %
Mietwohnung	21	48,8 %
Eigenheim	16	37,2 %
Eigentumswohnung	4	9,3 %
Keine Angabe	2	4,7 %
Privathaushalt	39	90,7 %
Sonderwohnform	4	9,3 %

- Nur den umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern wurden auch Fragen zu den **Umzugsgründen** gestellt. Auch hier wurde nicht die Bewohnerschaft aus den Wohnformtyp einbezogen, die lediglich eine Umstrukturierung erlebt hat, so dass sich bei diesem Fragenkomplex die Fallzahl auf n=43 reduziert. Nach Aussagen der Befragten sind die häufigsten Gründe für den Einzug in das Wohnangebot die gesundheitliche Verschlechterung und das Fehlen von Unterstützungsleistungen. Es wurde von fast drei Vierteln der Befragten die Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und von mehr als jeder/jedem dritten Befragten die fehlende Unterstützung als Umzugsgrund genannt. Vor allem eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und Stürze mit entsprechenden Folgen wurden wiederholt als Erklärung für den Wohnungswechsel benannt. Hinsichtlich der fehlenden Hilfeleistungen wurde am häufigsten die unzureichende pflegerische Versorgung angeführt, häufiger als fehlende Hilfen im Alltag oder eine fehlende Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Ein Viertel nannte Mängel innerhalb der Wohnung als Umzugsgrund. Knapp jeder zehnte Befragte fand die

Lage der vorherigen Wohnung so schlecht, dass diese für sie einen Wohnungswechsel motiviert hat. Jede bzw. jeder Zehnte gab das Drängen von Angehörigen und Einsamkeit als Gründe an (Tabelle 3-5).

*Tabelle 3-5: Umzugsgründe der Umgezogenen (n=43) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Mängel im Wohnangebot,</b>		
Davon einen/mehrere spezielle/-n Grund/Gründe genannt	<b>11</b>	<b>25,6 %</b>
Nicht barrierefrei	9	20,9 %
Zu groß	3	7,0 %
<b>Mängel in der Wohnlage,</b>		
davon einen/mehrere spezielle/-n Grund/Gründe genannt	<b>3</b>	<b>7,0 %</b>
Schlechte Infrastruktur	2	4,7 %
Zu wenig Kontakte/ Begegnungsmöglichkeiten	2	4,7 %
<b>Gesundheitliche Gründe,</b>		
davon einen/mehrere spezielle/-n Grund/Gründe genannt	<b>26</b>	<b>60,5 %</b>
Demenz	15	34,9 %
Plötzliche Erkrankung	4	9,3 %
Stürze mit Folgen	4	9,3 %
Psychische Erkrankung/ Angst/ fehlendes allgemeines Sicherheitsgefühl	4	9,3 %
<b>Fehlende Unterstützung,</b>		
davon einen/mehrere spezielle/-n Grund/Gründe genannt	<b>17</b>	<b>39,5 %</b>
Keine ausreichende pflegerische Versorgung	12	27,9 %
Fehlende Hilfe im Alltag	8	18,6 %
Keine 24 Stunden-Betreuung	5	11,6 %
<b>Andere Gründe, davon einen/mehrere spezielle/-n Grund/Gründe genannt</b>	<b>11</b>	<b>25,6 %</b>
Empfehlung der Angehörigen	6	14,0 %
Einsamkeit/ Tod Ehepartner/in/ Scheidung	5	11,6 %

### **Strukturdaten der mündlich befragten Nutzerinnen und Nutzer zur Erfassung der umgesetzten Erwartungen (Ergebnisqualitäts-Befragung)**

Die Wiederholungsbefragung und damit die Befragung zur Ergebnisqualität wurde sowohl bei den A- als auch bei den B-Projekten im November und Dezember 2018 durchgeführt. Es lag bei allen erneut befragten Personen mindestens ein Jahr zwischen der ersten Befragung und der Befragung zur Ergebnisqualität. Bei zwei der 19 zunächst befragten Projekte konnte keine erneute Befragung durchgeführt werden. Gründe hierfür waren, dass alle Befragten entweder ausgezogen, verstorben oder nicht bereit waren, erneut an einer Befragung teilzunehmen. In einigen anderen Projekten nahmen aus diesen Gründen auch weniger Personen an der Befragung teil. Bei drei Projekten beteiligten sich alle Befrag-

ten an der Wiederholungsbefragung. Insgesamt wurden von den 101 Befragten 57 Personen (und somit 56,4 %) erneut befragt.

Die 57 Befragten der Ergebnisqualitätsbefragung weisen folgende Strukturen auf:

- Sozialstruktur

Der Vergleich der beiden Samples aus der ersten und zweiten Befragung zeigt, dass sich in der **Sozialstruktur kaum Veränderungen** ergeben haben. Sowohl die Verteilung der Geschlechter als auch die Altersstruktur, die Herkunft und die Lebenssituation der Befragten aus der Wiederholungsbefragung entsprechen tendenziell den Angaben aus der Baseline-Befragung (Tabelle 3-6).

*Tabelle 3-6: Vergleich der sozialen Strukturdaten der Befragten (n=101/n=58) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anteil Befragung Ergebnisqualität (n=58)	Anteil Baseline-Befragung (n=101)
<b>Geschlecht</b>		
Weiblich	63,8 %	65,3 %
Männlich	36,2 %	34,7 %
<b>Alter</b>		
Unter 65 Jahre	15,5 %	12,9 %
65 Jahre bis unter 80 Jahre	37,9 %	37,6 %
80 Jahre und älter	46,6 %	46,5 %
Keine Angabe	0,0 %	3,0 %
<b>Herkunft</b>		
Deutsch	91,3 %	91,1 %
Spätaussiedler/Eingebürgert (Migrationshintergrund)	8,7 %	8,9 %
<b>Lebenssituation</b>		
Alleinlebend (als Einzelperson in Wohnprojekt/Wohnung/Haus)	65,5 %	71,3 %
Nicht alleine lebend	34,5 %	28,7 %
<b>Schulbildung</b>		
Unterer Bildungsabschluss	56,9 %	61,4 %
Mittlerer Bildungsabschluss	17,2 %	17,8 %
Höherer Bildungsabschluss	15,5 %	11,9 %
Anderer Bildungsabschluss	3,4 %	2,0 %
Kein Bildungsabschluss	6,9 %	5,9 %
Keine Angabe	0,0 %	1,0 %

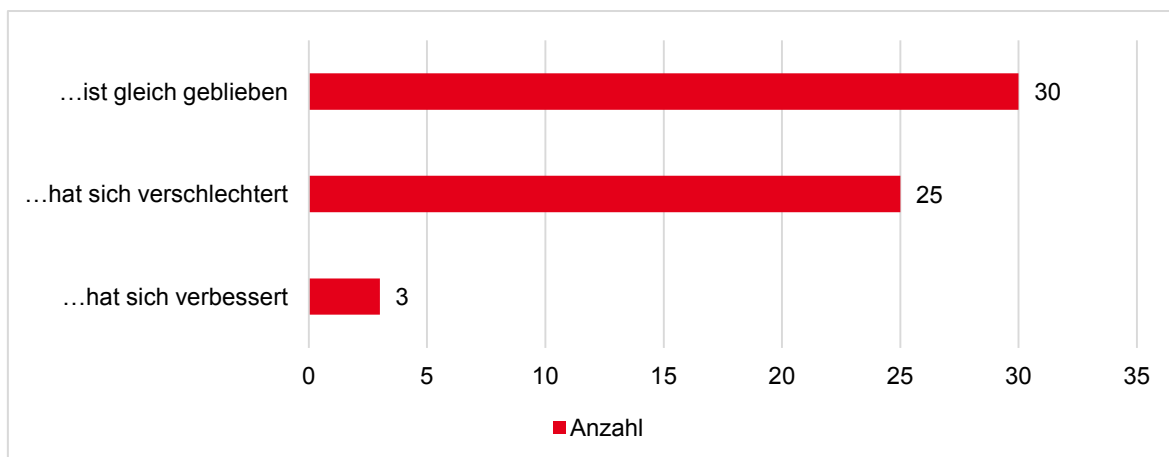
- Ein Vergleich der **gesundheitlichen Strukturdaten** zeigt, dass an der Wiederholungsbefragung zur Erfassung der Ergebnisqualität etwas mehr Bewohnerinnen und Bewohner teilgenommen haben, deren **Gesundheit weniger beeinträchtigt** ist als

die Befragten bei der Baseline-Befragung. So haben 39,7 Prozent gar keine Einstufung als Pflegebedürftige und nur 1,7 Prozent haben den Pflegegrad 5. Ebenso haben nur 13,7 Prozent nach Angaben der Schlüsselpersonen eine Demenzdiagnose (Tabelle 3-7). Diese Verschiebung ergibt sich aus der allgemeinen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der in der Baseline-Erhebung Befragten. Nach eigenen Angaben der Befragten aus der Wiederholungsbefragung hat sich bei fast der Hälfte (43,1 %; bei 25 von 58 Personen) (Abbildung 3-1) der Befragten im Befragungszeitraum der Gesundheitszustand verschlechtert. Die allgemeine Verschlechterung hat dazu geführt, dass vielfach Befragte mit einer schweren Beeinträchtigung an der Wiederholungsbefragung nicht mehr teilnehmen konnten.

*Tabelle 3-7: Vergleich der gesundheitlichen Strukturdaten der Befragten (n=101/n=58) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anteil Befragung Ergebnisqualität (n=58)	Anteil bei Baseline-Befragung (n=101)
<b>Demenzdiagnose</b>		
Nein	86,2 %	67,3 %
Ja	13,8 %	32,7 %
<b>Pflegegrad</b>		
Kein Pflegegrad	39,7 %	16,8 %
Pflegegrad 1	-	-
Pflegegrad 2	3,4 %	23,8 %
Pflegegrad 3	36,2 %	35,6 %
Pflegegrad 4	19,0 %	19,8 %
Pflegegrad 5	1,7 %	4,0 %
<b>Mobilitätseinschränkungen</b>		
Nutzung einer Gehhilfe	63,8 %	63,4 %
Kurze Strecken nicht selbst. bewältigbar	31,0 %	32,7 %
Körperlage nicht alleine veränderbar	6,9 %	6,9 %
Keine Mobilitätseinschränkungen	31,0 %	30,7 %

Abbildung 3-1: Einschätzung der gesundheitlichen Situation im Befragungszeitraum der Befragten aus der Ergebnisqualität-Befragung (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung



- In Bezug auf die **Wohnsituation** wird deutlich, dass die Befragten eine **ähnliche Verteilung** bei den verschiedenen Wohnformen aufweisen, wie in der ersten Befragung. Die Befragten lassen sich zu 6,9 Prozent dem Wohnformtyp „Selbstständige gemeinschaftliche Wohnform“, zu 10,3 Prozent dem Wohnformtyp „Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service“, zu 17,2 Prozent dem Wohnformtyp „Weiterentwicklung des Wohnens in angestammter Häuslichkeit“ und zu 24,4 Prozent dem Wohnformtyp „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“, zu 29,3 Prozent dem Wohnformtyp „Integrierte Konzepte und zu 12,1 Prozent dem Wohnformtyp „Weiterentwicklung vollstationärer Pflege“ zuordnen. Es sind anteilig im Vergleich zur Baseline-Befragung etwas mehr Bewohnerinnen und Bewohner aus „Integrierten Konzepten“ oder der „Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung“ vertreten und etwas weniger aus Pflegewohngemeinschaften.

Etwas **weniger Befragte** der Ergebnisqualität-Befragung sind daher auch **umgezogen**. Statt zwei Drittel wie in der ersten Befragung ist nur rund die Hälfte (53,4 %) speziell in das Projekt eingezogen (31 Umgezogene). 27 sind nicht umgezogen, sondern konnten im Rahmen des Projektes in ihrer eigenen Häuslichkeit neue Leistungen in Anspruch nehmen.

*Tabelle 3-8: Vergleich der Verteilung nach Wohnformtypen  
(n=101/n=58) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anteil Ergebnisqualitäts-Befragung (n=58)	Anteil Baseline-Befragung (n=101)
<b>Wohnformtyp 1:</b> Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	7,0 %	4,9 %
<b>Wohnformtyp 2:</b> Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	10,3 %	9,9 %
<b>Wohnformtyp 3:</b> Weiterentwicklung des Wohnens in angestammter Häuslichkeit	17,2 %	13,9 %
<b>Wohnformtyp 4:</b> Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	24,1 %	34,7 %
<b>Wohnformtyp 5:</b> Integrierte Konzepte	29,3 %	26,7 %
<b>Wohnformtyp 6:</b> Vollstationäre Pflege	12,1 %	9,9 %

### 3.2.2 Allgemeine Zufriedenheit

#### Allgemeine Erwartungen

Im Rahmen der Baseline-Befragung wurde die Erwartungshaltung der Bewohnerinnen und Bewohner kurz nach Einzug in das Wohnprojekt erfasst. Um die Erwartungshaltung zu klären, wurden die Bewohnerinnen und Bewohner allgemein gefragt, warum sie sich für dieses Wohnprojekt entschieden haben und speziell gefragt, welche Erwartungen sie an die Lage, die Wohnung, das Unterstützungsangebot sowie an das soziale Zusammenleben im neuen Wohnprojekt haben.

Fragen zu den Erwartungen an das neue Wohnprojekt wurden allen befragten Personen gestellt. In der Formulierung der Fragen gab es jedoch teilweise Unterschiede: Umgezogene Bewohnerinnen und Bewohner wurden gefragt, warum sie sich gerade für dieses Wohnprojekt entschieden haben bzw. was ihnen hier besonders wichtig ist und welche Erwartungen sie an das Wohn-, Hilfe- und soziale Angebot haben.<sup>23</sup> Nicht umgezogene Bewohnerinnen und Bewohner wurden gefragt, welche neuen Angebote für sie besonders wichtig sind und welche Erwartungen sie an die neuen Angebote im Wohnprojekt haben. Daher wurden die Ergebnisse für die Gruppe der „umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner“ und die Gruppe der „nicht umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner“ jeweils unterschiedlich ausgewertet.

<sup>23</sup> Diese Fragen konnten auch den Bewohnerinnen und Bewohnern in den Pflegewohngemeinschaften gestellt werden, die in Wohnkonzepten leben, die eine Umstrukturierung in einen neuen Wohnformtyp erfahren haben, weil sich auch für sie eine neue Wohn- und Versorgungssituation stellt. Ihre Antworten werden daher im Rahmen der „Umgezogenen“ mit berücksichtigt, sofern sie inhaltlich dazu Angaben machen konnten.

Um die allgemeinen **Erwartungshaltungen der umgezogenen Befragten** einzuschätzen, wurden sie nach ihren Entscheidungsgründen für den Einzug ins Wohnprojekt gefragt. Einen ersten Eindruck bezüglich der allgemeinen Erwartungshaltungen an das Wohnprojekt lässt sich daher aus den Entscheidungen für die Wahl des Wohnprojektes entnehmen. Die umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner (n=60) wurden gefragt: „*Warum haben Sie sich gerade für dieses Wohnprojekt entschieden?*“; „*Was war bei der Entscheidung für dieses Wohnangebot für Sie das Wichtigste?*“ Die Antworten wurden anschließend nach Inhalten geclustert und nach der Häufigkeit der Nennungen ausgezählt (Tabelle 3-9):<sup>24</sup>

Folgende Entscheidungsgründe für das Wohnprojekt haben die Umgezogenen benannt:

- **Ein Drittel** der 60 umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner gab an, sich nicht selbst für dieses Wohnangebot bewusst entschieden zu haben, weil es ihren besonderen Anforderungen entspricht, sondern weil andere das Wohnprojekt für sie stellvertretend ausgesucht haben: „*Mein Bruder hat gesagt, dass ich genau hier hingehen soll. Daher gab es auch keine anderen Wohnmöglichkeiten zur Auswahl ...*“; „*... weil mein Sohn sich dafür entschieden hat ...*“; „*Mein Neffe hat entschieden und mich hierher gebracht ...*“; „*Ich habe mich selbst nicht entschieden, ... das haben meine Kinder entschieden.*“; „*Meine Nichte ist hier beschäftigt und hat empfohlen, dass ich nach der Reha hier einziehen soll.*“; „*Meine Tochter hat gesucht und hier einen Platz gefunden ...*“; „*Meinem Sohn war die vorherige Einrichtung, in der ich war, zu weit entfernt ...*“<sup>25</sup>. Es ist also vielfach keine eigene bewusste Entscheidung für die jeweilige Wohnform bzw. für das Wohnprojekt getroffen worden bzw. **Angehörige** haben diese **Entscheidung getroffen**.
- Bei denjenigen, die sich bewusst für das Wohnangebot entschieden haben, steht der **persönliche Bezug** zum Wohnprojekt vielfach im Vordergrund. Mehr als die  **Hälfte der Befragten** (n=60) nannte als Grund für die Wahl, dass sie das Wohnprojekt kannten, dort persönliche Beziehungen haben, es in der Nähe ihrer vorherigen Wohnung oder in der Nähe des Bekanntenkreises oder in der Nähe von Angehörigen liegt: „*Die Nähe zum Bekanntenkreis war auch wichtig ...*“; „*Die Nichte wohnt*

---

<sup>24</sup> Hier wurden auch die Personen aus dem Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* einbezogen, die eine Umwandlung ihres Wohnprojekts von einer stationären in eine ambulante Wohnform erlebt haben (n=7), da auch dies eine bewusste Entscheidung von den Bewohnerinnen und Bewohnern für diese neue Wohnform erforderlich machte. Bei der Bewertung der Entscheidung für diese neue Wohnsituation ist nicht immer auszuschließen, dass sie Entscheidungsgründe für ihren ursprünglichen Einzug in die Einrichtung mit benannt haben.

<sup>25</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf eine genaue Quellenangabe bei den Interviewzitatzen (Interview-Nummer) verzichtet.



*nah dran ...“; „Es war nicht so weit weg von zu Hause ...“; „Es ist nicht so weit von der Tochter ...“; „Die Tochter ist in XX vor Ort. Sie kommt zu Besuch ...“; „... wegen dem Sohn ...“; „... wegen den Verwandten im Ort. Es gab zu der Zeit keine Alternativen in dem Ort ...“; „Ich komme von hier, daher habe ich mich hierfür entschieden ...“; „... weil ich es kenne. Ich habe im Altersheim gearbeitet ...“; „Weil meine Tochter in der Nähe wohnt ...“; „... die Umgebung ist schön ...“; „Wir haben viele Freunde hier. Wir wollten nicht irgendwohin, wo wir fremd sind ...“; „Es war unser Projekt.“; „Ich bin schon seit mindestens 16 Jahren mit der Einrichtung hier verbunden, weil ich hier auch immer ehrenamtlich gearbeitet habe.“; „Ich kannte hier das Haus – meine ältere Schwester war auch schon hier.“; „Ich komme aus der Gegend und kannte auch die Mitarbeiter“.*

- Häufiger wurde die besondere **Konzeption der Wohnformen** als Entscheidungsgrund genannt. Als Entscheidungsgründe für die Wohnform wurde von vielen hervorgehoben, dass sie hier weiterhin selbstständiger leben können, dass sie ein hohes Maß an Selbstbestimmung haben, dass sie hier die richtige Unterstützung erhalten, man auf ihre besonderen Bedürfnisse eingeht und sie sozial eingebunden sind. Mehr als die  **Hälfte** aller Umgezogenen nannte einen oder mehrere solcher Gründe: „... Dann kann man hier tun und lassen, was man möchte und alles selber machen, was man noch machen kann und möchte ...“; „Wegen den Hilfen und weil eingekauft wird ...“; „Dass man unten 'nen Kontakt hat ...“; „Die Angebote haben mir gefallen. Mitfahrgelegenheit 1 x wöchentlich zum REWE und 1 x in den Ort ...“; „Das ist kein Hilfsprojekt.“; „... Gemeinschaft ...“; „Ich wollte wieder selbstständig sein, ich konnte wieder an den Rhein oder ins Theater, die Gemeinschaft im Haus, Nachbarschaftshilfe ...“; „... Miteinander von Menschen mit und ohne körperliche Beeinträchtigungen“; „... dass man von außen nicht direkt sieht, dass hier beeinträchtigte Menschen wohnen, ... dass es Inklusion ist.“; „... Gemeinsamkeit, dass Menschen da sind, die helfen. Man kann selbst helfen.“; „Es ist kein reines Behindertenprojekt, es leben hier junge, alte, gesunde und behinderte Menschen“; „Das ist wie zu Hause und selbstorganisiert ...“; „... dass es kein deutsches betreutes Wohnen ist, da mein Vater Demenz hat und kaum noch deutsch sprechen kann“; „Er wollte und sollte nicht ins Pflegeheim.“; „... hier haben die Betreuer viel Zeit für die Patienten und es wird die Muttersprache meiner Mutter gesprochen.“; „Die Sprache und dass alle Muslime sind ...“; „Im Seniorenheim ist es wie beim Militär, hier ist es so, dass man zu Hause ist ...“; „Dass hier in der eigenen Sprache gesprochen wird und nach seiner Kultur gekocht wird, war sehr positiv für meinen Vater.“; „Ich habe mich bemüht, hier ins Haus zu kommen, weil es hier die kleine Wohngruppe gibt und es persönlicher ist“.

Tabelle 3-9: Gründe für die Wahl der Wohnform bei Umgezogenen (n=60) – Mündliche Nutzerbefragung

	Anzahl	Anteil
<b>Entscheidungsfindung durch andere</b>		
Angehörige haben entschieden	19	31,7 %
<b>Entscheidung aus persönlichen Gründen</b>		
Nähe zu Angehörigen	17	28,3 %
Nähe zum vorherigen Wohnort/Bekanntenkreis	11	18,3 %
Persönliche Beziehung zum Wohnprojekt	10	16,7 %
<b>Entscheidung aus konzeptionellen Gründen</b>		
Bedarfsgerechte Hilfe	13	21,7 %
Gemeinschaft/Austausch mit anderen/Nachbarschaft/Vertraute Freunde	13	21,7 %
Freiheit/Selbstständigkeit erhalten/selbstbestimmt/selbstorganisiert	10	16,7 %
Besondere Wohlfühlfaktoren (wie zu Hause, persönlich, freundliche Mitarbeiter, kein Pflegeheim/Behindertenprojekt)	9	15,0 %
<b>Andere Gründe</b>		
Haus/Wohnung an sich (Barrierefreiheit, Größe, schönes Zimmer, zentrale Lage, Preis)	5	8,3 %

Um die allgemeinen **Erwartungshaltungen der Nicht-Umgezogenen**, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben und durch das Projekt neue Angebote erhalten, zu erfassen, wurden diese nach ihren Wünschen an das neue Angebot gefragt (n=41). Es wurde gefragt „*Welche neuen Angeboten wären für Sie am Wichtigsten?*“ Auch hier wurden die Antworten wieder geclustert und nach ihrer Häufigkeit ausgezählt.

Die Nicht-Umgezogenen haben folgende Erwartungshaltungen an das Leistungsangebot des Wohnprojekts (Tabelle 3-10):

- **Fast allen** waren Angebote zur Verbesserung der **sozialen Kontakte** und Freizeitgestaltung besonders wichtig: „Dass man unten ‘nen Kontakt hat ...“; „Zusammensein mit anderen – die Unterhaltung, die man hat ...“; „Kaffeetrinken und der Handarbeitsverein ...“; „Gespräche und der Kontakt zu anderen Menschen. Einsamkeit ist für mich das Schlimmste ...“; „... Tagesausfahrten ...“ und „... Kinobesuche ...“, „... Freizeitangebote“; „... Veranstaltungsangebote ...“; „... kulturelle Angebote...“; „... Mietertreffen ...“.
- Mehr als jeder **Dritte** findet **Hilfen im Alltag und mehr Beratung** wichtig, wie z. B. Mahlzeitenangebote oder Einkaufshilfen sowie eine bessere Information und Beratung sowie Begleitung bei Behördenangelegenheiten. Das „Nicht-einkaufen-müssen“, das „Nicht-selber-kochen-müssen“ oder das „gemeinsame Einkaufen und gemeinsame Zubereiten der Mahlzeit, das Essen in

Gemeinschaft, die Tischgespräche“; „Informationen darüber wie die einzelnen Pflegestufen zu erreichen sind, also Beratung ...“; „Man braucht mehr Infos, was einem als pflegebedürftiger Mensch zusteht ...“.

- **Einem Viertel** der Befragten sind Betreuungs- und pflegerische Angebote wichtig sowie **Unterstützungsangebote**, die auf die individuellen Bedarfslagen besonders eingehen und die vor allem die Angehörigen entlasten sollen: „... Dass auch Pflege möglich ist“; „Alle vorgestellten Angebote sind wichtig (Pflege in der Nachbarschaft, Tagespflege, Treffen/Austausch von pflegenden Angehörigen mit gleichzeitiger Versorgung der pflegenden Angehörigen) ...“; „... Unterstützung bei der Betreuung ...“.
- Vielen der Nicht-Umgezogenen ist auch der **barrierefreie Umbau** ihrer Wohnung wichtig sowie die **infrastrukturelle Versorgung im Wohnumfeld**: „Es ist wichtig, dass die Angebote in der Nähe liegen, so dass ich sie erreichen kann.“; „Dass es wieder Einkaufsmöglichkeiten gibt ...“. Mehr als jeder/jedem zehnten Befragten sind barrierefreie Anpassungsmaßnahmen wichtig: „Am wichtigsten ist, dass die Dusche umgebaut wird und dass eine kleine Stufe zum Balkon gebaut wird ...“; „... dass was an der Badewanne/Dusche gemacht wird ...“; „Vielleicht für später wäre eine Halterung an der Dusche gut ...“; „Barrierefreiheit und dass man alleine aus der Wohnung kann und nicht nur mit fremder Hilfe, dass die Aufzüge funktionieren“.

*Tabelle 3-10: Allgemeine Wünsche der Nicht-Umgezogenen (n=41) an die neuen Angebote – Mündliche Nutzerbefragung*

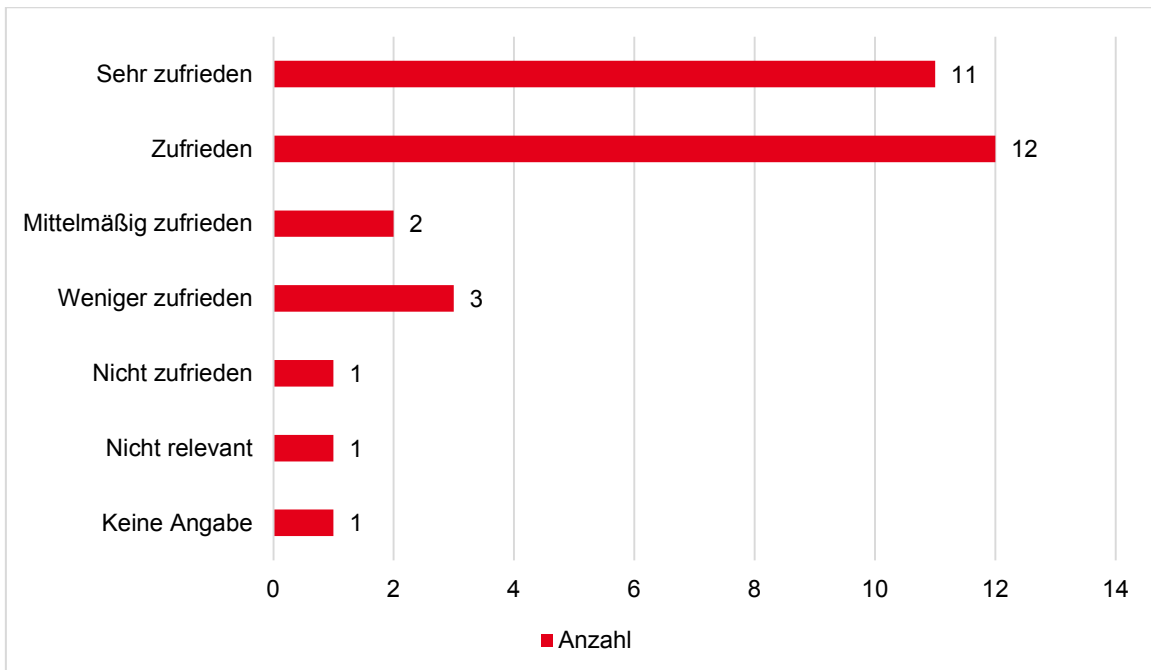
	Anzahl	Anteil
<b>Soziale Kontakte</b>		
Gesellschaft/Kontakt zu anderen Menschen	18	43,9 %
Gemeinsame Aktivitäten/Tagesausflüge	12	29,3 %
<b>Hilfen</b>		
Zielgruppenspezifische Angebote/ Betreuung/Pflege	11	26,8 %
Beratung/Begleitung bei Behördenangelegenheiten	9	22,0 %
Hauswirtschaftliche Hilfen (z. B. Mahlzeitendienste)	6	14,6 %
<b>Infrastruktur</b>		
Nähe der Angebote zum Wohnort	3	7,3 %
<b>Barrierefreiheit</b>		
Umbau Wohnung für mehr Barrierefreiheit	6	14,6 %
<b>Anderes</b>		
Alle neuen Angebote sind mir wichtig	6	14,6 %
Weiß nicht/keine sind mir wichtig	2	4,9 %

## Umsetzung der allgemeinen Erwartungen

Um zu erfassen, ob diese Erwartungshaltungen erfüllt wurden, wurden die Bewohnerinnen und Bewohner am Ende der Modellförderung zu ihrer Zufriedenheit mit dem Wohnprojekt befragt. Subjektives Erleben von Zufriedenheit und Wohlbefinden sind Schlüsselindikatoren für hohe Lebensqualität. Das Erleben von **Zufriedenheit wird mit dem Abgleich von einer individuellen Erwartung und des tatsächlich eingetretenen Ereignisses** gleichgesetzt. Im Rahmen der zweiten Befragung zur Erfassung der Ergebnisqualität wurden die Bewohnerinnen und Bewohner befragt, wie zufrieden sie allgemein mit verschiedenen Aspekten des Projektes sind. Die 58 Befragten äußerten folgende Zufriedenheiten:

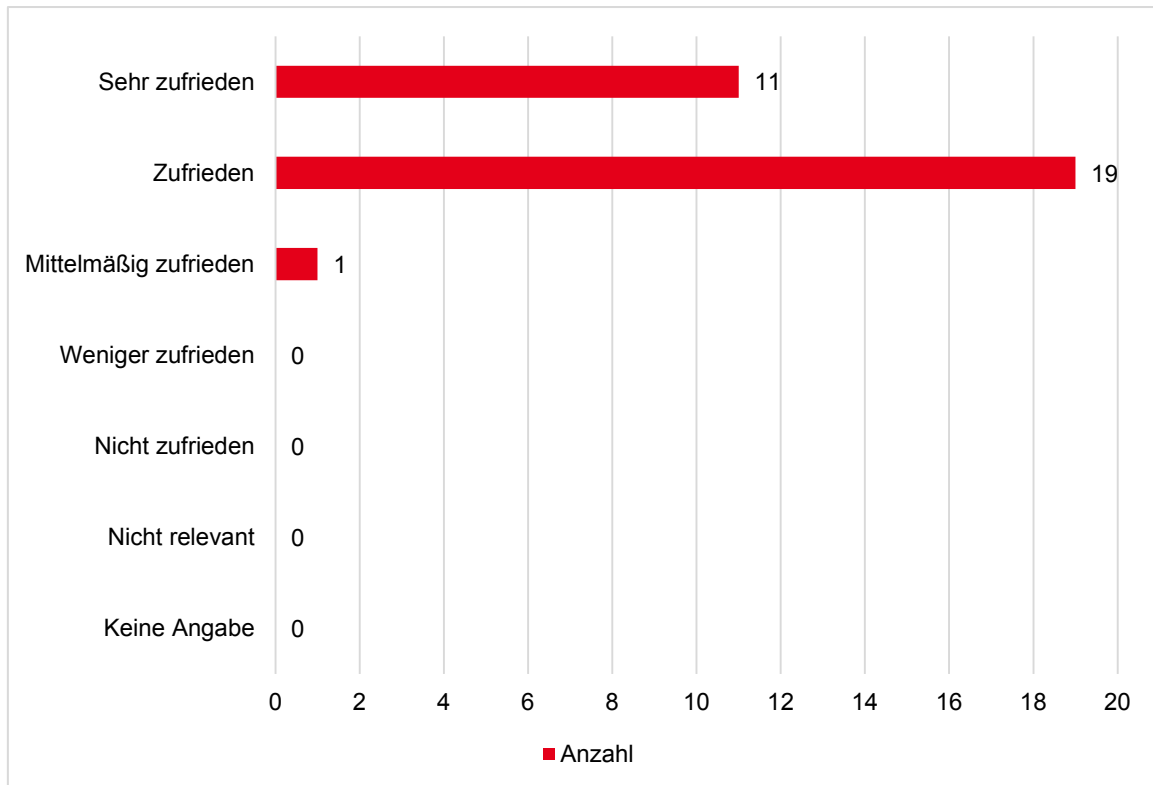
- Hinsichtlich der **Wohnlage** zeigten die Befragten nicht so hohe Erwartungen. Nicht einmal jede/jeder zehnte Umgezogene und auch nicht einmal jede/-r zehnte nicht-umgezogene Befragte äußerte bei der ersten Befragung besondere Erwartungen und Wünsche an die Wohnlage. Auch im Rahmen der Wiederholungsbefragung nannten nur ganz wenige Befragte die Wohnlage des Projektes als den Aspekt, der ihnen am allerbesten gefällt. Die Erwartungen an die Wohnlage scheinen sich allgemein erfüllt zu haben. Drei Viertel (74,2 %) der Umgezogenen gaben in der Wiederholungsbefragung an, dass sie „sehr zufrieden (11 Nennungen) oder zufrieden (12 Nennungen)“ mit der Wohnlage sind, wobei fast die Hälfte „sehr zufrieden“ ist (Abbildung 3-2). **Rund ein Fünftel (19,4 %) ist jedoch „nicht so zufrieden“.** Warum diese Nutzerinnen und Nutzer mit der Wohnlage nicht zufrieden sind, wird bei der Analyse der speziellen Erwartungshaltungen im Kapitel 3.2.3 deutlich.

Abbildung 3-2: Allgemeine Zufriedenheit der Umgezogenen mit der Wohnlage (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung



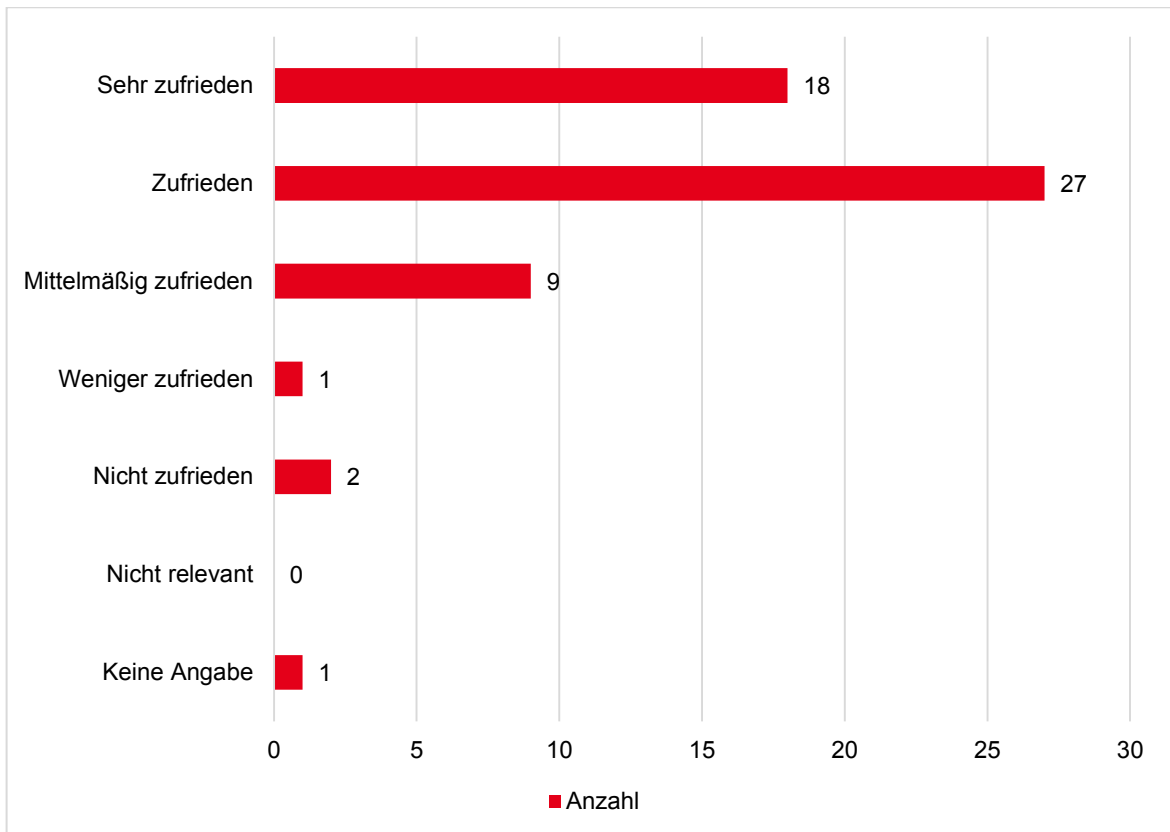
- Verschiedene Erwartungen stellten die Umgezogenen an die **Wohnung bzw. das Zimmer**, in das sie eingezogen sind. Sie wollten vor allem einen eigenen Wohn-/Schlafbereich (80,0 %) und die Sicherung ihrer Privatsphäre (51,7 %), zwei Dritteln ist eine barrierefreie Ausstattung wichtig. Die Möglichkeit, Besuch empfangen zu können, ist 78,3 Prozent wichtig. Diese Erwartungen scheinen sich erfüllt zu haben. Von den umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern gaben in der zweiten Befragung **96,8 Prozent** an, dass sie mit der Wohnung/dem Zimmer, die/das sie bezogen haben „**sehr zufrieden** (11 Nennungen) **oder zufrieden** (19 Nennungen) **sind**“, keine Bewohnerin bzw. kein Bewohner äußerte sich diesbezüglich unzufrieden. Die Bedeutung dieses Bereichs wird auch dadurch deutlich, dass kein/-e Befragte/-r angegeben hat, dieser Bereich sei für ihre/seine Zufriedenheit nicht relevant (Abbildung 3-3).

Abbildung 3-3: Allgemeine Zufriedenheit der Umgezogenen mit der Wohnung/dem Zimmer (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung



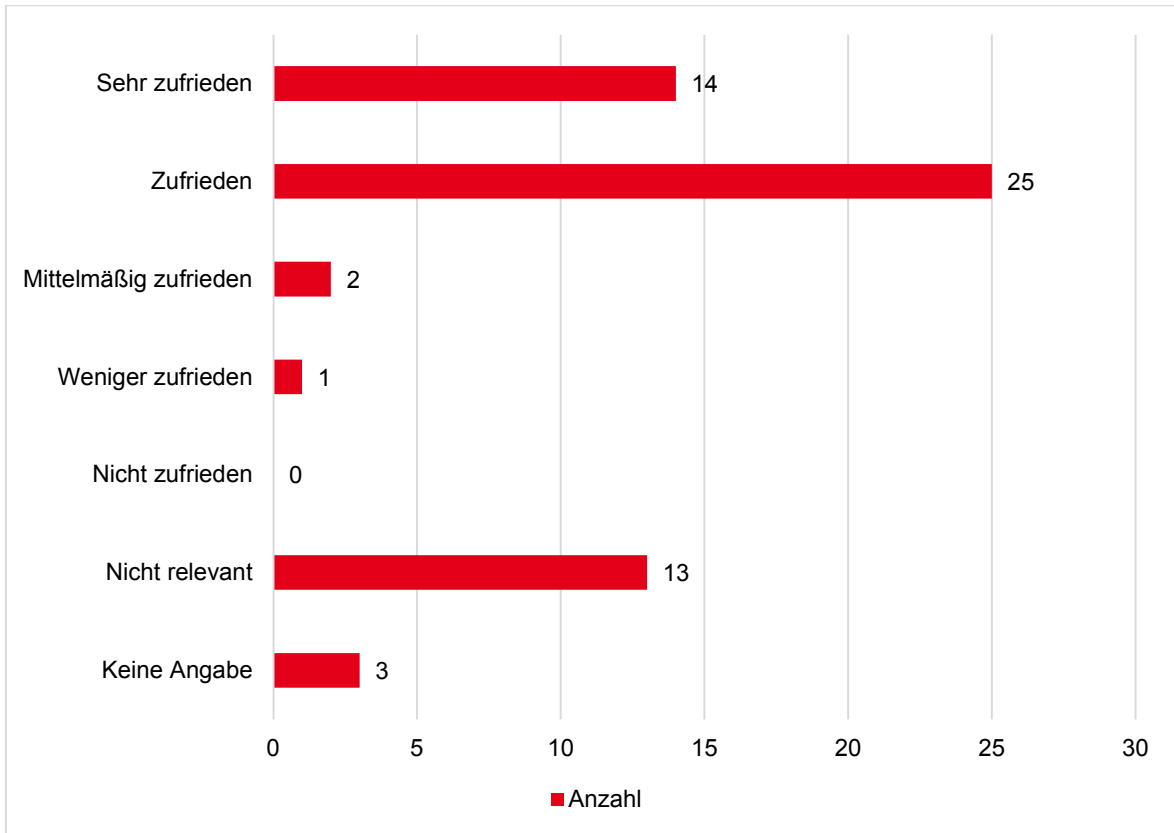
- Auch an das **soziale Zusammenleben** stellten die Befragten vielfältige Erwartungen. Mehr als zwei Drittel wünschen sich mehr Kontakt mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Nachbarinnen und Nachbarn, ein abwechslungsreiches Freizeit-/Kommunikationsangebote und Einfluss auf die Auswahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Zwar gibt es auch hier eine relativ hohe Zufriedenheit, so gaben 77,6 Prozent aller Befragten (n=58) an, dass sie „sehr zufrieden (18 Nennungen) oder zufrieden (27 Nennungen)“ mit dem sozialen Zusammenleben sind. Aber **jede/-r Fünfte (20,7 %)** ist mit dem sozialen Zusammenleben nur **eingeschränkt** (9 Nennungen „mittelmäßig“ bzw. 1 Nennung „weniger“) **oder nicht zufrieden** (2 Nennungen). Allein in diesem Bereich gaben Personen überhaupt an, dass sie „nicht zufrieden“ sind. Auch hier hat kein/-e Befragte/-r angegeben, dass dieser Bereich für ihre/seine Zufriedenheit nicht relevant sei (Abbildung 3-4).

Abbildung 3-4: Allgemeine Zufriedenheit mit dem sozialen Zusammenleben (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung



- Eine Erwartungshaltung in Bezug auf bedarfsgerechte **Hilfen im Alltag** wurde in der ersten Befragung nur von einem Teil der Bewohnerschaft geäußert (rund jede/-r fünfte der Umgezogenen und jede/-r dritte der Nicht-Umgezogenen). Auch in der Wiederholungsbefragung sah **fast ein Viertel** (22,4 %; 13 Nennungen) diesen Leistungsbereich für ihre Zufriedenheit als „**nicht relevant**“ an. Von denjenigen, die Alltagshilfen von der neuen Wohnform erwarten und Angaben zur Zufriedenheit gemacht haben (n=42), äußerten sich jedoch fast alle „sehr zufrieden (14 Nennungen) oder zufrieden (25 Nennungen)“ (92,9 %). **Knapp jede/-r zehnte Befragte** (7,2 %) ist „**mittelmäßig** (2 Nennungen) **oder weniger** (1 Nennung) zufrieden“ (Abbildung 3-5).

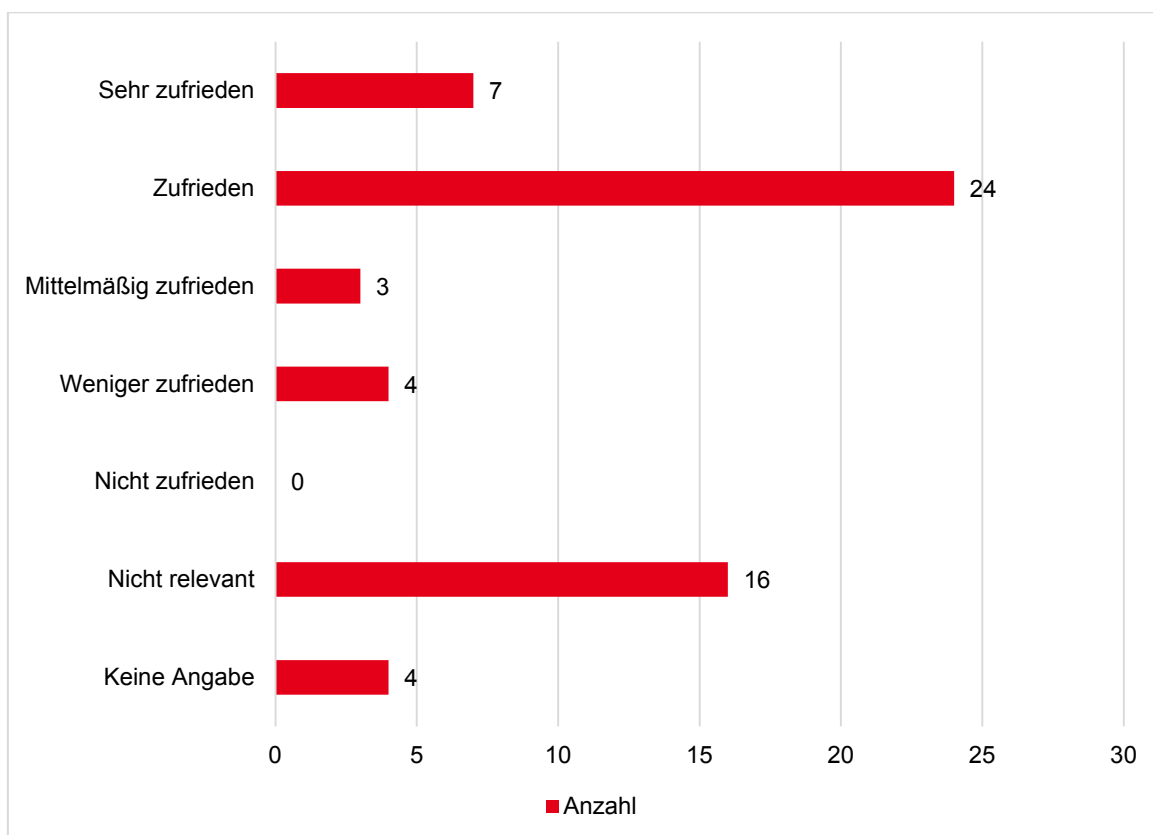
Abbildung 3-5: Allgemeine Zufriedenheit mit den Alltagshilfen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung



- Nur 53,4 Prozent aller Befragten haben in der Ergebnisqualitäts-Befragung angegeben, dass sie allgemein mit den **Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen** „sehr zufrieden“ (7 Nennungen) oder „zufrieden“ (24 Nennungen) sind, wobei sich deutlich mehr lediglich „zufrieden“ äußerten. Noch stärker als bei der Alltagshilfe stuften viele Befragte diesen Bereich als „**nicht für relevant**“ ein (27,6 %; 16 Nennungen), wenn es um die Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Wohnprojekt geht. Von denjenigen, die die Pflege als relevant für ihre Zufriedenheit einstufen und Angaben dazu gemacht haben (n=38) sind 81,6 Prozent „sehr zufrieden oder zufrieden“ (zusammen 31 Nennungen), aber auch **fast jede/-r Fünfte eher unzufrieden** (18,4 %; zusammen 7 Nennungen) (Abbildung 3-6).



Abbildung 3-6: Zufriedenheit mit den Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung



### 3.2.3 Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnlage

Warum die Befragten bei der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Wohnangebot bei einzelnen Punkten Einschränkungen gemacht haben, wird deutlich, wenn man die Leistungsbereiche genauer betrachtet. Daher wurden die Bewohnerinnen und Bewohner auch gefragt, welche Erwartungen sie ganz konkret an die Lage, die Wohnung bzw. das Zimmer, die hauswirtschaftlichen Hilfen im Alltag und die grund- und behandlungspflegerischen Unterstützungsleistungen sowie die Begegnungsmöglichkeiten und Kontakthilfen beim sozialen Zusammenleben haben. Es geht also um die Erfüllung der Erwartungen zu speziellen Aspekten. Die Fragen in Bezug auf die speziellen Erwartungen wurden für die Bewohnerinnen und Bewohner zum Teil unterschiedlich gestellt. Die umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner wurden gefragt, was ihnen in Bezug auf die Lage, Wohnungen, soziale Angebote und Unterstützungsleistungen wichtig ist. Nicht-umgezogene Bewohnerinnen und Bewohner wurden gefragt, was ihnen in Bezug auf eine Verbesserung ihrer Wohn- und Versorgungssituation durch neue Angebote wichtig ist. An den gegebenen Stellen wird bei der Ergebnisdarstellung wieder zwischen Umgezogenen und Nicht-Umgezogenen differenziert.

## Spezielle Erwartungen an die Wohnlage

Bei der Frage zu den speziellen Erwartungen an die **Wohnlage** wurde offen gefragt, „*Was ist Ihnen in Bezug auf die Lage wichtig und was ist Ihnen weniger wichtig?*“. Danach wurden die Aussagen nach gleichen Inhalten geclustert und nach der Häufigkeit der Nennungen ausgezählt. Als „keine Angabe“ wurde gewertet, wenn die Befragten auf die gesamte Frage nicht geantwortet haben und die Frage mit „*weiß nicht*“, „*kann ich nicht mehr sagen*“, „*kann ich nicht beurteilen*“ beantwortet haben.

Von den 60 **umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern** gaben in der Baseline-Befragung 13 Personen an, dass ihnen die Wohnlage **nicht so wichtig** war bzw. sie sich nicht darum gekümmert haben, z. B. weil Angehörige die Auswahl bestimmt haben. „*Das war nicht wichtig – keine Ahnung. Ich komme nicht von hier und das hat ja mein Bruder entschieden*“. Es war auch nicht so wichtig, weil es keine Alternative gab: „*Diese Frage stellt sich nicht, da keine Alternative vorhanden war.*“, oder sie das Umfeld gar nicht wahrgenommen haben: „*Ich habe da gar nicht so viel von mitbekommen. Ich war völlig neben der Spur, als ich hier eingezogen bin*“. Vielfach sind es Bewohnerinnen und Bewohner, die in Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit wohnen, denen die Wohnlage nicht mehr so wichtig ist, da der Service ins Haus kommt: „*Ich bin ja ins Heim gezogen – da ist ja eh alles vor Ort ...*“; „*Das ist nicht wichtig. Hier kommt zum Beispiel der Friseur ins Haus. Um andere Sachen kümmern sich andere ...*“. Eine andere Bewohnerin des gleichen Wohnformtyps gab an, dass die fußläufige Erreichbarkeit zum Beispiel vom Stadtkern nicht so wichtig sei, da sie von ihrem Wohnprojekt aus einen Fahrdienst nutzen könne. Von allen Befragten, die Erwartungen zur Wohnlage geäußert haben (n=51), ist also rund einem Viertel die Wohnlage nicht so wichtig.

Wenn die Wohnlage als **wichtig** eingestuft wurde, wurden folgende speziellen Aspekte als bedeutsam benannt (Tabelle 3-11):

- Die Nähe zum vertrauten Wohnumfeld und der **Erhalt der sozialen Kontakte** sind für die meisten das wichtigste in Bezug auf die Wohnlage. Rund der Hälfte aller Befragten war dies wichtig. Es ist ihnen wichtig, in der früheren Wohngegend und damit in der Nähe des früheren Bekanntenkreises zu wohnen oder in der Nähe ihrer Angehörigen zu leben: „*Meine Tochter wohnt auch nicht weit weg ...*“; „*... dass ich alle Bekannten von früher in der näheren Umgebung habe ...*“; „*Die Nähe zu meiner früheren Wohnung ...*“; „*Es ist nicht so weit weg von meiner Tochter ...*“; „*Ich wäre lieber in der vorherigen Einrichtung geblieben. Bin hierhin, weil das in der Nähe meines Sohnes liegt, aber der kommt jetzt auch nicht so oft vorbei*“. So war es z. B. auch einer Bewohnerin wichtig, dass sie eine Wohnung mit ei-

nem Fenster zur Straße hat, damit sie das soziale Leben dort beobachten kann.

- Daneben ist ihnen eine **fußläufig erreichbare Infrastruktur** bedeutsam. Knapp jede/-r Dritte findet wichtig, dass man das Stadtzentrum und Angebote wie Ärzte, Apotheken, Einzelhandel oder kulturelle Angebote im Wohnumfeld erreichen kann. Das Wohnprojekt „... *liegt nahe an der Stadt, zu Fuß dort hinkommen zu können ist gut* ...“. Wichtig ist den Bewohnerinnen und Bewohnern, dass es „... *möglichst nahe am Stadtzentrum* ...“; „... *nicht weit zum Stadtkern* ...“, dass es in der „... *Nähe der Innenstadt* ...“ ist, „... *Einkaufsmöglichkeiten* ...“ in der Nähe sind sowie dass es „... *gut angebunden, ... der ÖPNV* ...“ in der Nähe ist.
- Mehr als jeder/jedem zehnten Befragten ist auch eine **naturverbundene Lage** wesentlich. „*Die Natur. Die Luft ist hier besser als in der Stadt.*“, dass das Wohnangebot „... *in der Natur ist* ...“; „... *Nicht an der Hauptstraße* ...“, dass es „... *einen Garten gibt und Möglichkeiten zum Spazieren gehen* ...“; „...*Wohnen direkt an zwei Flüssen* ...“; „*Die Nähe zur Natur war wichtig. Ob die Stadt in der Nähe ist, ist mir egal* ...“; „... *dass es schön im Grünen liegt und von Wäldern umgeben ist – das schöne Landschaftliche* ...“.
- Von zwei Personen wird bedauert, dass das Wohnumfeld nicht **barrierefrei** ist und man es daher nicht mehr selbst nutzen kann: „*Es ist schwierig, hier was zu erreichen mit dem Rollator ... Es ist hügelig und die Bürgersteige müssten abgesenkt werden* ...“.

Tabelle 3-11: Erwartungen der Umgezogenen an die Wohnlage (n=60) – Mündliche Nutzerbefragung

Anforderung an Wohnlage	Anzahl wichtig	Anzahl k. A.	Anteil wichtig
Nähe zu Angehörigen	23	4	38,3 %
Fußläufig erreichbare Infrastruktur	17	4	28,3 %
Erhalt sozialer Kontakte durch Nähe zur früheren Wohnung/zum früheren Bekanntenkreis	12	4	20,0 %
Nähe zur Natur/nicht so dichte Bebauung	8	52	13,3 %
Barrierearme Gestaltung	2	58	3,3 %

Die **nicht-umgezogenen Befragten**, die in *Integrierten Wohnkonzepten* bzw. in Projekten mit *Weiterentwicklung des Wohnens in angestammter Häuslichkeit* (n=41) leben, äußerten sich vielfach zufrieden mit der Wohnlage: „*Mit der Straßenbahn sind es nur*

*zwei Stationen bis zu dem Stadtteil, in dem wir vorher gewohnt haben...*“ oder sagten, dass ihnen Veränderungen im Wohnumfeld nicht so wichtig seien. Jedoch auch einigen Nicht-Umgezogenen waren Veränderungen im Wohnumfeld wichtig, damit es passgenauer auf ihre Bedarfe ausgerichtet wird:

Vielen war die **Erreichbarkeit der infrastrukturellen Angebote** wichtig und sie kritisierten ihre aktuelle Wohnlage in dieser Hinsicht: *„Im Verhältnis dazu, wie viele Leute hier wohnen, ist die Infrastruktur wenig ...“* oder *„Die Ärztin ist fußläufig zu erreichen – das ist gut. Die Apotheke hat leider geschlossen, so dass man über große Straßen muss, um dahin zu kommen ...“*, besser wären *„... näher gelegene Einkaufsmöglichkeiten ...“*; *„Was fehlt, ist eine Stelle von der Sparkasse, wo man Geld abholen kann“*. Verbesserungen im Hinblick auf eine fußläufig erreichbare Infrastruktur waren also den meisten Befragten dieser Gruppe wichtig.

Einigen Befragten war auch die **barrierearme Gestaltung** der Umgebung essenziell: *„Wenn ich in eine Wohnung ziehe, die behindertengerecht ist, muss alles andere auch so sein ...“*, *„Eine behindertengerechte Infrastruktur. Ich kämpfe darum ...“*.

### **Umsetzung der speziellen Erwartungen an die Wohnlage**

In der Wiederholungsbefragung wurden die Umgezogenen (von n=58 Wiederholungsbefragten n=31 Umgezogene) befragt, ob sich ihre Erwartungen an die Wohnlage erfüllt haben (Tabelle 3-12).

Wie oben bereits dargelegt, besteht mehrheitlich eine allgemeine Zufriedenheit mit der Wohnlage. Für rund jede/-n Fünfte/-n haben sich aber die Erwartungen an das Wohnumfeld nicht erfüllt.

- Rund die  **Hälfte**  der Umgezogenen, für die dieser Bereich relevant ist, gab an, dass ihnen die **Nähe zum früheren Wohnumfeld oder zu alten Freunden** fehlt, das kritisieren sie sogar häufiger als die fehlende Nähe zu Angehörigen. *„Die Umgebung gefällt mir hier nicht...da wo ich vorher gewohnt hab, da sind alle Bekannte und Freunde – hier nicht“*; *.... Aber sie können hier auch übernachten, das ist gut“*; *„... ich hatte da auch ganz viele Kontakte ... das fehlt hier, aber man kann ja nicht alles haben“*; *„Ich hatte auch ein gutes Verhältnis zu den Nachbarn von früher, das fehlt einem hier ein bisschen“*; *„Früher wohnte ich in einem ganz anderen Umfeld, wo ich mich sehr wohl gefühlt habe“*; *„Meine Angehörigen wohnen weit weg ...“*, *„Die Angehörigen wohnen viel zu weit weg“*.
- Ein **Drittel war nicht zufrieden mit der barrierearmen Gestaltung** des Wohnumfeldes oder der **Erreichbarkeit infrastruktureller Angebote**, was eine selbstständige Lebensführung erschweren kann. *„Alles ist sehr weit weg ...“*; *„Die Verkehrsverbindungen sind schlecht“*; *„Was hier fehlt, sind Cafés, nette in-*

*formelle Treffs und Kneipen“; „Mit den Ärzten ist es hier in der Umgebung schlecht“, „Geschäfte sind ok, der ÖPNV ist aber nicht so gut“ oder „Die Wege außen sind nicht gut nutzbar“; „Die Wege sind zu holprig für den Rollator ...“; „Mit der Barrierefreiheit ist es ganz schlecht hier – hier ist eine Hauptverkehrsstraße, da kommt man schlecht rüber – man bräuchte einen Zebrastreifen“; „Es ist schwierig hier... , weil es immer bergauf und bergab geht“; „Alles ist hier nicht so ganz barrierefrei, aber man kommt damit klar“, „Mit der Barrierefreiheit des Wohnumfeldes bin ich weniger zufrieden – aber ... nach einer Ortsbegehung wurde einiges angepasst“; „... die Straßenbahnhaltstelle ist eine Katastrophe und auch im Bürgerzentrum ... gibt es Barrieren“.*

Der Erhalt der sozialen Verortung wird bei der Verbreitung der neuen Wohnformen daher in Zukunft verstärkt in den Blick zu nehmen sein, wenn man den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer gerecht werden will. Auch erfordert die bedarfsgerechte Integration neuer Wohnformen in die sozialen Nahräume eine ganzheitliche sozialräumliche Betrachtungsweise.

*Tabelle 3-12: Zufriedenheit der Umgezogenen mit der Wohnlage (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung*

	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Zufrieden</b>	<b>Weniger zufrieden</b>	<b>Nicht relevant</b>	<b>Keine Angabe</b>
Nähe zu früheren Wohnumfeld	4	12	7	4	4
Nähe zu alten Freundinnen/Freunden und Nachbarinnen/Nachbarn	3	9	8	6	5
Nähe zu Angehörigen	6	17	5	0	3
Fußläufig erreichbare Infrastruktur	9	11	6	4	1
Nähe zu Grünanlagen	11	15	1	2	2
Barrierearme Gestaltung Wohnumfeld	2	18	7	0	4

### 3.2.4 Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung/dem Zimmer

#### Spezielle Erwartungen an den Wohnraum

Von allen, die Erwartungen an die Wohnraumgestaltung genannt haben (n=58), ist jeder/jedem Achten die Zimmer-/Wohnungsgestaltung nicht so wichtig. Die anderen umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner haben konkrete Qualitätsanforderungen benannt. Einige nannten Aspekte der **Barrierefreiheit** als wichtiges Ausstattungsmerkmal, sie äußerten z. B.: „*Keine Stufen innerhalb der Wohnung zu haben, war mir sehr wichtig ...*“, „*Barrierefreiheit war mir erst nicht wichtig, ist aber praktisch ...*“, „*Alles was mit Stufen zusammenhängt, is' nicht ...*“, „*... Aufzug im Haus ...*“. Für andere waren die Räumlichkeiten wichtig. Häufig nannten die Befragten, dass ihnen ein **eigenes Zimmer und ein eigenes Bad** sehr wichtig seien: „*Hauptsache war, dass ich ein Zimmer für mich habe.*“, „*Ein eigenes Bad zu haben, war mir sehr wichtig ...*“, oder den Zugang zu einem Balkon und auch die Größe des Zimmers wurden als wichtig bewertet: „*Mir war wichtig: ein schönes, großes Zimmer ...*“, „*Das Zimmer sollte schön groß und hell sein mit großen Fenstern ...*“, „*... dass es wohnlich ist und dass man auf einen Balkon gehen kann ...*“, „*... dass es wohnlich und groß ist und man sich schön bewegen kann ...*“. Neben diesen Ausstattungsmerkmalen nannten einige Befragte weitere Qualitätsanforderungen an die Wohnung/das Zimmer. Sie bewerteten die **Sicherung der Privatsphäre** als wichtig. „*Dass das Zimmer abschließbar ist, war mir erst nicht wichtig, aber jetzt wird es wichtig, da eine Mitbewohnerin immer in fremde Zimmer geht ...*“. „*Ich finde es nicht schön, sich einsperren zu müssen ...*“, weil andere Bewohnerinnen und Bewohner die Privatsphäre verletzen. Ebenso betonen sie die Bedeutung der **individuellen Gestaltungsmöglichkeiten**: „*Eigene Möbel mitnehmen zu können und so einrichten zu können wie man es möchte, war mir wichtig ... und ein schönes Badezimmer ...*“, „*Dass man auch etwas von zu Hause hat*“.

Die Clusterung der Aussagen ergibt folgendes Bild (Tabelle 3-13):

- Nach der Häufigkeitsauszählung ist den meisten Befragten in Bezug auf die Wohnung-/Zimmerausstattung am wichtigsten, einen **eigenen Wohn-/Schlafraum und ein eigenes Bad/WC** zu haben. Mehr als **drei Viertel** der Befragten nannten dies bei den Ausstattungsmerkmalen als wichtig. Die Hälfte findet auch einen Zugang zu einem Freiraum entscheidend.
- Besonders wichtig ist vielen Befragten auch im Zimmer oder in der Wohnung/Wohnanlage, Besuch empfangen zu können. Diese **soziale Komponente** bei der Wohnungsausstattung schätzen fast **80 Prozent** der Befragten.
- Neben diesen Ausstattungsmerkmalen sind den Befragten die Gestaltungs- und Nutzungsmöglichkeiten der Wohnung/des

Zimmers am wichtigsten. Über die **Hälfte** der Befragten schätzt, dass man das Zimmer abschließen kann und damit die **Pri-vatsphäre** gesichert ist und mehr als zwei Drittel schätzen, individuelle Gestaltungsmöglichkeiten zu haben.

- **Zwei Drittel** der Befragten finden es wichtig, dass die Wohnung **barrierefrei** nutzbar ist und dass z. B. keine Stufen und Schwellen oder ausreichende Bewegungsflächen oder ein barrierefreies Bad vorhanden sind.
- Nicht ganz so wichtig werden **technische Ausstattungsmerkmale** (AAL) eingestuft. Hier dürften mangelnde Kenntnis über die technischen Möglichkeiten sowie mangelnde Akzeptanz über die Nutzbarkeit die geringere Bewertung mitbegründen. Aber immerhin **ein Drittel** der Befragten schätzt Unterstützungsmöglichkeiten durch technische Hilfen: *“Ich kann den Aufdrücker/die Gegensprechanlage vom Türöffner jetzt neben den Sessel legen... So kann ich schon ‘mal vom Sessel aus aufdrücken und in der Zeit, in der Paketboten oder auch Pfleger hochgehen, zur Tür kommen.“*

Tabelle 3-13: Erwartungen der Umgezogenen an den Wohnraum (n=60) – Mündliche Nutzerbefragung

	Anzahl wichtig	Anzahl k. A.	Anteil wichtig
<b>Barrierefreiheit</b>			
Keine Stufen zur Wohnung	41	7	68,3 %
Keine Stufe innerhalb der Wohnung	39	9	65,0 %
Bodengleiche Dusche	38	9	63,3 %
Ausreichende Bewegungsfläche im Bad	36	13	60,0 %
<b>Wohnungs-/Zimmerausstattung</b>			
Eigener Wohn-/Schlafraum	48	6	80,0 %
Eigenes Bad/WC	45	4	75,0 %
Zugang zu Freiraum/Garten	32	20	53,3 %
Eigene Terrasse/Balkon	23	15	38,3 %
Technische Ausstattung (AAL)	19	13	31,7 %
Eigene Küche	14	16	23,3 %
<b>Gestaltungs- und Nutzungsmöglichkeiten</b>			
Möglichkeit in Zimmer/Wohnung Besucher empfangen zu können	47	7	78,3 %
Individuelle Gestaltungsmöglichkeit	39	12	65,0 %
Abschließbarkeit der Wohnung/des Zimmers	31	7	51,7 %

In Zusammenhang mit der Frage „Was ist Ihnen in Bezug auf eine Verbesserung Ihrer Wohnsituation wichtig bzw. was ist Ihnen weniger wichtig?“ wurde als **spezielle Erwartung von den Nicht-Umgezogenen** (n=41) immer wieder die barrierefreie Zugänglichkeit und Nutzbarkeit der Wohnung als für sie wichtiges Qualitäts-



kriterium genannt: „Wir sind neu hierhin gezogen, wollten etwas Behindertengerechtes, weil wir nicht mehr so gut laufen können. Hier war alles barrierefrei ...“; „Der Ist-Zustand der Wohnung reicht mir aus. Es ist alles ebenerdig ...“; „Ich bin zufrieden. Die Wohnung ist für den Rollstuhl hergerichtet ...“; „Die Türschwelle zum Bad stört und man bräuchte im Bad Haltegriffe ...“; „... Barrierefreiheit ist wichtig ...“, wichtig ist ein „... rollstuhlgerechtes Bad ...“; „... eine begehbare Dusche wäre sinnvoll ...“; „... eine Möglichkeit um Rollatoren abstellen zu können ...“; „Ich bin schon öfters gestolpert, daher wäre es gut, wenn ich ohne Schwelle auf den Balkon kommen würde ...“. Entsprechend waren folgende Aspekte in Bezug auf die Wohnung wichtig (Tabelle 3-14):

30 von 41 Nicht-Umgezogenen und damit fast **drei Viertel** halten es für **wichtig**, dass sie die **Wohnung ohne Barrieren** erreichen können. Nicht jeder (ca. jede/-r Dritte) wünscht sich jedoch Hilfen oder eine spezielle **Wohnanpassungsberatung** bei der barrierefreien Gestaltung der Wohnung. Dies kann damit zusammenhängen, dass schon viele Wohnungen entsprechend umgestaltet wurden: „... haben uns beim Bad schon beraten lassen und das umbauen lassen ...“ oder, dass die Betroffenen solche Leistungen nicht kennen bzw. Anpassungen wegen des Aufwands scheuen: „Das Bad barrierefrei anzupassen ist nicht mehr relevant, dafür bin ich zu alt ...“ bzw. sich mit den Barrieren arrangieren: „Es gibt Stufen zur Wohnung aber ich habe Strategien gefunden, sie zu gehen ...“.

Auch in dieser Gruppe gibt es Interessentinnen und Interessenten an **technischen Erleichterungen**. Um diese besser nutzen zu können, wünschen sich einige Befragte mehr Unterstützung beim Einsatz von technischen Hilfen und eine bessere Nutzbarkeit: „Beratung bei technischen Hilfen fände ich gut ...“; „Die Technik könnte zum Beispiel viel mehr auf individuelle Bedürfnisse von Behinderten zugeschnitten sein“. Mehr als jede/-r Dritte wünscht sich eine Beratung über die technischen Nutzungsmöglichkeiten.

*Tabelle 3-14: Erwartungen der Nicht-Umgezogenen an den Wohnraum (n=41) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anzahl wichtig	Anzahl k. A.	Anteil wichtig
Haus/Wohnung soll ohne Barrieren erreicht werden können	30	11	73,2 %
Gemeinschaftsräume sollen ohne Barrieren erreicht werden können	30	11	73,2 %
Veränderung der Infrastruktur für bessere Erreichbarkeit von wichtigen Angeboten	21	20	51,2 %
Beratung/Nutzung technischer Hilfen zur Sicherheit	16	25	39,0 %
Beratung über barrierefreie Anpassung der Wohnung	15	26	36,6 %
Hilfe bei barrierefreier Anpassung der Wohnung	11	30	26,8 %



## Umsetzung der Erwartungen an den Wohnraum

In der Wiederholungsbefragung wurden die Bewohnerinnen und Bewohner, die umgezogen sind (n=31), wieder befragt, wie ihre spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung bzw. mit dem Zimmer, das sie bewohnen, ist. Allgemein gab es die höchste Zufriedenheit mit diesen Leistungsangeboten der Wohnprojekte. Von den umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern gaben in der Ergebnisqualitäts-Befragung 96,8 Prozent an, dass sie allgemein mit der Wohnung/dem Zimmer, die/das sie bezogen haben „sehr zufrieden oder zufrieden sind“, „*Das ist doch ehrlich gesagt toll*“. Kein/-e Bewohner/-in äußerte sich diesbezüglich unzufrieden (Tabelle 3-15).

- **Fast alle Bewohnerinnen und Bewohner (96,8 %)** sind „sehr zufrieden oder **zufrieden**“ mit den individuellen Rückzugsmöglichkeiten („*Zurückziehen kann ich mich so, als wenn ich außerhalb eine Wohnung hätte*“); der Wahrung der **Privatsphäre** („*Das mit der Privatsphäre finde ich sehr schön*“) und den individuell zugänglichen Sanitärbereichen und auch den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Privaträume: „*Das mit dem Einrichten finde ich sehr gut sogar – jeder kann es so machen, wie er möchte*“; „*Ich hab es so eingerichtet, wie ich es haben wollte*“, „*Da tut man sich leichter einleben, wenn man noch seine eigenen Sachen hat*“. Ihre Erwartung über eigene **individuelle Rückzugsräume** verfügen zu können, hat sich damit für fast alle Bewohnerinnen und Bewohner der neuen Wohnformen erfüllt. Auch auf die Frage, was ihnen im Projekt am allerbesten gefällt, gaben viele Bewohnerinnen und Bewohner an, dass sie den individuellen Rückzugsbereich im Wohnprojekt besonders schätzen: Mir gefällt am besten, „*dass man sich in seine eigenen 4 Wände zurückziehen kann*“; „*dass ich meine eigene Wohnung habe*“.
- **Nur kleinere Ausstattungsmängel** werden vereinzelt kritisiert: „Es müsste für die Raucher einen eigenen Raum geben“; „Eine Klimaanlage, das ist allerdings relativ teuer“; „Mit der Schelle sind wir gar nicht zufrieden, die hören wir in den Zimmern nicht – die hört man nur im Flur“; „Als Rollstuhlfahrer wäre es hilfreich, eine Tür elektrisch zu öffnen, ohne Schlüssel“; „Elektrische Fensterläden und die Tieferlegung der Fenstergriffe“. Kritisiert wird häufiger das fehlende eigene Bad oder der Zugang zu einem Balkon „Anders geht es ja nicht als dass wir uns die Badezimmer teilen“; „Hier ist nur kein Balkon ...“.
- Die **meisten** sind auch mit der **barrierefreien Gestaltung des Wohnprojektes** „sehr zufrieden oder **zufrieden**“. Nur 6,9 Prozent äußerten hier Unzufriedenheiten („Beim Balkon ist so ‘ne Schwelle und ich kann auf dem Balkon nicht laufen“, „Die Schwellen innerhalb der Wohnung sind noch zu hoch an den Übergängen ...“). Für viele ist diese Gestaltung ein wesentliches Zufriedenheitselement. Keiner stufte es als nicht relevant

für die Zufriedenheit ein und einige Befragte nannten gerade die barrierefreie Gestaltung etwas, was ihnen am Projekt am allerbesten gefällt: „der Haltegriff im Bad“, „die Barrierefreiheit und Möglichkeit des freien Bewegens“, „Das Beste ist die Rollstuhlrampe am Hintergebäude, durch die ich an den Angeboten teilnehmen kann“.

- Größere Unzufriedenheit gibt es mit der **Höhe der Miet- und Nebenkosten. 42,9 Prozent**, die hierzu Angaben gemacht haben, äußerten sich in Bezug auf die Höhe der Miet- und Nebenkosten **„weniger zufrieden“**. „Relativ teuer dafür, was geboten wird“; „Meine ganze Rente, alles geht hier rein“, „Ich bin bei der Miete vom Sozialamt abhängig“, „Es ist hier eines der teuersten Häuser, aber das hat den Grund, dass es hier viele examinierte Schwestern gibt“, „Die Kosten sind ziemlich hoch ...“, „Die Miete, das finde ich ein bisschen hoch“.

*Tabelle 3-15: Zufriedenheit der Umgezogenen mit dem Wohnraum (n=31) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht relevant	Keine Angabe
Individuelle Rückzugsmöglichkeiten	17	13	1	-	-
Sicherung Privatsphäre	15	14	1	-	-
Individuell nutzbare Sanitärbereiche	14	15	1	1	-
Individueller Zugang Freibereiche	7	16	2	5	1
Barrierefreiheit innerhalb Wohnung/Zimmer	9	20	2	-	-
Individuelle Einrichtungs-/Gestaltungsmöglichkeiten	11	15	1	2	2
Technische Ausstattung	4	22	1	4	-
Höhe der Miet- und Nebenkosten	3	11	6	1	10

### 3.2.5 Spezielle Zufriedenheit mit sozialen Aspekten

#### Spezielle Erwartungen an das soziale Zusammenleben

Zur Erfassung der speziellen Erwartungen dieses Themenkomplexes wurden in der Baseline-Befragung allen Personen die Frage gestellt *„Was ist Ihnen in Bezug auf das gemeinschaftliche Zusammenleben wichtig und was ist Ihnen weniger wichtig?“*. Die Erwartungen zum sozialen Zusammenleben werden daher gemeinsam für Umgezogene wie Nicht-Umgezogene betrachtet (n=101).

Die genannte Frage wurde allen offen gestellt. Danach wurden die Aussagen nach gleichen Inhalten geclustert und nach der Häufigkeit der Nennungen ausgezählt. Als „keine Angaben“ wurde gewertet, wenn die Befragten auf die gesamte Frage nicht geantwortet haben.

tet haben und die Frage mit „weiß nicht“, „kann ich nicht mehr sagen“, „kann ich nicht beurteilen“ beantwortet haben.

Nur **neun** der 101 Befragten ist das soziale Zusammenleben **nicht so wichtig**. Von allen Befragten, die Erwartungen an das soziale Zusammenleben gemacht haben (n=97), ist knapp jeder/jedem Zehnten die soziale Einbettung nicht so wichtig. Die soziale Einbettung wurde also von den Befragten häufiger als die Wohnraumgestaltung und die Wohnlage als wichtig eingestuft.

Ein harmonisches Zusammenleben und allgemeine **Kontaktmöglichkeiten** werden von den meisten als wichtig beschrieben: Wichtig ist mir, „... dass man gut miteinander auskommt, keinen Streit hat ...“; „... Gute Nachbarschaft. Dass man sich gegenseitig hilft ...“; „... Treffen am Mittagstisch, Gespräche, Lachen ...“; „... Gemeinschaft ... Zusammen etwas machen ...“; „... dass jemand da ist zum Reden ...“; „Das Zusammensitzen und Sprechen und Essen ist wichtig ...“; „... dass man mit Menschen zusammenlebt, mit denen man sich versteht ...“; „Ich spreche gerne andere Bewohner an. Zu Hause war es einsam genug – jahrelang ...“. Die meisten sind auch zufrieden mit den sozialen Kontakten in ihrem Wohngebiet: „Sie können sich gar nicht vorstellen, wie schön das ist immer mit meinen drei Damen am Tisch ... ich hab hier nie Langeweile ...“; „Alle sind sehr nett ...“; „Wir verstehen uns gut ...“; „Wir vertragen uns alle gut ...“; „Die Hausgemeinschaft ist ganz toll. So was muss man sonst suchen ...“. Bei einigen erscheint die allgemeine Kontaktpflege im Projekt jedoch erschwert und dies wird bedauert: „Sich mit den Leuten unterhalten zu können, wäre schon schön, aber es ist eher eine Demenzgruppe ...“; „Größere Gruppen sind für meine Ehefrau mit Alzheimer schwierig ...“. Gemeinschaft „... ist mir sehr wichtig, findet nicht statt ...“.

Als wichtig werden auch **Freizeitangebote** eingestuft, mit anderen etwas zusammen zu unternehmen, mit ihnen zusammen zu essen, zusammen zu spielen, sich zu unterhalten, gemeinsame Spaziergänge zu machen: „Am Dienstag ist immer gemeinsames Mittagessen – da freut man sich drauf. Mittwoch ist spielen und Donnerstag Frühstück, ... dann freut man sich schon wieder auf den Dienstag. Das geht nicht nur mir so – die anderen fiebern dem Dienstag auch entgegen ...“; „Das gemeinsame Tanzen ist schön. Ich habe auch schon mit 'nem Bewohner getanzt, der ist zwar schon stark dement, aber ich sag Ihnen, tanzen konnte der wie 'ne Eins ...“. Teilweise wird aber auch das Freizeitangebot kritisiert oder nicht gewünscht: „Manchmal ist es langweilig. Manchmal könnte mehr Programm sein ...“; „Da ist nicht viel los in meiner WG. Das ist schade. Wichtig ist, dass ich Austausch hab' mit Anderen ...“; „Es gibt sehr vieles. Manches müsste etwas individueller sein ...“; „Es soll nicht immer nur so Hobby-Gemeinschaften geben. Wichtig ist Kommunikation und Gedankenaustausch ...“; „Ich brauche nicht noch Fremdbespaßung ...“. Und einige wünschen Unterstützung bei der Kontaktpflege „Ich finde es toll und wichtig, kann aber nicht

*immer teilnehmen, weil ich jemanden bräuchte, der mich abholt zu Hause und zu dem Treffen begleitet, alleine kann ich da nicht hingehen ...“; „Mehr praktischen Rat für den Alltag bei den Gemeinschaftsaktivitäten – das wäre gut“.*

Teilweise werden **Selbstbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten** beim sozialen Austausch kritisiert und es wird bedauert, dass nur wenig Möglichkeiten bestehen, auf Entscheidungen Einfluss zu nehmen: *„Einfluss darauf zu haben, wer neuer Mitbewohner wird, wäre schön, aber dies ist nicht möglich ...“; „Die Zusammensetzung der Bewohner wechselt oft, das steht nicht in unserer Macht“; „Die Mitbewohner aussuchen, wäre schon wichtig, aber da hat man ja keinen Einfluss drauf ...“*, Selbstbestimmungsmöglichkeiten im sozialen Bereich sind aber nicht immer gewollt *„Selber zu bestimmen, wie die Nachmittage aussehen sollen, mag ich nicht – ich bin da ein bisschen faul ...“*. Auch *Beteiligungsmöglichkeiten werden geschätzt*. Man sollte die Möglichkeit geben *„... selber aktiv mitzumachen ...“*, *„Es sollten nur Menschen einziehen, die sich auch einbringen wollen“*.

Die Clusterung der Aussagen ergibt folgendes Bild (Tabelle 3-16):

- Besonders wichtig ist den Befragten, **Kontakte** zu haben, sowohl zu den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern als auch zu den Nachbarn. **Zwei Drittel** der Befragten halten dies beim sozialen Zusammenleben für das Wichtigste. Knapp die Hälfte wünscht mehr Kontakt zu Angehörigen.
- Ein abwechslungsreiches **Freizeit- und Kommunikationsangebot** ist fast **drei Vierteln** aller Befragten wichtig.
- **Drei Viertel** halten **Mitbestimmungsmöglichkeiten** bei der sozialen Kontaktaufnahme und rund die Hälfte Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Freizeitangebots für wichtig. Ein Drittel wünscht sich Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Auswahl neuer Bewohnerschaft.
- **Ein Viertel** der Befragten wünscht sich zudem Unterstützung bei der **Kontaktpflege**.

*Tabelle 3-16: Erwartungen an das soziale Zusammenleben (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anzahl wichtig	Anzahl k. A.	Anteil wichtig
<b>Erwartungen an Kontakte</b>			
Mehr Kontakt zu anderen Bewohnern/Nachbarn	69	7	68,3 %
Mehr Kontakt zu Angehörigen (als bisher)	42	12	41,6 %
Gemeinsames Einnehmen von Mahlzeiten	20	81	20,0 %
Gemeinsam etwas unternehmen	16	85	15,8 %
Gleicher kultureller Hintergrund/gleiche Interessenlagen	12	89	11,9 %
<b>Erwartungen an Freizeit-/Kommunikationsangebot</b>			
Abwechslungsreich	72	7	71,3 %
<b>Erwartungen zur Nutzbarkeit von Begegnungsmöglichkeiten</b>			
	57	23	56,4 %
<b>Erwartung an Mitbestimmungsmöglichkeiten</b>			
Selbst bestimmen können, mit anderen Bewohnern/Freunden/Nachbarn, wann man will zusammen zu kommen	74	15	73,3 %
Einfluss auf Gestaltung der Freizeitangebote	47	16	46,5 %
Einfluss auf Mitbewohnerauswahl	39	18	38,6 %
<b>Erwartung an Unterstützungsmöglichkeit bei der Kontaktpflege</b>			
Bei Kontaktaufnahme in der Wohnanlage/im Wohnumfeld	29	26	28,7 %

### **Umsetzung der speziellen Erwartungen an das soziale Zusammenleben**

Die Erwartungshaltungen der Nutzerinnen und Nutzer in Bezug auf soziale Aspekte neuer Wohnformen sind also hoch einzuschätzen – sowohl was die Kontaktwünsche, das Freizeit- bzw. Kommunikationsangebot als auch die Teilhabemöglichkeiten über Mitbestimmung und Mitwirkung angehen. Im Rahmen der Wiederholungsbefragung wurden alle gefragt, ob sich diese Erwartungen erfüllt haben (n=58). Schon bei der Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit gab es Hinweise, dass die Bewohnerschaft hier nicht ganz zufrieden ist. Zwar war auch hier die Mehrheit allgemein zufrieden mit dem sozialen Zusammenleben und die meisten Antworten auf die Frage „Was gefällt Ihnen im Wohnprojekt am allerbesten?“ bezogen sich auf die sozialen Aspekte: Am allerbesten gefällt mir „das Leben in Gemeinschaft“; „der soziale Kontakt“; „die Gemeinschaft und das harmonische Zusammensein ...“; „Die Zukunft: Gestern das Treffen war wieder ein Highlight“, „... dass man mit allen gut auskommt bis jetzt“; „die sozialen Kontakte, die entstanden sind“; „... wenn alle zusammen sitzen, das findet Mutter

gut“, „Man ist nie alleine, wenn man nicht alleine sein will ...“; „... man trifft immer Leute, es ist wie ein kleines Dorf“, „das ganze Zusammenleben“; „der Zusammenhalt in der Wohngemeinschaft“.

Aber in diesem Bereich gibt es auch häufiger Unzufriedenheiten und Erwartungen, die sich anscheinend nicht erfüllt haben. Allgemein war jede/-r Fünfte (20,7 %) mit dem sozialen Zusammenleben nicht ganz zufrieden. Dies ist der einzige Bereich, in dem es eine Zahl an Personen gab, die „nicht zufrieden“ waren. Wo sich Unzufriedenheiten ergeben, wird deutlich, wenn man die Zufriedenheiten mit speziellen Aspekten bei der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens betrachtet (Tabelle 3-17):

- Unzufriedenheit ergibt sich vor allem mit der **Zusammensetzung der Bewohnerschaft** (17,8 % von allen, die hier die Zufriedenheit eingeschätzt haben, waren hier „weniger zufrieden“). Die Befragten oder ihre Vertretung haben auch beschrieben, was sie stört: „Es gibt nur einen, mit dem er sich gut versteht, die anderen haben ihn genervt. Er hat auch mal zu anderen Bewohner gesagt: Kannst du mal deinen Schnabel halten“; „Sie will nicht mal am Tisch mit anderen essen, die anderen sind manchmal gemein ...“, „Wenn sie keine Demenz hätte, wäre sie sicher mit der Zusammensetzung der anderen Bewohner nicht zufrieden“. Einflussmöglichkeiten auf die Zusammensetzung der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner werden teilweise zwar gewährt: „Bei der Auswahl neuer Mitbewohner haben wir einen guten demokratischen Weg, das klappt auch mit dem Vermieter“; „Bei der Auswahl neuer Mitbewohner habe ich sehr viel Einfluss, weil ich im Auswahlgremium bin ...“. Nur jede/-r dritte Bewohnerin bzw. Bewohner war aber „sehr zufrieden“ mit den Einflussmöglichkeiten auf die Auswahl der Mitbewohnerschaft. „Bei den Einflussmöglichkeiten auf die Auswahl neuer Mitbewohner bin ich mäßig zufrieden, weil die Vorgaben machen“. Zwar schätzen sie die Relevanz diese Einflussmöglichkeiten vielfach nicht so bedeutend ein. Dies kann aber damit zusammenhängen, dass sie bisher wenig Erfahrung mit solchen Mitbestimmungsmöglichkeiten haben: „Ob ich mitentscheiden will, wer hier einzieht – nein, ich kann das ja auch nicht beurteilen“; „Bei der Auswahl neuer Bewohner möchte ich nicht mitentscheiden“. Wenn man den Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an neue Wohnformen gerecht werden will, wird man noch mehr Augenmerk auf die Zusammensetzung der Bewohnerschaft legen müssen. Eine Bewohnerin äußerte in diesem Kontext: „Was noch wichtig wäre, ist Konfliktbearbeitung“.
- Unzufriedenheit gab es auch mit der **Kontaktpflege** zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. zu den Angehörigen oder Freunden/Nachbarn. Die Erwartungshaltung der Bewohnerschaft neuer Wohnformen war vielfach mehr Kontakte zu anderen Bewohnern, Nachbarn oder zu den Angehörigen zu haben – teilweise haben sie dafür auch einen Umzug in Kauf genom-

men. Die Erwartungen sind hier nicht immer erfüllt worden: „*Ab 8 Uhr abends kann keiner mehr zu Besuch kommen*“; *Ich würde mir wünschen, dass wir mehr zusammensitzen würden ...*“.

14,9 Prozent der Befragten, die diesen Bereich als relevant ansehen und hierzu Angaben gemacht haben, sind unzufrieden mit den Kontakten zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und 15,9 Prozent sind unzufrieden mit den Kontakten zu Angehörigen. Fast jede/-r Zehnte (8,7 %) war auch nicht zufrieden mit den Hilfen bei der Kontaktpflege: *„Hilfen bei der Kontaktpflege außerhalb der Wohnung sind sehr schlecht – Die Leute müssen sich ein sehr teures Taxis teilen, um irgendwohin zu kommen“*. Die Kontaktpflege mit der Nachbarschaft wird jedoch vielfach als positiv eingeschätzt. *„... wir sind durch das Projekt in Kontakt mit anderen Nachbarn gekommen“*, *„... ich bin mit den Nachbarn sehr zufrieden“*, *... der Kontakt mit den Nachbarn ist gut ...*“. Hier scheint eine besondere Leistung neuer Wohnformen zu liegen, jedoch sehen einige auch das als verbesserungswürdig an: *„... der Kontakt zur Nachbarschaft außerhalb der Gruppenangebote ist eher schwierig“*.

- Hohe Zufriedenheit besteht mit den **Freizeitangeboten** und **Räumlichkeiten** für die Kontaktpflege. Fast 90 Prozent der Befragten sind mit den Freizeitangeboten bzw. Kommunikationsmöglichkeiten zufrieden (89,4 %). In Bezug auf die Räumlichkeiten für die Kontaktpflege sind 83,4 Prozent zufrieden. Bei mehr als jeder/jedem zehnten Befragten haben sich aber auch hier Erwartungen nicht erfüllt. In Bezug auf die Freizeitangebote wird kritisiert: *„Die Freizeitangebote sind zu langweilig“*, *„die Freizeitangebote könnten ein bisschen mehr sein“*; *„Es wird zu spät oder gar nicht mitgeteilt ... was für Aktivitäten stattfinden“*. In Bezug auf die Räumlichkeiten wird kritisiert: *„Für den Rollator ist der kleine Raum zu eng“*; *„Mir fehlt das Gemütliche – für mich ist das hier wie eine Krankenhauskantine“*, *„Es könnte mehr sein an Räumlichkeiten ...*“.
- Ebenso besteht hohe Zufriedenheit mit der **Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten** und Bedürfnisse bei der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens. Vor allem wird immer wieder betont, wie wichtig es ist, dass man sich bei Bedarf zurückziehen kann und nur so viel Gemeinschaft mitträgt, wie man will. *„... Man hat ja einen eigenen Raum, wenn einem was nicht passt, zieht man sich zurück“*; *„jeder kann sich zurückziehen, wenn er möchte“*. Jedoch auch hierzu gab es kritische Äußerungen *„Eigentlich müsste es ein Programm geben für die Dementen und die noch Fitten, aber da ist das Personal überfordert“*; *„Dass alle zusammen im Koran lesen, fände sie gut, Mutter ist mit dem Glauben strenger“*.
- Mit den **Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung des Zusammenlebens bzw. /Freizeitangebots** sowie den Möglichkeiten, sich dabei verantwortlich einzubringen, besteht eine **hohe**



**Zufriedenheit:** „Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung hab ich, das funktioniert gut ...“; „... ich kann immer Vorschläge machen, was bei Freizeitangeboten geplant ist“. Aber es gibt auch hier kritische Stimmen „Man kann mitteilen, was man möchte, aber 95 Prozent von dem, was man sagt, wird nicht umgesetzt“.

- Und einige schätzen, dass sie sich mitverantwortlich einbringen können „Ich bringe mich mitverantwortlich ein, indem ich mithelfe ...“, „Ich engagiere mich hier ehrenamtlich ...“, „ich kann ganz viel mitgestalten ...“; „... da ist die Aufforderung zur Mitarbeit auch immer da“. Von denjenigen die solche **Mitverantwortlichkeiten** als relevant für ihre Zufriedenheit angesehen haben, gaben fast alle an, dass sie „sehr zufrieden oder zufrieden“ sind. Auffallend ist jedoch auch hier der hohe Anteil von BewohnerInnen und Bewohnern, die diese Mitverantwortung nicht für so relevant halten. Zum Teil weil sie dazu nicht mehr in der Lage sind: „... sich mitverantwortlich einzubringen, geht jetzt nicht mehr“; „Ich würde gerne mehr mitgestalten, mache ich aber nicht, weil ich alleine nicht von A nach B komm“. Teilweise wollen sie sich auch nicht einbringen und ihre Ruhe haben: „Die Pfleger versuchen immer wieder, ihn zu animieren, etwas zu machen“. Die Besonderheit neuer Wohnformen – nämlich das verantwortliche Eingebunden-Sein der Bewohnerschaft oder ihrer Vertretung in die Organisation und Umsetzung – erfordert in der Praxis eine Aufklärung, aber auch besondere Begleitung und evtl. eine Einübung.

Tabelle 3-17: Zufriedenheit mit dem sozialen Zusammenleben (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht relevant	Keine Angabe
Freizeitangebote/Kontaktmöglichkeiten	23	24	5	4	2
Räumlichkeiten	18	28	6	4	2
Zusammensetzung Bewohnerschaft	11	34	8	3	2
Kontakt mit anderen BewohnerInnen	14	33	7	3	1
Kontakt zu Angehörigen	24	20	7	5	2
Kontakt zu Nachbarn/Ehrenamtlichen	22	13	1	17	5
Möglichkeiten eigenen Besuch zu empfangen	34	12	1	9	2
Hilfe bei der Kontaktpflege	6	17	2	30	3
Bestimmung Kontakthäufigkeit	23	19	-	13	3
Berücksichtigung Gewohnheiten/Wünsche bei Kontaktpflege	7	21	-	23	7
Einflussmöglichkeiten auf Auswahl neuer MitbewohnerInnen/Mitbewohnern	3	7	1	45	2
Einflussmöglichkeiten Gestaltung soziales Zusammenleben/Freizeitangebote	13	22	1	18	4
Mitverantwortung Gestaltung soziales Zusammenleben/Freizeitangebote	13	10	1	31	3



### 3.2.6 Spezielle Zufriedenheit mit Hilfen im Alltag

#### Spezielle Erwartungen an Hilfen im Alltag

Fragen, welche Hilfen im Alltag man sich wünscht, wurden im Rahmen der Baseline-Befragung allen befragten Personen (n=101) identisch gestellt. Es wurde gefragt: „Was ist Ihnen in Bezug auf eine allgemeine Unterstützung im Alltag wichtig und was ist Ihnen weniger wichtig?“. Es wird daher nicht zwischen Umgezogenen und Nicht-Umgezogenen unterschieden (n=101).

**Nur vier** von 101 **Befragten** sind Alltagshilfen aktuell **noch nicht so wichtig**, weil sie den Alltag noch weitgehend ohne Hilfe gestalten: „Ich mache alles selbst ...“; „Noch kann ich alles alleine“; „Das brauche ich nicht – das mache ich selber“; „Im Moment noch nichts ...“. Alle anderen Befragten, die Erwartungen zu den Alltagshilfen genannt haben (n=96), stufen die Unterstützung im Alltag als wichtig ein: „Ich krieg ja noch nicht mal die Dose auf ... Daher wäre eine Unterstützung im Alltag sehr wichtig für mich.“; „Ich kann's nicht mehr, also ist mir das wichtig ...“; „... wenn man selber nicht mehr so kann, ist man froh, wenn einem geholfen wird ...“; es ist wichtig, „... dass das gemacht wird ...“; „Das wird alles gemacht. Das fand ich ganz schön, dass das so is ...“; „Das wird ja hier alles gemacht. Das war mir auch wichtig – ich hätte das zu Hause gar nicht mehr geschafft ...“; „... dass man sich an den gedeckten Tisch setzen kann und nichts selber zubereiten muss ...“; „Das Personal ist super, was will man noch mehr. Wäsche waschen und alles machen die von A bis Z“.

Jedoch schwanken die Aussagen, welche **Form von Alltagshilfen** als wichtig erachtet wird, die wesentlich durch den Hilfebedarf und die noch bestehenden Unterstützungsstrukturen geprägt ist. Von den meisten werden

- vor allem Wohnungsreinigungshilfen und Hilfen bei der Essenszubereitung als wichtig eingeschätzt: „Es kommt eine Putzfrau – das finde ich gut. Essen wird zubereitet ...“; „Es wäre eine Putzhilfe zum Saubermachen gut und eine Lieferung ins Haus von Supermärkten ...“; „... im Haushalt eine Reinigungskraft zu haben ...“; „Es wäre super, wenn man Waren bestellen könnte und diese einem dann gebracht werden ...“.
- Demgegenüber wird immer wieder hervorgehoben, dass Hilfen bei der Wäschereinigung weniger notwendig sind: „Zum Putzen kommt die Putzfrau jede Woche, die Wäsche mache ich noch selber ...“; „Bekocht zu werden, ist mir sehr wichtig und selber waschen zu können ...“.
- Fahr- und Begleitdienste werden von einigen als wichtig genannt, von anderen eher als unwichtig eingestuft: „Jemand, der mich bei Behördengängen begleitet, habe ich bis jetzt noch

*nicht gebraucht ...“; „Bei Behördengängen begleitet mich meine Tochter, aber einen Fahrdienst nutzen zu können, wäre mir schon lieb ...“; „... Hilfen bei schriftlichen Anträgen ... ich bin ungeübt im Verfassen von Texten ...“; „... dass man eine Hilfe hat, wenn man mal Bürosachen regeln muss ...“.* Jedoch gibt es Bewohnerinnen und Bewohner, die hier auch andere Lösungen favorisieren, um ihre Mobilität zu erhalten: *„Ein Fahrdienst ist mir nicht wichtig – wenn ich wo hin will, nehme ich ein Taxi ...“; „Einen Fahrdienst brauche ich nicht – wenn ich weiter weg will, nehme ich ein Taxi oder ich frage meinen Sohn ...“.*

- Gewünscht werden auch Reparaturdienste oder allgemeine Hausmeistertätigkeiten: *„Jemand aus dem Stadtteiltreff hat sich um kleine Sachen gekümmert, wie z. B. als der Wasserhahn defekt war. Er war der perfekte Hausmeister. Das wäre mir sehr wichtig, dass so einer wieder kommt ...“; „Es fehlt eine Person, die Kleinigkeiten im Haus repariert oder einrichtet ...“.* Einige nannten auch, es sei wichtig, *„... einen Ansprechpartner für Besorgungen und Gespräche...“* zu haben.

Hinsichtlich der **Art und Weise** wie die Hilfen gestaltet sein sollten, betonten die Befragten sehr häufig, dass es ihnen wichtig ist,

- noch Haushaltstätigkeiten selbst machen zu können. Es ist für mich *„... sehr wichtig, möglichst viel selbst zu machen ...“.* Es ist für mich wichtig, *„... dass ich meine Wäsche noch selber machen kann ...“* und einige bedauerten, dass man im Wohnangebot nicht mehr so viel selbst machen kann: *„Was ich noch kann, mache ich selber – aber so viel kann man hier ja nicht selber machen ...“; „... mache vieles noch selbst ...“; „... dass mein Vater weiter Sachen selbstständig machen kann ...“; „... 90 Prozent machen wir selber. Hilfe und Ansprechpartner werden selbst organisiert und finanziert“.* Die Erhaltung der Selbstständigkeit und die Selbstaktivität in diesem Bereich sind demzufolge wesentliche Aspekte. Viele Bewohnerinnen und Bewohner aus *„Integrierten Wohnformen“* oder Projekten des Wohnformtyps *„Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“* betonen auch, dass sie vieles noch selbst machen oder nur Unterstützung von Angehörigen bzw. Nachbarn erhalten und ihnen diese wichtig ist: *„Ich mache alles selbst. Bei Bedarf helfen Kinder ...“; „Noch kann ich alles alleine ...“; „... habe große Hilfe von den Töchtern ...“; „... meine Tochter unterstützt mich bei all dem, was ich nicht kann. Ich möchte nicht auf fremde Hilfe angewiesen sein.“; „Das brauche ich nicht – das mache ich selbst ...“.* Ihnen ist wichtig, dass Ihre Angehörigen entlastet werden: *„Dass meine Tochter entlastet wird ...“; „Wenn es nicht so eine tolle Nachbarschaft geben würde, müssten wir viel mehr Hilfen außer Haus in Anspruch nehmen ...“; „Die Hilfe untereinander ist 100-mal wichtiger als diese Kaffeefahrten von ...“.*

- Einige Befragte heben auch hervor, dass es wichtig ist, bei den Alltagshilfen mitbestimmen und wählen zu können: *„Es ist schon schön, dass man da mitbestimmen kann: Es wird einmal die Woche gefragt: „Was wollt ihr essen? Ich bin dann immer mit dabei und suche aus ...“; „Es ist toll, dass gekocht wird und wir können ... sagen, was wir mögen“; „Man kann, wenn einem etwas nicht passt, schon Einspruch einlegen ...“; „Wichtig ist vor allem, dass ich die Hilfen temporär abrufen kann. Also nur dann, wenn ich sie brauche ...“.* Aber nicht jedem ist dies wichtig: *„Auf Essen habe ich keinen Einfluss, aber das ist auch in Ordnung – bisher hat es mir immer geschmeckt“.*
- Das Anknüpfen an eigene Gewohnheiten und individuelle Bedürfnisse wird ebenso als wichtig benannt *„Das Essen soll wie gewohnt zubereitet werden ...“; „... dass die gewohnten Zeiten eingehalten werden, ist mir wichtig ...“; „Nachbarschaftshilfe, individuell abgesprochen ...“.* Betont wird ebenso die Bezahlbarkeit: *„Wichtig ist vor allem die Bezahlbarkeit ...“; „... Leistungen ohne Pflegestufe sind mir zu teuer, bei meiner kleinen Rente“.*

Nach der Häufigkeit der Inhalte geclustert, ergibt sich folgendes Bild, was den Befragten bei Alltagshilfen am wichtigsten ist (Tabelle 3-18):

- Im Hinblick auf die Form der gewünschten Hilfen waren den Befragten vor allem Hilfen im Haushalt wichtig. Zwei Dritteln der Befragten war mehr Entlastung bei Haushaltstätigkeiten (also Hilfen bei Wohnungsreinigung, Essenszubereitung, Einkaufshilfen) wichtig.
- Circa die Hälfte findet Begleit- und Fahrdienste wichtig, hier äußerten aber auch viele Befragte, dass ihnen externe Hilfe im Alltag nicht so wichtig sei, weil sie andere Lösungen dafür finden.
- Mehr als jede/-r Zweite wünscht eine Beratung vor Ort und bessere Information über die Hilfemöglichkeiten im Alltag.

Tabelle 3-18: Erwartungen an Alltagshilfen (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung

	Anzahl wichtig	Anzahl k. A.	Anteil wichtig
<b>Erwartung an die Form der Hilfen</b>			
Mehr Hilfen bei der Haushaltsführung	64	9	63,4 %
Feste Ansprechpartner vor Ort für die Beratung	63	14	62,4 %
Informationen über Hilfeangebote	62	20	61,4 %
Nutzung eines Fahrdienstes	54	13	53,5 %
Begleitung bei Behördengängen	42	14	41,6 %
Hilfen für Besorgungen/Einkäufe/Lieferservice Supermarkt	7	94	6,9 %
Ansprechpartner für Reparaturen in der Wohnung	4	97	4,0 %
<b>Erwartung an Art und Weise der Hilfen</b>			
Möglichst viel selbst machen zu können/Hilfe als Selbsthilfe	82	7	81,2 %
Frei Hilfen wählen zu können	70	17	69,3 %
Anpassung der Hilfen an Tagesablauf und Gewohnheiten	59	32	58,4 %
Einfluss haben, wie Unterstützung erbracht wird	47	21	46,5 %
Möglichkeit der Beteiligung Angehöriger/Nachbarn/Ehrenamtlicher	41	18	40,6 %
Bezahlbarkeit/Finanzierung (z. B. von Koordinationsstelle)	15	86	14,9 %

Interessant ist auch, dass viele eindeutige Wünsche hatten, wie die Hilfen im Alltag gestaltet sein sollen (Tabelle 3-19):

- Mehr als **drei Vierteln** der Befragten war wichtig, dass sie **Hilfe zur Selbsthilfe** erhalten, damit sie noch viele Dinge selbst machen können. Hilfen bei der Unterstützung der selbstständigen Lebensführung stehen also bei den Befragten im Vordergrund.
- **Zwei Drittel** wünschen sich **Alltagshilfen**, die sie **frei wählen** können und die Hälfte möchte Einfluss darauf haben, wie die Hilfen gestaltet werden, sie betonen also die Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Erbringung der Alltagshilfen.
- Die  **Hälfte** wünscht, dass die Hilfen an den eigenen Tagesablauf und die **Gewohnheiten** angepasst werden.
- Mehr als jeder/jedem **Dritten** ist die **Einbeziehung von Angehörigen/Nachbarn** bei der Erbringung der Alltagshilfen wichtig.
- **Mehr als jede/-r Zehnte** betont die Bedeutung der **Bezahlbarkeit** der Alltagshilfen.

## Umsetzung der speziellen Erwartungen an Hilfen im Alltag

Wie oben bereits dargelegt, besteht bei den Befragten, die diesen Bereich für ihre Zufriedenheit als relevant ansehen, eine allgemeine hohe Zufriedenheit mit den Alltagshilfen der Wohnprojekte. 97,5 Prozent, die hierzu Angaben gemacht haben, sind „sehr zufrieden oder zufrieden“. Jedoch hält auch ca. jede/-r Fünfte diesen Leistungsbereich für nicht so relevant.

In Bezug auf die **Form der Alltagshilfen** heißt dies:

- Auch wenn man nach den Zufriedenheiten mit den **einzelnen Alltagshilfen** fragt, ergibt sich insgesamt eine **hohe Zufriedenheit**. Wenn die Hilfen als relevant eingestuft werden, sind über 90 Prozent der Befragten mit den einzelnen Unterstützungsleistungen aus den Wohnprojekten zufrieden.
- Wenn überhaupt **Unzufriedenheiten** erwähnt wurden, dann beziehen sich diese am Häufigsten auf **Wohnungsreinigungsdienste** („Die Wohnungsreinigung könnte mehr sein ... oft ist es nicht gründlich genug“), Hausmeister-/Reparaturdienste („Es müsste noch Kleinstreparaturen geben“) und **Fahr- und Begleitdienste** („Ich bräuchte jemanden, der mich zum Balkon begleitet“; „Ein Wunsch wäre, dass ich öfters rausgefahren werde, denn die ehrenamtliche Dame kann nur mittwochs kommen. Und ich kann nicht raus, weil keiner da ist, der einen rausfahren kann.“). In Bezug auf die Alltagsbegleitung werden explizit Unzufriedenheiten mit der Personalsituation benannt: „Für Alltagsbegleiter ist zu wenig Personal vorgesehen. Es gibt auch viel Fluktuation bei den Alltagsbegleitern.“; „Es müsste mehr Personal geben, es müssten permanent zwei Personen da sein ...“; „Die gucken immer auf die Uhr ...“.
- Besonders häufig wurden jedoch „Hilfen bei der **Wäscheversorgung, Fahr- und Begleitdienste und Hilfen bei Einkäufen/Besorgungen**“ des Wohnprojektes als nicht so relevant eingestuft: „Das ist nicht relevant – ich helfe eher anderen Leuten und arbeite ehrenamtlich ...“. **Mehr als die Hälfte** der Befragten hält diese Hilfen **nicht für relevant**, zum einen weil sie diese Tätigkeiten häufig noch selbst machen und es privat regeln („Hilfen sind rein privater Natur ... da habe ich ja genauen Einfluss drauf“; „Die Alltagshilfen sind selbstorganisiert“; „Ich nehme nicht das vom Haus in Anspruch, ich habe eine eigene Putzhilfe, weil die hier sehr teuer sind und nicht richtig putzen“; „So viel Hilfe brauche ich noch nicht“) oder ihre Angehörigen und Ehrenamtliche diese Hilfen erbringen: „... beim Einkaufen hilft mein Sohn“; „Ich nehme keine Alltagshilfen in Anspruch, das machen alles die Familienangehörigen“; „Unser Nachbar kauft für uns ein“; „Es wird vieles ehrenamtlich gemacht“.

- Demgegenüber halten die meisten Befragten **Informations- und Beratungsangebote** für relevant, aber hier werden auch häufiger Unzufriedenheiten erwähnt. **Mehr als jede/-r zehnte Befragte** (12,2 %), für den dieser Bereich relevant ist und der die hier Angaben gemacht hat, war mit den Informations- und Beratungsleistungen des Wohnprojektes „weniger zufrieden“: „Es wird zu spät oder gar nicht mitgeteilt, ... was für Aktivitäten stattfinden“; „Informationen kommen sehr spärlich rüber und teilweise fehlgeleitet“; „Mit den Informationen ist es gut, aber wenn man mal ins Krankenhaus kommt, dann erfährt man gar nichts“.

Tabelle 3-19: Zufriedenheit mit den Alltagshilfen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht relevant	Keine Angabe
<b>Form der Alltagshilfen</b>					
Hilfen bei der Zimmer- und Wohnungsreinigung	19	20	4	15	-
Hilfen bei der Wäscheversorgung	7	16	1	34	-
Hilfen bei Einkäufen/Besorgungen	11	16	2	29	-
Hilfen bei der Essenszubereitung	11	19	1	27	-
Fahr- und Begleitedienste	6	13	4	34	1
Hausmeister-/Reparaturdienste	13	27	5	10	3
Informations- und Beratungsangebote	21	20	5	10	2
<b>Art und Weise der Alltagshilfen</b>					
Unterstützung möglichst viel selber zu machen	10	20	1	24	3
Einflussmöglichkeiten bei Gestaltung der Alltagshilfen	13	22	-	20	3
Möglichkeiten an Organisation/Umsetzung der Alltagsgestaltung mitwirken zu können	15	12	-	29	2
Wahlmöglichkeiten der Alltagshilfen	22	20	-	11	5
Anpassung Hilfen an Gewohnheiten/Wünsche/Tagesablauf	15	25	1	16	1
Beteiligungsmöglichkeiten von Angehörigen/Ehrenamtlichen bei Erbringung der Hilfen	14	16	-	25	3
Kosten für Alltagshilfen	6	21	6	13	12

### In Bezug auf die **Art der Alltagshilfen**

- Den meisten Befragten ist bei der Art und Weise der Gestaltung der Alltagshilfen **wichtig**, dass es **Wahlmöglichkeiten** gibt. Und die Wahlmöglichkeiten in den Wohnprojekten sind **durchgängig zur Zufriedenheit der Bewohnerschaft gelöst** worden. Kein/-e Befragte/-r, die/der hierzu Angaben gemacht hat,



war hier „weniger zufrieden“, am häufigsten wurde diese Art der Gestaltung der Alltagshilfen mit „sehr zufrieden“ bewertet. *„Das Angebot ist so aufgefächert und transparent, dass ich das rauspicken kann, was ich brauche“.*

- Die Möglichkeit, in den neuen Wohnformen an der „Organisation/Umsetzung der Alltagsgestaltung“ mitwirken zu können, halten die **meisten für nicht so relevant**. Rund die Hälfte aller Befragten, die hierzu Angaben gemacht haben, stuft diese Art und Weise der Gestaltung der Alltagshilfen als nicht so relevant ein. Auch hier deutet sich an, dass die **Verantwortungsübernahme** bei der Umsetzung neuer Wohnformen von vielen noch nicht ausreichend als konstitutives Element neuer Wohnformen wahrgenommen wird – auch nicht von den Angehörigen *„Ich als Angehörige habe es mir anders vorgestellt, es muss hier viel organisiert werden“*. Die Verantwortungsübernahme scheint aber auch nicht in allen Projekten gezielt gefördert und unterstützt zu werden: *„Dass wir mithelfen im Alltag, ist nicht gewünscht von der Dame, eine Bewohnerin macht mit, alle anderen lassen sich bedienen“*. Für diejenigen, die die Verantwortungsübernahme als wichtigen Bestandteil wahrnehmen (*„Wäscheversorgung, Einkäufe und Essensversorgung sind selbstorganisierte Hilfen. Diese Selbstorganisation ist auch der Vorteil eines solchen Wohnprojektes ...“*), ist diese in den geförderten Wohnprojekten zufriedenstellend gelöst. Hier gab es keine/-n befragte/-n Bewohner/-in, die/der z. B. die „Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Alltagshilfen“ oder die „Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Organisation/Umsetzung der Alltagsgestaltung“ als „weniger zufrieden“ bewertet hat. Für diesen Personenkreis ist die Möglichkeit der Verantwortungsübernahme wichtig: *„Jetzt bei meinem Mann in der ambulanten Pflege-WG ist es mir ganz wichtig, mich einzubringen und manche Dinge trotz der Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu übernehmen“*; *„Ich kann alles, was ich will, in der Küche machen“*.
- Immer wieder wird von Unterstützungsleistungen durch **Nachbarn und Ehrenamtliche** berichtet und diese werden sehr positiv bewertet. Hier äußert sich kein/-e Befragte/-r, für den solche Hilfen relevant sind, unzufrieden mit diesen Unterstützungsleistungen: *„Das klappt hier mit der Beteiligung von Ehrenamtlichen wirklich gut“*. Es ist bei einigen neuen Wohnprojekten zentraler Bestandteil der Umsetzung: *„Es gibt Menschen im Haus, die für mich Einkauf gehen oder mich auch mitnehmen zum Einkaufen, das klappt gut“*; *„Wenn ich zu Fachärzten muss, fahren mich Nachbarn...“*.
- Hohe Zufriedenheit besteht bei den Befragten auch hinsichtlich der **Anpassung der Hilfen an ihre Gewohnheiten und Wünsche**. 97,3 Prozent sind mit der Art und Weise der Gestaltung der Alltagshilfen in dieser Hinsicht **„sehr zufrieden“** oder zufrieden: *„Man kann sagen, was man möchte“*; *„Das Frühstück*

*passt von den Zeiten ...“; „Der Tagesablauf ist wie ich es zu Hause auch gemacht habe“; „Beim Essen darf sich jeder mal was wünschen“; „Wenn ich was beim Essen nicht mag, kann ich das sagen – es wird sehr viel Rücksicht genommen“; „Wir dürfen der Hauswirtschaftsleitung auch sagen, was wir haben wollen“; „Die Essenslieferung kommt auf Porzellanteller und nicht in Plastik, das ist wichtig“. Jedoch werden Wünsche auch zurückgestellt und akzeptiert, dass man sich an die Strukturen anpassen muss „Ob der Tagesablauf passt? Ja, das heißt, ich pass mich einfach an“.*

- In Bezug auf die **Kosten der Alltagshilfen** bestehen die **größten Unzufriedenheiten**. Von denjenigen, die diesen Bereich als wichtig betrachten und hierzu Angaben gemacht haben, waren die wenigsten „sehr zufrieden“ und fast jede/-r Fünfte (18,2 %) „weniger zufrieden“. *„Die Kosten sind hoch, es ist teurer geworden“.* Und man wünscht sich auch mehr Kostentransparenz: *„Ich hätte gerne mehr Informationen, wie sich die Abrechnung gestaltet – man hat keine Einsicht, wie die Krankenkasse abrechnet.“; „Mit den Kosten das ist halt enorm“.*

### 3.2.7 Spezielle Zufriedenheit mit Hilfen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen

#### Spezielle Erwartungen an Gesundheitshilfen

Fragen dieses Themenkomplexes wurden allen befragten Personen gleichermaßen gestellt. Es wurde gefragt: *„Was ist Ihnen in Bezug auf eine Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen wichtig und was ist Ihnen weniger wichtig?“*. Bei der Auswertung wird also keine Differenzierung zwischen den Umgezogenen und Nicht-Umgezogenen vorgenommen (n=101).

**Nur drei von 101** Befragten gaben an, dass ihnen gesundheitliche Unterstützungsleistungen (**noch**) **nicht wichtig** sind: *„Das ist mir noch nicht wichtig ...“; „Ich brauche keine pflegerische Unterstützung ...“; „Im Moment mache ich das soweit wie ich das kann alleine“*. Allen anderen, die Erwartungen an die gesundheitlichen Unterstützungsleistungen gemacht haben (n=101), waren Angebote zur Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen wichtig.

In Bezug auf die **Form der Unterstützung** bei gesundheitlichen Einschränkungen war insbesondere die **ärztliche Versorgung** wichtig: *„Ärzte sind wichtig ...“; „... dass wir hier eine Ärztin haben, zu der man gehen kann ...“; „... die ärztliche Versorgung ...“* ist wichtig, *„... ein dichter ärztlicher Rat ist wichtig ...“; „... dass ich einen Ansprechpartner habe und ein guter Hausarzt vor Ort ist ...“*. Wichtig ist den Befragten weiterhin im **Notfall** entsprechende Hilfe zu bekommen: *„Mir ist wichtig, dass ich weiß, dass jemand kommt ...“; „... wäre mir lieber, dass ich auch nachts Hilfe habe. Sofern es mal so weit kommt, dass ich das brauche, da wäre mir ein Heim*



*schon lieber ...“; „Alleine komme ich nicht mehr hoch. Mein Notruf ist mein Handy ...“; „... es reicht, wenn tagsüber jemand kommt – nachts hol ich die Feuerwehr ...“; „Es ist wichtig, dass zeitnah jemand kommt, wenn ich Hilfe brauche auch nachts und ich nicht wie vorher lange warten muss bis meine Tochter von der Arbeit kommt ...“; „... dass der Hausarzt ins Haus kommt und dass ihm Bescheid gegeben wird, wenn mal was ist ...“.* Es wird bedauert, dass eine Notrufsicherung im Projekt nicht angeboten wird oder eine solche Sicherheit wird als zu teuer erlebt: *„Was ich gar nicht schön finde, ist, dass die keinen Notrufknopf haben ...“; „Über Notrufsicherung habe ich schon mit meiner Tochter gesprochen aber das ist teuer ...“.* Einige sind aber auch verunsichert in der Handhabung und Form, wenn sie solche Hilfen erhalten: *„Die haben mir ein Notrufarmband dran gemacht und das akzeptiere ich. Ich weiß gar nicht wie man damit umgeht – ich werde mich hüten, das zu drücken ...“; „Notrufsicherung ist noch nicht wichtig für mich, aber mich stört es, dass ich dann den Schlüssel an Fremde abgeben müsste“.* Den meisten ist auch die **Versorgungskontinuität** wichtig. Immer wieder wurde von den Befragten hervorgehoben, dass es ihnen wichtig ist, möglichst lange in der Wohnung bleiben zu können und nicht mehr umziehen zu müssen: *„Besonders wichtig ist mir, dass ich nicht mehr umziehen muss, sollte es mir mal schlechter gehen ...“; „... wenn ich nicht mehr kann, kommt aus dem nebenan liegenden Haus der Pflegedienst von der Diakonie. Darum haben wir das ja überhaupt gemacht und sind hierhin gezogen ...“; „... wir wollen in der eigenen Wohnung so lang wohnen bleiben wie nur möglich ...“; „... nicht mehr umziehen zu müssen wäre schön, geht aber nicht ...“.* Dieses Bedürfnis an Versorgungskontinuität gilt es bei neuen Wohnformen besonders in den Blick zu nehmen. Dies umfasst nicht nur Hilfen an den Bedarf anzupassen sondern auch, die Kontinuität vorhandener Unterstützungsleistungen zu sichern: *„Ich finde es gut, dass meine bekannte Haushaltshilfe auch hier weiter putzen kommen kann ...“.*

Hinsichtlich der **Art** der zu erbringenden gesundheitlichen Unterstützungsleistungen gibt es einige Anforderungen, die von den Befragten benannt wurden. Bezüglich der Anforderungen an das **Personal** gibt es keine eindeutige Positionierung. Einfluss auf die Auswahl der pflegenden Mitarbeitenden wird gewünscht *„Es wäre sehr wichtig für mich, das Pflegepersonal selbst auswählen zu können ...“.* Häufiger nannten diese Anforderung Personen, die noch keine Pflegehilfe erhalten. Bei vielen, die schon jetzt pflegerische Hilfe im Wohnprojekt erhalten, war der Wunsch nach Wahlmöglichkeiten begrenzter: *„Wer es macht, ist mir egal. Auch wenn es ein junger Mann tut – der hat es genauso gelernt wie alle anderen ...“; „Da ich alle gern hab‘, ist es mir egal, wer kommt“.* Wichtig ist, dass man eine Vertrauensbeziehung zum Personal aufgebaut hat: *“... es ist vor allem das Vertrauen wichtig ...“; „Mein Mann hilft mir beim Duschen. Ich fände es unangenehm, wenn das jemand Fremdes machen würde ...“; „... Vertrauenspersonen, die speziell auf meine Dinge eingehen sind mir wichtig ...“.* Dass die Pflege

qualifiziert erbracht wird, finden viele wichtig: „*Es ist immer wichtig, dass das Pflegepersonal gut ausgebildet ist, sonst will die mich hochheben und reißt mir dann die Schulter raus ...*“; „*Das Niveau des Pflegepersonals müsste auf das der Krankenpflege angehoben werden ...*“; „*... Kompetentes Personal, das mich und vor allem meine Frau ordentlich versorgt, ist mir wichtig*“. Andere sind der Meinung: „*Pflege muss nicht von ausgebildetem Pflegepersonal geleistet werden – wenn die Person das anständig macht, ist es egal ...*“. Derart divergierende Einschätzungen beruhen zum Teil auch auf unterschiedlichen persönlichen Erfahrungen der Nutzerinnen und Nutzer, die nicht zwangsläufig mit dem Qualifikationsgrad des Pflegepersonals zusammenhängen. Weiterhin wünscht man sich mehr zeitliche Zuwendung vom Personal: „*... dass die Pflegekräfte mehr Zeit haben und dass die Person nicht im Akkord arbeiten muss ... Wir müssen weg von diesem ständigen Aufschreiben ...*“; „*... dass jemand vorbei kommt unabhängig vom Pflegedienst, weil die ja nur auf Zeit arbeiten ...*“.

In Bezug auf die Art und Weise der zu erbringenden gesundheitlichen Unterstützungsleistungen wird besonderer Wert darauf gelegt, dass man auch bei der Pflege **Hilfe zur Selbsthilfe** („*... dass so viel wie möglich selbst gemacht werden kann*“), eine gesundheitliche Unterstützung erhält, um „*... weiterhin selbstständig sein zu können ...*“; „*Die müssen mir nur den Rückenwaschen – den Rest mach ich selbst ...*“; „*Es ist schön, dass ich mich selbst waschen kann ...*“; „*... wenn ich geduscht werde, steh´ ich alleine unter der Dusche und alles läuft prima ...*“. Ebenso ist wichtig, dass die Pflege die **persönlichen Gewohnheiten** berücksichtigt: „*Mir ist wichtig, dass sich der Pflegedienst an zeitliche Gewohnheiten anpasst und nicht zu früh kommt ...*“; „*Meine Mutter will zwar Hilfe aber auf ihre Art und Weise und sie hat da eigene Rituale ... wenn der Pfleger nicht so agiert wie sie möchte, macht sie viel Stress ...*“. Es ist wichtig, „*... dass man die Pflege bekommt, die man braucht ...*“; „*... dass ich mich darauf verlassen kann, dass die Behandlung in meinem Sinne gemacht wird ...*“; „*Ich sage, dass ich an einem speziellen Tag geduscht werden will, weil ich sonst nicht an bestimmten Programmpunkten teilnehmen kann – das geht dann auch ...*“; „*... dass man individuelle Sachen berücksichtigt ...*“; „*... die Hilfe soll flexibel sein. Wichtig ist so viel Kontrolle zu haben, wie nur möglich ...*“. Einigen Befragten ist es wichtig, Beschwerden benennen zu können, wenn einem etwas nicht gefällt: „*Man kann Dampf ablassen, Aspekte ansprechen ...*“; „*... man muss halt sagen, was man möchte ...*“. Die Selbstbestimmungsmöglichkeiten in Bezug auf die gesundheitlichen Unterstützungsleistungen werden von einigen aber auch kritisch bewertet. Während der Aspekt der Selbstbestimmung bei Alltagshilfen oder bei der Gestaltung der Wohnmöglichkeiten hohe Bedeutung hat, traut man sich eine Selbstbestimmung bei gesundheitlichen Unterstützungsleistungen teilweise weniger zu: **Selbstbestimmung** bei gesundheitlichen Unterstützungsleistungen ist „*... schwer, wenn man nicht weiß, was genau gemacht werden muss ...*“. Man befürchtet,

die Leistungen nicht beurteilen zu können: „... *ich weiß wenig, was auch falsch sein könnte*“. Aufgrund der Unterstützungsbedürftigkeit stellen einige aber auch ihre individuellen Versorgungsansprüche zurück: „*Ich kann nicht einer Pflegedame vorschreiben, wie sie was zu machen hat. Ich muss dankbar sein, wenn sie lieb mit mir umgeht, wenn ich Hilfe brauche ...*“. Die Beteiligung von vertrauten Personen, z. B. Angehörigen oder Nachbarn, an der Sicherung der Versorgung, die in neuen Wohnkonzepten durch eine Stärkung ihrer Verantwortungsrolle angestrebt wird, erscheint ebenso wichtig: „*Es ist wichtig, dass ich als Sohn auch bei der Pflege mithelfen kann*“.

Bei der Clusterung der Antworten wird Folgendes deutlich (Tabelle 3-20):

- In Bezug auf die Form der gewünschten Hilfen spielt die Gewährleistung der **Versorgungssicherheit** die dominierende Rolle. Von rund **90 Prozent der Befragten** wird als wichtig erachtet, dass sie im Notfall Hilfen erhalten, sodass sie bei Verschlechterung ihres Gesundheitszustands auf Hilfen zurückgreifen können, dass Hilfen tags und nachts verfügbar sind und sie nicht wegen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes noch einmal umziehen müssen. Die Gewährleistung von Versorgungssicherheit im Sinne der Sicherung der Versorgungskontinuität und Notfallversorgung ist den Befragten in Bezug auf die gesundheitlichen Unterstützungsleistungen am wichtigsten.
- **Zwei Drittel** wünschen sich Unterstützung bei ihren besonderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie mehr **Beratung** und Information über gesundheitliche Unterstützungsleistungen.
- Hinsichtlich der Art und Weise, wie die gesundheitlichen Unterstützungsleistungen erbracht werden sollten, stand die **Wahlfreiheit** als Aspekt der Selbstbestimmung bei den Hilfeangeboten im Vordergrund. **Drei Vierteln** der Befragten ist es wichtig, die Hilfeangebote selbst auswählen zu können. Befragte Bewohnerinnen und Bewohner neuer Wohnformen schätzen also mehrheitlich die Wahlfreiheit bei der Sicherung gesundheitlicher Unterstützungsleistungen.
- Wie schon bei den Alltagshilfen, ist auch bei den gesundheitlichen Unterstützungsleistungen die Gestaltung als **Hilfe zur Selbsthilfe** für die Bewohnerinnen und Bewohner ein wichtiger Aspekt. **Drei Vierteln** der Befragten ist es wichtig, auch bei gesundheitlichen Einschränkungen Hilfen so zu erhalten, dass sie noch vieles selbst machen können, z. B. selbst die Körperhygiene durchführen zu können. Dies kann auch als Indiz für den Wunsch nach Selbstständigkeit gewertet werden.

- Dass die Hilfen von **qualifiziertem Personal** erbracht werden, ist **zwei Dritteln** der Befragten wichtig. Einen **wertschätzenden Umgang des Personals** schätzen **drei Viertel** der Befragten.
- Die **Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse** bei den gesundheitlichen Unterstützungsleistungen als weiterer Aspekt der Nutzerorientierung war **zwei Dritteln** der befragten Personen wichtig.
- Als wichtig wurde auch benannt, dass Externe, also nicht nur spezielle Pflegekräfte des Wohnprojekts, sondern auch Angehörige, Nachbarn oder Ehrenamtliche, in die Unterstützungsarrangements einbezogen werden können. **Über die Hälfte** der Befragten nannte dies als wichtigen Aspekt bei den gesundheitlichen Unterstützungsleistungen. Den Aspekt des **Welfare Mixes** gilt es bei den neuen Wohnformen besonders in den Blick zu nehmen.

*Tabelle 3-20: Erwartungen an Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung*

	Anzahl wichtig	Anzahl k. A.	Anteil Wichtig
<b>Form der gewünschten Unterstützung</b>			
Möglichkeit, sofortig jemanden zu benachrichtigen (z. B. Arzt/Ärztin)	95	2	94,1 %
Versorgungssicherheit bei Pflegebedarf/Gesundheitsverschlechterung	91	9	90,1 %
Hilfen, damit man nicht mehr umziehen muss	85	6	84,2 %
Hilfen, die Tag und Nacht verfügbar sind	85	8	84,2 %
Möglichkeit der Nutzung einer Notrufsicherung	65	9	64,4 %
Beratung/ Information über gesundheitliche Unterstützung	64	20	63,4 %
Hilfen bei besonderen Erkrankungen	63	20	62,4 %
Verfügbarkeit von Ärzten	10	91	9,9 %
Vertrauen/offener Umgang mit Problemen/Ärgernissen	7	94	6,9 %
<b>Art und Weise der gewünschten Unterstützung</b>			
Wertschätzender Umgang des Personals	78	22	77,2 %
Hilfe als Selbsthilfe, um vieles selbst machen zu können	76	14	75,2 %
Wahlfreiheit bei den Hilfeangeboten	76	17	75,2 %
Persönliche Bedürfnisse berücksichtigen	69	23	68,3 %
Hilfen von qualifiziertem Personal	64	11	63,4 %
Personal selbst auswählen zu können	60	8	59,4 %
Möglichkeit, Externe in die Betreuung einzubeziehen	57	15	56,4 %
Pflegeablauf selbst bestimmen können	53	20	52,5 %
Selbstorganisation (dass die Unterstützung selbst organisiert ist)	5	96	4,9 %

## Umsetzung spezieller Erwartungen an Gesundheitshilfen

Bei der Ergebnisqualität haben sich 80,6 Prozent aller Befragten (n=58) allgemein zufrieden mit den Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen geäußert, sofern dieser Bereich für sie relevant ist und sie hierzu Angaben gemacht haben. Fast ein Drittel der Befragten gab an, dass dieser Bereich für sich selbst nicht relevant ist. „Sehr zufrieden“ ist jedoch nicht einmal jede/-r Fünfte (18,4 %). Ebenso jede/-r Fünfte war nur „mittelmäßig oder weniger zufrieden“. Hier gibt es also allgemein größere Unzufriedenheiten. Wo sich diese Unzufriedenheiten konkret ergeben, wird deutlich, wenn man die spezielle Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten beleuchtet (Tabelle 3-21).

In Bezug auf die Zufriedenheit mit den **Formen der Hilfen** zeigen sich folgende Besonderheiten:

- Die hohen Erwartungen an die **Versorgungssicherheit** sind weitgehend erfüllt. **Rund 90 Prozent** der Befragten, für die diese Leistung relevant ist und die Angaben hierzu gemacht haben sind **„sehr zufrieden oder zufrieden“** mit der Erreichbarkeit von Ärzten – insbesondere der Hausärzte – (87,3 %) (*„der Hausarzt ist erreichbar ...“*, *„Der Hausarzt ist in der Nähe, die anderen Ärzte sind weit verstreut“*), der Notrufsicherung (95,8 %) (*„Ich brauche bloß den roten Knopf zu drücken und es ist in 10 Minuten jemand da“*; *„Im Notfall kommt sofort jemand und zwar auch von den Examinierten“*; *„Wichtig ist, dass man im Notfall nicht lange warten muss“*) und der Sicherstellung einer Hilfe für 24 Stunden (89,1 %) (*„Wenn ich jemand brauche, dann kommt auch einer“*), obgleich die Nachtversorgung manchmal kritisch betrachtet wird (*„Nachts ist das Problem und es dauert bis jemand kommt“*; *„Es wäre gut, wenn nachts direkt jemand da wäre im Haupthaus, weil der Pflegedienst lange braucht“*; *„Nachts ist ein Personalmangel“*; *„Nachts Hilfe sicherzustellen ist hier aktuell unmöglich, die private Hilfe ergänzt das“*; *„Nachts könnte es noch eine weitere Person geben“*). Auch weitere Elemente zur Sicherung der Versorgungskontinuität scheinen im Sinne der Bewohnerschaft zufriedenstellend gelöst. 95,7 Prozent der Befragten, für die diese Leistung relevant ist und die Angaben hierzu gemacht haben, sind „sehr zufrieden oder zufrieden“ mit der erfolgten „Anpassung der Hilfen bei Veränderungen des Gesundheitszustandes“: *„Auch wenn sich der Gesundheitszustand ändern würde, wäre das nicht schlimm, weil das Netzwerk viele Hilfen kennt und weitervermitteln kann“*. Sogar bei der Frage, was ihnen am allerbesten im Projekt gefällt, wurde die Versorgungssicherheit immer wieder erwähnt: *„Ich finde die Angebote sind gut. Wenn die merken, dass wer in Not ist, sind die gleich auf Zack“*; *„... Ich bin froh, dass ich eine Ansprechperson habe“*; *„Wir haben jetzt Sicherheit ... das ist ganz wichtig“*.

- In Bezug auf Hilfen bei **besonderen Erkrankungen** oder demenziellen Erkrankungen oder besonderen therapeutischen Anwendungen gibt es insgesamt hohe Zufriedenheitsraten mit den Leistungen der Wohnprojekte, jedoch im Vergleich zur Versorgungssicherheit sind die Bewohnerinnen und Bewohner hier **seltener „sehr zufrieden“**. Vor allem in Bezug auf den Umgang mit demenziellen Erkrankungen gibt es immer wieder kritische Stimmen.

*Tabelle 3-21: Zufriedenheit mit den Hilfen bei gesundheitlichen Einschränkungen (n=58) – Mündliche Nutzerbefragung*

	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Zufrieden</b>	<b>Weniger zufrieden</b>	<b>Nicht relevant</b>	<b>Keine Angabe</b>
<b>Form der Hilfen</b>					
Erreichbarkeit/Verfügbarkeit Ärzte	20	28	7	2	1
Notfallsicherung	20	26	2	9	1
Sicherstellung von Hilfe 24h	18	23	5	10	2
Anpassung Hilfen bei Veränderung Gesundheitszustand	15	29	2	6	6
Fachliche Hilfen bei besonderen gesundheitlichen Erkrankungen	10	25	2	19	2
Fachliche Hilfen bei notwendigen therapeutischen Anwendungen	5	20	3	28	2
Fachliche Hilfen bei demenziellen Erkrankungen	-	5	-	39	14
Hilfen zur Sicherung der Mobilität	6	19	4	27	2
<b>Art und Weise der Hilfen</b>					
<b>Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Wünsche</b>					
...beim Waschen	13	13	2	27	3
...beim Ankleiden	11	11	3	31	2
...beim Essen	-	9	1	46	2
...bei Toilettengängen	-	4	1	44	9
...bei der Gestaltung des Tagesablaufs	1	8	-	42	7
<b>Berücksichtigung der eigenen Ressourcen/Fähigkeiten</b>					
...beim Waschen	12	11	-	31	4
...beim Ankleiden	9	11	-	35	3
...beim Essen	-	6	-	49	3
...bei Toilettengängen	-	3	-	47	8
...bei der Gestaltung des Tagesablaufs	1	5	-	42	10
<b>Wählbarkeit</b> der pflegerischen Hilfen	12	21	-	20	5
<b>Personelle Situation</b>					
Personalausstattung	9	22	9	15	3
Qualifizierung Personal	12	23	2	17	4
Respektvoller Umgang Personal	19	22	-	15	2

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Nicht relevant	Keine Angabe
Zeit des Pflegepersonals	9	20	11	17	1
Zusammenarbeit Pflege- und Betreuungspersonal	5	12	-	30	11
Personelle Kontinuität	9	21	8	16	4
<b>Informationen</b> über Regelung des Arbeitsalltags und der Arbeitsabläufe	3	21	3	20	11
<b>Kosten</b> allgemeine Betreuungsleistungen und pflegerische Hilfen	7	7	11	18	15

- Die Erwartungen von rund zwei Dritteln der Befragten der Baseline-Befragung, dass bei den Hilfen die individuellen **Gewohnheiten und Bedürfnisse** berücksichtigt werden, scheinen sich auch im gesundheitlichen Bereich vielfach erfüllt zu haben. Bei den grundpflegerischen Hilfen zur Selbstversorgung (Hilfen beim Waschen, Ankleiden, Essen, Toilettengängen, Tagesablauf) sind die meisten mit der Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und Bedürfnisse „sehr zufrieden oder zufrieden“: *„Die machen das so, wie ich das sage...“; „... Mutter ist etwas mürrisch und wird schnell hysterisch, sie ist schwer zu pflegen. Die Leute haben eine Mordsgeduld“; „Die Pflegekräfte stellen sich auf Mama ein, nicht andersrum“; „Ein paar der Kräfte haben keine Ahnung, was Demenz bedeutet, aber die machen das mit viel Liebe und Geduld, Hut ab“.* Die Befragten sind vor allem zufrieden mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten bei Hilfen der Körperhygiene und bei der Tagesablaufgestaltung. Über 90 Prozent sind hier „sehr zufrieden oder zufrieden“, wenn sie dazu Angaben gemacht haben und der Bereich für sie relevant ist. Jedoch **mehr als jeder-r Zehnte**, für die/den diese Hilfe relevant ist und die/der hierzu Angaben gemacht hat, ist „weniger zufrieden“ mit der **Berücksichtigung individueller Wünsche beim Ankleiden, beim Essen oder bei Toilettengängen**. Bei einigen grundpflegerischen Hilfen zur Selbstversorgung bedarf es also einer noch stärkeren Berücksichtigung der individuellen Gewohnheiten, um allen Nutzerinnen und Nutzern gerecht zu werden.
- Die **Berücksichtigung eigener Fähigkeiten oder Ressourcen** bei der Gewährleistung von gesundheitlichen Hilfen entspricht ganz den Erwartungen. Bei der Baseline-Befragung hat ein Viertel die Erwartung geäußert, dass bei gesundheitlichen Hilfen ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen berücksichtigt werden und Hilfe im Sinne der Selbsthilfe gewährt wird. Bei der Ergebnisqualitäts-Befragung gab keiner an, „weniger zufrieden“ zu sein: *„Es kommt mal vor, dass ich was ganz anderes möchte – z. B. dass der Pflegedienst zu anderen Zeiten kommen soll – das wird dann auch berücksichtigt“; „Ich lass mir immer den Rücken waschen – den Rest mach ich selber“.* „Ich würde das



*auch nicht tolerieren, wenn meine eigenen Fähigkeiten beim Waschen und Ankleiden nicht berücksichtigt werden“; „Ich habe viel Energie darauf verwendet, dass man mich zu einer mir passenden Uhrzeit für die Nacht fertig macht und ins Bett legt“.*

- Auch in Bezug auf die **Wahlfreiheit** bei gesundheitlichen Hilfen gibt es eine **hohe Zufriedenheit**. Mehr als jede/-r Dritte, für die/den diese Hilfen relevant sind und die/der Angaben dazu gemacht haben, äußerte sich hier „sehr zufrieden“ (36,4 %). Keine/-r äußerte sich „weniger zufrieden“ (*„Mit der Wählbarkeit der pflegerischen Hilfen bin ich zufrieden aber vor dem Hintergrund, dass man sich selber drum kümmert ...“*). Die neuen Wohnformen scheinen also den Anspruch auf Selbstbestimmung zumindest über die Sicherung der Wahlfreiheit zur Zufriedenheit der Befragten umzusetzen. Gerade dieses Kriterium unterscheidet die neuen Wohnformen von klassischen stationären Wohnsettings. Die Erwartung, in neuen Wohnformen auch bei gesundheitlichen Hilfen mehr selbst bestimmen zu können, welche Leistungen geordert werden, ist nach Ansicht der Bewohnerschaft bei den geförderten Projekten zufriedenstellend umgesetzt. Auch bei der Frage, was ihnen im Wohnprojekt am allerbesten gefällt, wurde immer wieder der Aspekt der Entscheidungsfreiheit und Autonomie hervorgehoben: Am besten gefällt mir *„... dass man tun kann, was man will“*; *„Selbst entscheiden zu können, wann und wohin ich möchte“*; *„... ich kann in allem bestimmen, was ich machen möchte“*; *„... dass ich machen kann, was ich will“*.
- **Nicht ganz so zufrieden** sind sie mit der **Information** über das, was in dem Wohnprojekt passiert. Zwar äußerten sich auch hier drei Viertel der Befragten „zufrieden“ (77,8% von denen, die hierzu Angaben gemacht haben und für die der Bereich relevant ist). Im Vergleich zu den anderen Aspekten gab hier jedoch kaum einer an, „sehr zufrieden“ mit der Information über den Arbeitsalltag und die Arbeitsorganisation des Wohnprojektes zu sein. Mehr als jede/-r Zehnte (11,1 %) äußerte sich zudem kritisch und gab an „weniger zufrieden“ mit diesen Informationen zu sein: *„Mit den Infos, wie die Arbeitsabläufe geregelt sind, bin ich nicht zufrieden – das ist nicht transparent und ich weiß nie, wann die Leute kommen. Hätte da gerne eine Plan, aber das ist nicht möglich“*. Auch der im Vergleich zu anderen Aspekten hohe Anteil von Nutzerinnen und Nutzern, die hierzu keine Angaben gemacht haben (29,7 % und damit fast jede/-r Dritte für die/den dieser Bereich relevant ist), kann als Hinweis auf Informationslücken gewertet werden. Darin kann sich aber auch die Verantwortungsabgabe an Angehörige oder andere manifestieren, die die Arbeitsorganisation regeln, weshalb dieser Bereich für die Befragten weniger relevant ist. Die Aufklärung und Beratung über die Arbeitsabläufe ist nach Ansicht der Befragten also verbesserungswürdig. Da die Leistungen gerade in neuen Wohnformen i. d. R. nicht von einem Trä-



ger, sondern von vielfältigen Akteuren – Angehörigen, Ehrenamtliche, unterschiedliche Marktakteure – erbracht werden, wird man in Zukunft ein stärkeres Augenmerk auf die Sicherung von Transparenz der komplexen Arbeitsabläufe legen müssen, um den Nutzerbedürfnissen gerecht zu werden. Die schließt auch eine verstärkte Aufklärung über die Regelungen der Verantwortlichkeiten ein.

- **Kritische Stimmen** gibt es auch zur **Personalsituation**. Mehr als ein Viertel der Befragten, die hierzu Angaben gemacht haben und für die dieser Bereich relevant ist, gab an, mit der Personalausstattung „weniger zufrieden“ zu sein (29,0 %) (*„Es gibt zu wenig Personal. Ich habe außerdem die Einschränkung auf weibliche Pfleger, teilweise fällt das daher manchmal aus, dass jemand kommt“*, *„Bei den ambulanten Pflegediensten ist eine chronische Unterbesetzung“*, *„Vom Personal her ... das könnte mehr sein, da gibt es Mangel. Die Kräfte könnten Entlastung brauchen“*). Fast ebenso viele waren unzufrieden mit den zeitlichen Ressourcen des Personals (27,5 %): *„Es hat keiner Zeit, die Schwestern sind wirklich überlastet, keiner, der mal zu mir kommt und mich was fragt ...“*, *„... es herrscht Personalmangel und Zeitdruck, viele Dinge kommen sehr zu kurz“*; *„Der Pflegedienst kann die mir zugesagte Zeit gar nicht mehr einhalten“*. Jede/-r Fünfte (21,1 %) äußerte Unzufriedenheit mit der personellen Kontinuität des Personals. Immer wieder wurden die häufigen Personalwechsel beklagt: *„In letzter Zeit wird sehr viel Personal gewechselt und mit manchen sind wir nicht so zufrieden“*; *„... Ich schätze es nicht so, wenn immer jemand anderes kommt“*; *Es wäre besser, wenn immer die gleichen kämen“*; *„Es gibt sehr viele Wechsel. Wenn immer die gleichen kämen, das wäre mir lieb“*; *„Dass immer die Gleichen kommen, ist mir wichtig, aber es sind viele krank geworden“*. Weniger Kritik gab es in Bezug auf die Qualifizierung des Personals (*„Die Qualifizierung des Personals ist unterschiedlich, wenn einige es nicht wissen, holen sie eine Pflegefachkraft“*; *„Die Mitarbeitenden bekommen regelmäßig Fortbildungen beim YX“*) oder die Zusammenarbeit von Pflege- und Betreuungspersonal. Für viele ist die Qualifikation des Personals aber nicht relevant. Kritisiert wurden ab und zu die mangelnden Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz (*„Fachkräften müssen mehr zu Demenz lernen, das ist sehr wichtig. Eine einfache Pflegekraft kann demenziell Erkrankte nicht verstehen“*; *„... manche müssen noch viel lernen, um die Krankheit Demenz verstehen zu können ...“*). Besonders hohe Erwartungen hat die Bewohnerschaft bei der Baseline-Befragung in Bezug auf den respektvollen Umgang des Personals. Diese Erwartungen haben sich anscheinend erfüllt. Niemand äußerte sich hier kritisch und fast die Hälfte, die hierzu Angaben gemacht hat und für die der Bereich relevant ist, war „sehr zufrieden“ (46,3 %). Es ist der Bereich mit Bezug zur Personalsituation, in dem am häufigsten die besondere Zufriedenheit geäußert wurde (*„Pflegekräfte gibt es zu wenige aber*

*das Personal ist sehr freundlich und respektvoll – ich habe noch nie eine Bitte ausgesprochen, die nicht erfüllt wurde“; „Das Pflegepersonal ist super... Die sind immer gut gelaunt und nehmen es mir nicht krumm, wenn ich schlecht gelaunt bin“; „Es wird gefragt, ob es mir gut geht“). Auch bei der Frage, was ihnen am allerbesten gefällt, spielte der persönliche Bezug des Personals immer wieder eine Rolle. „Das schönste ist, wenn morgens eine Schwester kommt und mich persönlich begrüßt ...“, „Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft“, „Am besten gefällt ihr, wenn die Pflegekräfte ihr zuhören und das tun sie auch“.*

- Wie schon bei den Kosten für Alltagshilfen gibt es auch hier wieder eine **hohe Unzufriedenheit** mit den **Kosten**. Fast die Hälfte aller Befragten, die hierzu Angaben gemacht hat und für die dieser Bereich relevant ist, äußert sich in Bezug auf die Kosten für gesundheitliche Hilfen unzufrieden (44,0 %). Hier gibt es mit die häufigsten Unzufriedenheitsnennungen im Vergleich zu allen abgefragten Aspekten: „Es ist sehr teuer, ich muss draufzahlen“; „Es ist teuer, aber dafür, was die machen, ist es super“; „Für die Kosten, da geht meine ganze Rente drauf, ich kann nichts mehr zusätzlich kaufen, meine Kinder kaufen etwas, wenn ich was brauche“. Auch mit der Beantragung von Finanzierungsmöglichkeiten wird Unzufriedenheit geäußert „... weil das immer ein Riesen-Kampf mit der Krankenkasse ist, wenn man nur Kleinigkeiten will, es gibt Stress und es wird ständig alles abgelehnt“.

### 3.2.8 Fazit

Die Bewohnerschaft der geförderten Projekte äußerte in der Baseline-Befragung vor allem hohe Erwartungen an das soziale Zusammenleben, diese haben sich nicht alle erfüllt. Insbesondere mit der Zusammensetzung der Bewohnerschaft sowie ihrem Einfluss darauf, aber vor allem mit der Kontaktpflege sind sie nicht so zufrieden. Demgegenüber haben sich ihre Erwartungen in Bezug auf Versorgungssicherheit sowie die Wahrung der individuellen Lebensgewohnheiten mit Erhalt der Privatsphäre durch individuelle Rückzugsräume erfüllt. Auch sind die Erwartungen an die Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Leistungserbringung durch die Wahrung von Wahlmöglichkeiten mehrheitlich erfüllt. Hier wurden durchgehend hohe Zufriedenheitswerte festgestellt und die Sicherung der Autonomie wurde immer wieder als das hervorgehoben, was den Nutzerinnen und Nutzern an ihrem Projekt besonders gut gefällt. Besonders zufrieden waren viele Nutzerinnen und Nutzer mit der Arbeit der Pflege- und Betreuungskräfte. Kritisch wurden vielfach die unstete Personalsituation und die Kosten bewertet.

## 3.3 Qualität: Umsetzung definierter Qualitätsanforderungen

Zur Einschätzung der Qualität der neuen Wohnformen wurde neben dem Abgleich von Nutzererwartungen untersucht, wie spezifi-

sche Qualitätsanforderungen, die in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion immer wieder als Anforderungsprofil an nutzergerechte Wohnformen für Pflegebedürftige genannt werden, umgesetzt werden. Dabei konzentriert sich die Untersuchung auf folgende drei Qualitätsanforderungen (siehe hierzu Kapitel 1.1):

- Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit
- Individuelle Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung
- Teilhabe durch soziale Einbindung

Zunächst wird dargelegt, anhand welcher Merkmale die Umsetzung dieser Qualitätsanforderungen untersucht wurde. Danach wird aus Sicht der Träger (auf der Grundlage der schriftlichen Trägerbefragung) und aus der Sicht der Mitarbeitenden (auf der Grundlage der Vor-Ort-Interviews) sowie aus der Sicht der Nutzerinnen und Nutzer und der Angehörigen (auf der Grundlage der schriftlichen Nutzer- und schriftlichen Angehörigenbefragung) überprüft, wie diese Merkmale umgesetzt wurden. Im Rahmen der Trägerbefragung wurden alle 60 Standorte schriftlich zu ihren Strukturen und Leistungen befragt. Um die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer Angehörigen in Bezug auf die Qualitätsanforderungen zu erfassen, wurde eine schriftliche Befragung aller Bewohnerinnen und Bewohnern und eine Befragung aller kooperationsbereiten Angehörigen durchgeführt (siehe zur Methodik Kapitel 1). Bevor die jeweiligen Perspektiven dargestellt werden, soll kurz die Struktur der schriftlich befragten Nutzerinnen und Nutzer sowie der befragten Angehörigen dargestellt werden.

### **Strukturdaten der schriftlich befragten Nutzerinnen und Nutzer**

Während in der mündlichen Befragung eine Stichprobe aller Nutzerinnen und Nutzer zu Eruiierung ihrer Erwartungen an die neue Wohnform (siehe Kapitel 1.2) ausgewählt wurde, wurden bei der schriftlichen Nutzerbefragung die Bewohnerinnen und Bewohner aller 60 Standorte schriftlich gebeten, Auskunft darüber zu geben, wie sie die Leistungen des Wohnangebotes in Bezug auf die definierten Qualitätsanforderungen einschätzen. An der Befragung haben sich von 1.468 Bewohnerinnen und Bewohnern in den 60 geförderten Projekte 459 und damit rund ein Drittel beteiligt. Diese weisen folgende soziale Struktur auf:

- Auch die Befragten, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben (n=459), sind überwiegend **weiblich, hochaltrig und deutsch**. Drei Viertel sind Frauen, jede/-r Zweite ist über 80 Jahre und über 90 Prozent sind deutscher Herkunft (Tabelle 3-22).

*Tabelle 3-22: Soziale Strukturdaten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Geschlecht</b> (n=452)		
Weiblich	343	75,9 %
Männlich	109	24,1 %
<b>Alter</b> (n=447)		
Unter 65 Jahre	47	10,5 %
65 Jahre bis unter 80 Jahre	153	34,2 %
80 Jahre und älter	247	55,5 %
<b>Herkunft</b> (n=438)		
Deutsch	431	98,4 %

- In Bezug auf ihre **gesundheitliche Situation** sind viele Befragte, die an der schriftlichen Befragung teilgenommen haben, nach eigenen Angaben zum Teil erheblich beeinträchtigt (Tabelle 3-23). Mehr als jede/-r Dritte stuft ihren/seinen derzeitigen Gesundheitszustand als „eher schlecht“ oder „schlecht“ ein. Ein Drittel ist erheblich in der Bewegung eingeschränkt und bei mehr als jeder/jedem Sechsten konzentriert sich der Bewegungsradius auf die Wohnung/das Zimmer. Unter chronischen Erkrankungen leiden zwei Drittel und ein Drittel stuft sich selbst als demenziell erkrankt ein. Ein Viertel der Befragten, weist auch einen erheblichen Pflegebedarf auf (19,8 % haben Pflegegrad 4 und 7,8 % Pflegegrad 5) (

▪ Tabelle 3-24).

*Tabelle 3-23: Gesundheitliche Strukturdaten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	<b>Anzahl</b>	<b>Anteil</b>
<b>Einschränkung Beweglichkeit (n=431)</b>		
Teilweise eingeschränkt	197	45,3 %
Erheblich eingeschränkt	124	28,5 %
Nicht eingeschränkt	105	24,1 %
Bettlägerig	9	2,1 %
<b>Bewegungsradius (n=431)</b>		
Person bewegt sich häufig über das direkte Wohnumfeld hinaus	197	45,7 %
Person bewegt sich meist innerhalb des direkten Wohnumfeldes	168	39,0 %
Person bewegt sich überwiegend in ihrer Wohnung/ihrem Zimmer	66	15,3 %

*Tabelle 3-24: Gesundheitliche Strukturdaten: Pflegegrade (n=459)  
– Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Pflegebedarf (n=410)</b>		
Pflegegrad 1	11	2,7 %
Pflegegrad 2	55	13,4 %
Pflegegrad 3	72	17,6 %
Pflegegrad 4	81	19,8 %
Pflegegrad 5	32	7,8 %
Weiß Person nicht	29	7,1 %
Keine Einstufung	123	30,0 %
Einstufung wurde erst beantragt	7	1,7 %

*Tabelle 3-25: Gesundheitliche Strukturdaten: Demenzerkrankung  
& Chronische Krankheiten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

Erkrankungen	Anzahl „ja“	Anteil
<b>Demenzerkrankung (n=395)</b>	123	31,1 %
<b>Chronische Krankheit(en) (n=399)</b>	254	63,7 %

*Tabelle 3-26: Einschätzung Gesundheitszustand (n=427) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Einschätzung derzeitiger Gesundheitszustand (n=427)</b>		
Sehr gut	21	4,9 %
Gut	88	20,6 %
Eher gut	160	37,5 %
Eher schlecht	126	29,5 %
Schlecht	32	7,5 %

- In Bezug auf die **Wohnsituation** ist die Mehrheit der Befragten umgezogen und dabei haben fast drei Viertel ihr vertrautes Wohnumfeld verlassen. Schon bei der mündlichen Befragung haben viele ihre Unzufriedenheit darüber geäußert, dass sie ihr vertrautes Wohnumfeld und damit auch soziale Beziehungen aufgeben mussten, um in diese neue Wohnform zu ziehen. Die meisten bewohnen eine abgeschlossene Wohnung, ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner jedoch lediglich ein Zimmer in einem Gemeinschaftswohnprojekt (Tabelle 3-27). Die Befragten bewohnen zudem zu einem Drittel Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit und integrierte Projekte, rund jede/-r Zehnte lebt im „Betreuten Wohnen“, rund jede/-r Siebte in Konzepten, die die „angestammte Häuslichkeit weiter-

entwickeln“ und rund jede/-r 13. in der „vollstationären Pflege“ (Tabelle 3-28).

*Tabelle 3-27: Wohnsituation (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Vorher im gleichen Wohnviertel gewohnt (n=438)</b>		
Nein	333	76,0 %
Ja	105	24,0 %
<b>Genutzte Wohnangebote (n=440)</b>		
Wohnung	280	63,6 %
Zimmer	160	36,4 %
<b>Art der Zimmer (n=160)</b>		
Einzelzimmer	155	96,9 %
Zweibettzimmer	5	3,1 %
<b>Art der Wohnung (n=280)</b>		
Einzimmerwohnung	36	12,9 %
Zweizimmerwohnung	162	57,9 %
Mehrzimmerwohnung	82	29,3 %

*Tabelle 3-28: Verteilung nach Wohnformtypen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Verteilung nach Wohnformtypen</b>		
<b>Wohnformtyp 1:</b> Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	-	-
<b>Wohnformtyp 2:</b> Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	54	11,8 %
<b>Wohnformtyp 3:</b> Weiterentwicklung des Wohnens in angestammter Häuslichkeit	72	15,7 %
<b>Wohnformtyp 4:</b> Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	163	35,5 %
<b>Wohnformtyp 5:</b> Integrierte Konzepte	135	29,4%
<b>Wohnformtyp 6:</b> Vollstationäre Pflege	35	7,6 %

### Strukturdaten der schriftlich befragten Angehörigen

Für die schriftliche Angehörigenbefragung wurden die geförderten Projekte zunächst um Auskunft gebeten, zu welchen Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern sie Zugang haben. Daraufhin wurden 353 Angehörige in den geförderten Projekten angeschrieben, von diesen haben sich 79 und damit 22,4 Prozent an der An-

gehörigenbefragung im Januar 2018 beteiligt. Diese weisen folgende Sozialstruktur auf (Tabelle 3-29):

- Die Befragten sind zu zwei Dritteln **weiblich**.
- Sie sind zum überwiegenden Teil – rund drei Viertel – die **Kinder** der Bewohnerinnen und Bewohner.
- Die meisten befragten Angehörigen sind selbst **schon älter**. Mehr als jede/-r Zehnte von ihnen ist 70 Jahre und älter.
- 16,7 Prozent von ihnen haben eine **Betreuungsvollmacht** für ihren Angehörigen.

*Tabelle 3-29: Soziale Strukturdaten der befragten Angehörigen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Geschlecht (n=78)</b>		
Weiblich	52	66,7 %
Männlich	26	33,3 %
<b>Alter (n=79)</b>		
Bis unter 30 Jahren	4	5,1 %
30 bis unter 60 Jahre	45	57,0 %
60 bis unter 70 Jahre	17	21,5 %
70 bis unter 80 Jahre	10	12,7 %
80 Jahre und älter	3	3,8 %
<b>Verwandtschaftsverhältnis (n=78)</b>		
Tochter/Sohn/ Schwiegertochter/-sohn	54	70,5 %
Ehepartner/-in	8	10,3 %
Anderes (Nichte/Neffe, Tante/Onkel, Pflege Tochter/-sohn ...)	8	10,3 %
Enkel/Enkelin	6	7,7 %
Schwester/Bruder	1	1,3 %
<b>Betreuungsvollmacht vorhanden (n=78)</b>		
Nein	13	83,3 %
Ja	65	16,7 %

Die von den Angehörigen Betreuten weisen zum überwiegenden Teil erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (Tabelle 3-30):

- Nach Angaben der Angehörigen sind ihre zu Betreuenden zu jeweils einem Drittel dem **Pflegegrad 3** und **4** zugeordnet. Mehr als jede/-r Zehnte hat den Pflegegrad **5**. Nur wenige haben keine Anerkennung als Pflegebedürftige.



- Drei Viertel leiden nach Angaben der Angehörigen an einer ärztlich diagnostizierten Demenzerkrankung.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die befragten Angehörigen das Wohnangebot vor dem Hintergrund des doch hohen Hilfe- und Pflegebedarfs ihrer zu Betreuenden beurteilen.

*Tabelle 3-30: Gesundheitliche Beeinträchtigung der zu Betreuenden nach Angaben der Angehörigen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Pflegegrad (n=77)</b>		
Pflegegrad 1	2	2,6 %
Pflegegrad 2	11	14,3 %
Pflegegrad 3	26	33,8 %
Pflegegrad 4	23	29,9 %
Pflegegrad 5	10	13,0 %
Keine Einstufung	5	6,5 %
<b>Demenzerkrankung (n=76)</b>		
Ja	57	75,0 %
Nein	19	25,0 %

Im Folgenden wird dargelegt, wie die Umsetzung der definierten Qualitätsanforderungen aus den unterschiedlichen Perspektiven gelungen ist.

### 3.3.1 Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“

Selbstständigkeit ist die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben führen zu können. Falls es auf Hilfe angewiesen ist, sollten Hilfen so gestaltet sein, dass auch weiterhin ein selbstständiges Leben in den zentralen Lebensbereichen möglich ist (Kruse 2005: 332). Neue Wohnformen treten vielfach mit dem Anspruch an, auch bei Beeinträchtigungen eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Die Beeinträchtigungen in der Selbstständigkeit können sehr unterschiedlich sein. Zur Bestimmung möglicher Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit kann sich an dem Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (BI) orientiert werden. Beeinträchtigungen können sich bei der Mobilität, bei kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, Selbstversorgung, bei krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, bei der Gestaltung des Alltagslebens und bei sozialen Kontakten ergeben (*Medizinische Dienste des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2017*). Wenn in diesen Bereichen Beeinträchtigungen die Selbstständigkeit gefährden, bedarf es einer entsprechenden Gestaltung der Wohn- und Ver-

sorgungssituation, um diesen Beeinträchtigungen begegnen zu können. Für neue Wohnformen stellt sich die Anforderung, in diesen Bereichen für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner entsprechende Versorgungssicherheit zu gewährleisten, um dem Bedürfnis nach einer selbstständigen Lebensführung auch bei Beeinträchtigungen gerecht werden zu können. Von Versorgungssicherheit wird – wie bereits ausführlich erläutert – in diesem Kontext ausgegangen, wenn die Bewohnerinnen und Bewohner die für sie erforderlichen Wohn- und Versorgungsleistungen – kontinuierlich angepasst auf ihre Bedarfe – erhalten und die erforderlichen Wohn- und Versorgungsleistungen in einer fachlich anerkannten Qualität erbracht werden. Hierzu gehört auch, die Koordination der unterschiedlichen Leistungen und Akteure zu sichern, da besonders in neuen Wohnformen vielfältige Akteure eingebunden sind, um Versorgungssicherheit im Hilfemix und geteilter Verantwortung zu gewährleisten (Kapitel 1.1.3.2.1).

### 3.3.1.1 Nutzererwartungen zur Bestimmung der Merkmale für die Qualitätsanforderung

Zur Überprüfung, wie diese Qualitätsanforderung erfüllt wird, wurde eine Fülle von Merkmalen zusammengetragen, die aufgrund bisher vorliegender fachlicher Erfahrungen in der Praxis oder aufgrund von vorliegenden Forschungsergebnissen – auch aus anderen Wohnsettings – für eine Überprüfung der Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ relevant sein könnte (siehe Merkmale „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ bei der Wohnformtypisierung im Anhang).

Von diesen werden im Folgenden nur diejenigen dargestellt, die von Seiten der Nutzerinnen und Nutzer als besonders relevant angesehen werden (Tabelle 3-31). Es werden lediglich solche Merkmale in die Überprüfung dieser Qualitätsanforderung einbezogen, die bei der mündlichen Nutzerbefragung von mindestens der Hälfte aller Befragten (Baseline-Befragung n=101) als Erwartung an die neue Wohnform zur Gewährleistung von „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ benannt wurden. Bei der Auswahl der Merkmale, anhand derer diese Qualitätsanforderung überprüft werden, sind damit wiederum die Nutzererwartungen leitend. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die ausgewählten Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ auf der Grundlage der Nutzererwartungen:

*Tabelle 3-31: Ausgewählte Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“ (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung*

	<b>Anteil</b>
<b>Nutzererwartung Wohnen</b>	
Bessere Erreichbarkeit infrastruktureller Angebote (Nicht-Umgezogene n=41)	73,2 %
Barrierefreiheit (Nicht-Umgezogene n=41)	73,2 %
Barrierefreiheit (Umgezogene n=60)	60–68,3 %
Zugang zu Freiraum (Umgezogene n=60)	53,3 %
<b>Nutzererwartung Alltagshilfen</b>	
Hilfen zur Selbsthilfe (n=101)	81,2 %
Hilfen bei der Haushaltsführung (n=101)	63,4 %
Ansprechpartner vor Ort (n=101)	62,4 %
Informationen/Beratung über Hilfeangebote (n=101)	61,4 %
Fahrdienste/Begleitsdienste (n=101)	53,5 %
<b>Nutzererwartung Gesundheit/Pflege</b>	
Notfallversorgung rund um die Uhr (n=101)	94,1 %
Anpassung der Versorgung bei gesundheitlichen Veränderungen, um nicht mehr umziehen zu müssen (n=101)	90,1 %
Umfassende Hilfen, um nicht mehr umziehen zu müssen (n=101)	84,2 %
Hilfen, die Tag und Nacht verfügbar sind (n=101)	84,2 %
Notrufsicherung (n=101)	64,4 %
Hilfe von qualifiziertem Personal (n=101)	63,4 %
Beratung über gesundheitliche Unterstützung (n=101)	63,4 %
Hilfen bei besonderen Erkrankungen (n=101)	62,4 %

### 3.3.1.2 Umsetzung der Qualitätsanforderungen aus Träger- und Mitarbeitersicht

Ob die geförderten Projekte diese Merkmale erfüllen und damit der an sie gerichteten Qualitätsanforderung gerecht werden, wurde zum einen durch die Trägerbefragung untersucht. Die Träger aller geförderten Projekte wurden im Rahmen der schriftlichen Trägerbefragungen (Befragung der A-, B- & D-Projekte 1. und 2. Welle, n=60) gefragt, ob sie diese Qualitätsmerkmale in ihren Wohnprojekten umsetzen. Aus Trägersicht ergeben sich entsprechend folgende Ergebnisse zu den Merkmalen der Qualitätsanforderungen. Ergänzend werden auch die Sichtweisen der Mitarbeitenden – sofern hierzu Angaben gemacht wurden – eingebracht. Diese basieren auf den *Vor-Ort Gesprächen* bei den Projekten (siehe zur Methodik Kapitel 1).

## Wohnumfeld

Die Gestaltung des Wohnumfeldes kann die Selbstständigkeit Pflegebedürftiger beeinträchtigen. Aktivitäten im Außenraum bieten Stimulation, die die Gesundheit und das Wohlergehen steigern können (Mitchel & Burton 2010) und haben hohe Bedeutung für die Unabhängigkeit und Selbstachtung gerade auch bei Menschen mit Unterstützungsbedarf (Mitchell et al. 2003). Ein nicht bedarfsgerecht gestaltetes Wohnumfeld kann Aktivitäten im Außenraum für Pflegebedürftige einschränken. Für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen können ein nicht barrierefreies Wohnumfeld (Saup 2001, Oswald/Wahl 2005) und eine fußläufig nicht erreichbare Infrastruktur (Eberlin/Klein-Hitpaß 2012) das selbstständige Haushalten und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gefährden. Gerade die fußläufige Erreichbarkeit von Geschäften für den täglichen Bedarf, aber auch andere infrastrukturelle Angebote wurden von den befragten Nutzerinnen und Nutzern entsprechend häufig als Erwartung an ein bedarfsgerechtes Wohnumfeld gestellt und einige haben sich auch nicht ganz zufrieden mit der Umsetzung dieser Erwartung geäußert (Tabelle 3-32).

Die schriftliche Trägerbefragung macht deutlich, dass nicht alle geförderten Projekte diese Qualitätsanforderung erfüllen. Nach Angaben der Träger können

- bei rund einem Viertel der Wohnprojekte Geschäfte des täglichen Bedarfs, Haltestellen des ÖPNV und Restaurants, Cafés sowie Grünanlagen nicht fußläufig erreicht werden,
- bei einem Drittel sind keine Hauspraxen, Apotheken im 500 m Wohnumfeld erreichbar,
- bei fast der Hälfte können keine Banken/Geldautomaten fußläufig erreicht werden.

*Tabelle 3-32: Wohnumfeld – erreichbare Angebote in 500 m Wohnumfeld der Wohnprojekte (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
Bank/Geldautomat	47	78,3 %
Grünanlagen	47	78,3 %
Restaurant, Café	32	78,3 %
Geschäfte des täglichen Bedarfs	45	75,0 %
Weitere Gesundheitsdienstleister	40	66,7 %
Haltestelle ÖPNV	37	61,7 %
Friseur	31	51,7 %
Apotheke	30	50,0 %
Hausarztpraxis	20	33,3 %

## Wohnraum

Der Erhalt der Selbstständigkeit bei Beeinträchtigungen stellt auch Anforderungen an die Gestaltung des Wohnraums. Barrieren innerhalb der Wohnung können die Selbstständigkeit der Lebensführung ebenso beeinträchtigen (u. a. Saup 2001), wie unvollständig eingerichtete Wohnungen (z. B. ohne ein innenliegendes Bad). Wohnungen ohne frei zugänglichen Außenanlagen haben einen negativen Einfluss auf das Gefühl von Freiheit und Selbstwert (Schwarz/Rodiek 2007) – gerade auch für Menschen mit Demenz (Rapp/Topo 2007). Aus Sorge vor diesen Beeinträchtigungen wünschen sich auch viele befragte Nutzerinnen und Nutzer vom neuen Wohnprojekt möglichst eine barrierefreie Gestaltung. Ihnen ist wichtig, die Wohnung/Wohnanlage selbstständig verlassen zu können oder sich darin selbstständig bewegen zu können. Ebenso wünschen sich viele einen Zugang zu einem Freiraum, um trotz Mobilitätseinschränkungen ohne fremde Hilfe Außenbereiche erreichen zu können (Tabelle 3-33).

Nach Informationen der Trägerbefragung

- ist es nicht selbstverständlich, dass alle Wohnungen oder Zimmer in Gemeinschaftswohnungen **barrierefrei** gestaltet sind. Nicht einmal in der Hälfte der Wohnprojekte mit Privatwohnung oder der Gemeinschaftlichen Wohnprojekten mit Privatzimmern sind *alle* Wohnungen bzw. Zimmer an DIN 18040 Teil 2 orientiert gestaltet. Diese Mängel ergeben sich nach Auskunft der Mitarbeitenden in den *Vor-Ort-Gesprächen* deshalb, weil von solchen neuen Wohnformen i. d. R. bestehende Bausubstanz genutzt wird, die auf die besonderen Gestaltungsanforderungen Pflegebedürftiger vielfach noch nicht ausreichend ausgerichtet ist (Vita Amare GmbH, Tangermünde, Projekttyp D). Auch Wohnangebote mit Privatwohnungen in der angestammten Häuslichkeit sind nach Auskunft der befragten Mitarbeitenden baulich vielfach nicht auf die besonderen Bedarfe Pflegebedürftiger ausgerichtet. Viele Projekte versuchen dem durch Wohnraumanpassung zu begegnen, was jedoch nicht immer gelingt und manchmal dennoch Auszüge aufgrund baulicher Probleme im Wohnungsbestand erforderlich macht (piano e. V., Kassel, Projekttyp B). Auch die Umstrukturierung von stationären Einrichtungen zu neuen Wohnformen gelingt baulich nicht immer. Gemeinschaftsräume sind nicht immer funktional angeordnet (z. B. im Keller) oder es gibt große, wenig genutzte Gemeinschaftsflächen (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). Die Überwindung von Barrieren z. B. durch Aufzüge stellt teilweise ein Problem dar. In einem Projekt wurde von den Mitarbeitenden berichtet, dass Gemeinschaftseinrichtungen auf anderen Etagen liegen und nur über Aufzüge erreichbar sind. Wenn diese ausfallen, können die pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner die Gemeinschaftswohnung, die den gemeinsamen Treffpunkt für den sozialen Austausch darstellt,

nicht mehr erreichen (AHK Pflorgeteam GmbH, Berlin, Projekttyp D).

- Auch ein (individueller) Zugang zu **Freibereichen**, der der Bewohnerschaft so wichtig ist, ist nicht selbstverständlich. Nur bei der Hälfte der Wohnprojekte mit Privatwohnungen haben *alle* Wohnungen einen Zugang zu einem Balkon oder einer Terrasse, häufig wird ein Zugang jedoch über Gemeinschaftsaußenflächen ermöglicht.

*Tabelle 3-33: Wohnung – Barrierefreiheit und Zugang zu Freibereichen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Wohnprojekte mit Privatwohnungen</b>		
Wohnungen, die <u>alle</u> an der DIN 18040 Teil 2 orientiert gestaltet sind (n=15)	6	40,0 %
Wohnungen, die <u>alle</u> eine bodengleiche Dusche haben (n=17)	9	52,9 %
Wohnungen, die <u>alle</u> einen Zugang zu Freibereichen haben (n=22)	11	50,0 %
<b>Wohnprojekte mit Gemeinschaftswohnungen</b>		
Privatzimmer in den Gemeinschaftswohnungen, die <u>alle</u> an der DIN 18040 Teil 2 orientiert gestaltet sind (n=35)	24	40,0 %
<b>Wohnprojekte mit Privatzimmern außerhalb von Gemeinschaftswohnungen</b>		
Privatzimmer, die <u>alle</u> an der DIN 18040 Teil 2 orientiert gestaltet sind (n=3)	3	100 %
<b>Gemeinschaftsflächen</b>		
Gemeinschaftsflächen im Außenbereich vorhanden (Garten, Terrasse, Balkone) (n=58)	51	85,0 %
Gemeinschaftsflächen vollständig an DIN 18040 Teil 2 orientiert (n=52)	13	25,0 %

### **Alltagshilfen zur Sicherung der Alltagsgestaltung**

Um die Selbstständigkeit zu erhalten, bedarf es nicht nur eines entsprechend gestalteten Wohnangebotes, sondern bei Bedarf auch unterstützender Leistungen. Vor allem wünschen sich die mündlich befragten Nutzerinnen und Nutzer Hilfen im Haushalt, Fahr- und Begleitdienste sowie ausreichende Information und Beratung, um bei Beeinträchtigungen in der Gestaltung des Alltagslebens weiter selbstständig zu bleiben, und es wurden Hilfen zur Selbsthilfe gewünscht. Die Bereitstellung dieser Hilfen wird nach Auskunft der Träger mehrheitlich in den Projekten gesichert.

- Schon organisatorisch bedarf es spezifischer Vorkehrungen, um bei der Gewährung von Hilfeleistungen die Selbstständigkeit zu fördern. Die Arbeit nach einem Leitbild, das u. a. die Selbstständigkeitsförderung bei der Hilfestellung berücksichtigt, wird auch von Expertinnen und Experten als Qualitätskriterium für neue Wohnformen benannt (Wolf-Ostermann/Gräse 2014, Graf/Spengler 2008). Bei rund 90 Prozent der Projekte, die hierzu Angaben gemacht haben, ist die Förderung der Selbstständigkeit bei der Bereitstellung entsprechender Hilfen im **Leitbild** formuliert und die Mitarbeitenden werden angeleitet, die Selbstständigkeit der Bewohnerschaft im Sinne der Selbsthilfe gezielt zu fördern.
  
- Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltagslebens können das selbstständige Leben gefährden. Unterstützung bei der Haushaltsführung und bei Aktivitäten außerhalb der Häuslichkeit werden daher auch besondere Bedeutung bei der bedarfsgerechten Wohngestaltung zugemessen (u. a. BMFSFJ 2009, Tinnefeldt 2002) und von vielen neuen Wohnformen explizit als Angebot zum Erhalt der Selbstständigkeit organisiert. So bieten drei Viertel aller Projekte des Modellprogramms **hauswirtschaftliche Hilfen** (Wäsche-, Reinigungs-, Mahlzeitendienste) an. 90 Prozent organisieren **Fahr- und Begleitdienste** durch den Träger des Wohnprojektes bzw. durch kooperierende Träger an. Besonders in Projekten, die Betreutes Wohnen weiterentwickeln, wird von den Mitarbeitenden in den *Vor-Ort-Gesprächen* die Bedeutung der Hausmeisterdienste als Hilfen zum Erhalt der Selbstständigkeit zusätzlich hervorgehoben (u. a. St. Katharinen- und Weißfrauenstift, Frankfurt am Main, Projekttyp D). Vielfach werden gerade die Alltagshilfen in den Projekten mit Unterstützung von Ehrenamtlichen umgesetzt. In den Projekten (n=60) sind im Durchschnitt 2,4 VZÄ ehrenamtlich tätig. Mitarbeitende berichten in den *Vor-Ort-Gesprächen* von speziellen Seniorencoaches, die Ältere Bewohnerinnen und Bewohner ehrenamtlich betreuen und sie im Alltag begleiten (Genossenschaft am Pulvermaar – eine sorgende Gemeinschaft eG, Gillenfeld, Projekttyp A).
  
- Eine wesentliche Voraussetzung für ein möglichst langes selbstständiges Leben ist die ausreichende Information über mögliche Unterstützungsangebote (BMFSFJ 2009). Unsicherheiten auf Nutzerseite über das tatsächliche Leistungsangebot sowie über Vertrags- und Kostenregelungen auch in neuen Wohnformen (Saup 2001) haben dazu geführt, dass die Sicherung der Information und Beratung auch hier immer wieder als Qualitätsanforderung benannt wird (z. B. Qualitätssiegel Betreutes Wohnen, DIN 77800 Betreutes Seniorenwohnen). Rund 90 Prozent der Projekte führen persönliche Beratungsgespräche im Projekt oder zu Hause durch. Fast bei jedem Projekt werden entsprechend **Beratung und Information** sowie Vermittlungsdienste angeboten (93,3 %). Jedoch haben nur wenige

Projekte ein eigenes Beratungsbüro (33,3%) – u. a. weil dies ordnungsrechtlich für selbstverantwortete ambulante Wohnangebote häufiger nicht zugelassen ist. Auch schriftliches Informationsmaterial (Infobroschüre oder Musterverträge) liegt nur bei rund der Hälfte aller Projekte vor. Probewohnen wird von einem Drittel ermöglicht. In den *Vor-Ort-Gesprächen* erwähnten Mitarbeitende eines Projektes, dass es künftig eine App geben soll, mit der die Angehörigen Zugriff auf die Pflegedokumentation ihres Angehörigen erhalten sollen (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A), um den Informationsaustausch zu sichern (Tabelle 3-34).

*Tabelle 3-34: Alltagshilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Selbsthilfe</b>		
Mitarbeitende werden zur Förderung der Selbstständigkeit der Nutzerinnen und Nutzer angeleitet (n=24)	22	91,7 %
Im Leitbild ist die Förderung der Selbstständigkeit der Nutzerinnen und Nutzer explizit als Ziel formuliert (n=49)	44	89,8 %
<b>Hilfen bei der Haushaltsführung</b>		
Hauswirtschaftliche Hilfen werden vom Träger angeboten (n=60)	43	71,7 %
<b>Fahr-/Begleitedienste</b>		
Hol- und Bringdienste werden vom Träger angeboten (n=27)	25	92,6 %
<b>Information und Beratung</b>		
Flyer über das Wohnangebot (n=60)	56	93,3 %
Persönliches Beratungsgespräch (n=60)	56	93,3 %
Beratungsgespräch zu Hause (n=60)	52	86,7 %
Informationsveranstaltungen (n=60)	48	80,0 %
Infobroschüre über das Wohnangebot (n=60)	35	58,3 %
Schriftliche Informationen über die Angebote des Wohnumfeldes werden gegeben (n=49)	22	44,9 %
Musterverträge (n=60)	25	41,7 %
Möglichkeit des Probewohnens (n=49)	18	36,7 %
Beratungsbüro verfügbar (n=54)	18	33,3 %
Infoangebote in nicht-deutscher Sprache (n=60)	13	21,7 %
<b>Beratungsangebot</b>		
Beratung wird vor Ort vom Träger angeboten (n=60)	56	93,3 %



## Gesundheitliche und pflegerische Hilfen

Die Selbstständigkeit kann besonders bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen gefährdet sein. Hilfen bei krankheitsbedingten Belastungen sowie Hilfen zum Erhalt elementarer Fähigkeiten sind für die Sicherung der Selbstständigkeit zentral (u. a. Wingefeld/Engels 2011). Die mündlich befragten Nutzerinnen und Nutzer wünschen sich von den neuen Wohnangeboten bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor allem Versorgungssicherheit in gesundheitlichen Krisensituationen und sie wünschen sich, auch bei Beeinträchtigungen im Wohnprojekt verbleiben zu können und bei Bedarf eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu erhalten. In der Mehrzahl der geförderten Projekte ist diese Versorgungssicherheit nach Ansicht der Projektträger gewahrt:

- Rund zwei Drittel der Projekte bieten eine **Notrufsicherung** durch den Träger oder kooperierende Partner an, um in Krisensituationen Versorgungssicherheit zu bieten (Tabelle 3-35).
- Bei rund 90 Prozent aller Projekte ist **Hilfe Tag und Nacht** verfügbar, mehr als 70 Prozent stellen generell eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung sicher und 20 Prozent können sie bei Bedarf einrichten. Ebenso ist bei fast 90 Prozent eine Nachtversorgung gesichert und zwar mehrheitlich durch anwesende Mitarbeitende über Nacht. Nur bei jedem zehnten Projekt ist ein Auszug bei einem solchen Hilfebedarf erforderlich. Teilweise sind mehrere Wohnangebote in einem Haus – z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften (Caritasverband München und Freising e. V./ Caritaszentrum München-Nord, München, Projekttyp D) – und die Nachtbetreuung erfolgt nach Auskunft der Mitarbeitenden dann durch Nachtwachen, die zwischen diesen Wohnangeboten pendeln. Bei anderen wird diese Art der Versorgungssicherheit durch einen im Wohnprojekt eingemieteten ambulanten Pflegedienst gewährt (Gerdas Pflegedienst GmbH, Hamm, Projekttyp D). In einer ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaft, die in einen Seniorenwohnkomplex integriert ist, gibt es nach Auskunft der Mitarbeitenden in den *Vor-Ort-Gesprächen* bei akuten Phasen die Möglichkeit, sog. „Krankenzimmertage“ einzuschieben, wo eine 24 Stunden-Betreuung möglich ist. So können auch akute nächtliche Versorgungsbedarfe aufgefangen werden (Betriebsgesellschaft Senioren-Wohnsitz Ratzeburg GmbH & Co. KG, Ratzeburg, Projekttyp D). Aus den Mitarbeitergesprächen wurde aber deutlich, dass es vor allem bei Quartiersprojekten eine besondere Herausforderung bleibt, eine 24 Stunden-Betreuung zu sichern (piano e. V., Kassel, Projekttyp B). Andere Mitarbeitende betonen, dass in manchen neuen Wohnangeboten, wo keine umfassende Versorgung gesichert werden kann – z. B. Betreutes Wohnen – die Bewohnerinnen und Bewohner noch gezielter aufgeklärt werden müssen, um Erwartungshaltungen zu klären. Gerade weil sich Betreutes Wohnen aktuell auch durch zusätzliche Angebote (z. B. Integra-

tion von Tages- und Nachtpflege) weiterentwickelt und manche betreuten Wohneinrichtungen noch mehr Versorgungssicherheit bieten können, muss die Leistungsgrenze bei diesen Angeboten besonders deutlich gemacht werden (St. Katharinen- und Weißfrauenstift, Frankfurt am Main, Projekttyp D).

- Ebenso werden von der Mehrheit der Projekte **pflegerische Hilfen** gewährt, um sogar bei Pflegebedarf selbstständig leben zu können. Rund zwei Drittel bieten Hilfen bei Alltagsverrichtungen (Grundpflege) zur Selbstversorgung sowie Betreuungsleistungen und behandlungspflegerische Leistungen an.

*Tabelle 3-35: Versorgungssicherheit (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Notrufsicherung</b>		
Notrufsicherung wird vom Träger/kooperierenden Trägern angeboten (n=57)	34	59,6 %
<b>Hilfen sind Tag und Nacht verfügbar (n=56)</b>		
Im Wohnangebot ist generell eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung sichergesellt durch Träger/externe Anbieter	40	71,4 %
Eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung kann im Bedarfsfall eingerichtet werden	10	17,9 %
Besteht ein Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Versorgung, ist ein Verbleib im Wohnangebot <u>nicht</u> möglich	6	10,7 %
<b>Nachtversorgung</b>		
Nachtversorgung ist sichergestellt (n=59)	51	86,4 %
Sicherstellung der Nachtversorgung		
durch Mitarbeitende (n=59)	42	80,8 %
durch telefonische Rufbereitschaft (n=52)	24	46,2 %
durch Hausnotruf (n=52)	19	36,5 %

- 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 Erhalt von Selbstständigkeit. Die Umsetzung der vom *Deutschen Netzwerk zur Qualitätssicherung* in der Pflege definierten **Expertenstandards** ist Teil der Versorgungssicherheit, die die selbstständige Lebensführung und Lebensqualität erhalten kann (DNQP 2005, DNQP 2006, DNQP 2008). Rund die Hälfte aller Projekte hat angegeben, dass sie die geforderten Expertenstandards – soweit erforderlich – in ihrem Projekt umsetzt (bei 21 von 60 Standorten ist die Berücksichtigung nicht gefordert, da die Pflegeleistungen individuell geordert und nicht vom verantwortlichen Träger erbracht wer-

den). Werden diese nicht in die Betrachtung einbezogen, ist die geforderte Berücksichtigung nur bei rund jedem zehnten Projekt nicht erfolgt. Eine Überprüfung der praktischen Umsetzung der Expertenstandards kann jedoch in der Untersuchung nicht geleistet werden (Tabelle 3-36).

*Tabelle 3-36: Expertenstandards (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Umsetzung von Expertenstandards</b>		
Sturzprophylaxe	30	50,0 %
Dekubitusprophylaxe	29	48,3 %
Ernährungsmanagement	29	48,3 %
Schmerzmanagement akut	28	46,7 %
Schmerzmanagement chronisch	28	46,7 %
Förderung der Harnkontinenz	27	45,0 %
Pflege chronischer Wunden	27	45,0 %
Die Umsetzung der Expertenstandards trifft nicht zu	21	35,0 %
Entlassungsmanagement	12	20,0 %

- Trotz dieser unterstützenden Angebote zur Sicherung der Versorgung bei Beeinträchtigungen macht mehr als die Hälfte der befragten Träger **Versorgungsgrenzen** des Wohnprojektes deutlich. Grenzen werden nach Trägersauskunft am häufigsten bei der Versorgung von Beatmungs- oder Intensivpflegepatienten, Wachkomapatienten, Suchtkranken, Menschen mit auto-aggressivem Verhalten oder Eigen- und Fremdgefährdung oder bei Menschen mit mangelnder Gruppenfähigkeit gesehen (Tabelle 3-37).
- Als häufigster Auszugsgrund wurde von der Hälfte der befragten Träger die mangelnde Bedarfsgerechtigkeit des Wohnangebots genannt. So sind in den letzten 12 Monaten in 32 Projekten insgesamt 65 Bewohnerinnen und Bewohner aus den Wohnprojekten ausgezogen – (25 sind in einen Privathaushalt gezogen, vier in die Wohnung eines Angehörigen, 26 in ein Pflegeheim sowie vier in eine andere alternative Wohnform, bei sechs ist der Umzugsort nicht bekannt) – also gibt es im Durchschnitt zwei ausgezogene Bewohnerinnen bzw. Bewohner pro Projekt in den letzten 12 Monaten. Bei durchschnittlich 33 Bewohnerinnen und Bewohnern an 50 Standorten (siehe Kapitel 2.3.1) entspricht die Auszugsquote in den letzten 12 Monaten knapp 4 Prozent der Gesamtbewohnerschaft. In den Vor-Ort-Gesprächen wurde deutlich, dass bei einigen Projekten, z. B. bei den Quartierprojekten, der Auszug mit Leistungsgrenzen der Versorgungssicherheit begründet war.

*Tabelle 3-37: Leistungsgrenzen und Auszugsgründe (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Leistungsgrenzen</b>		
Es gibt Ausschlusskriterien für die Aufnahme ins Wohnangebot (n=60)	38	63,3 %
Wohnangebot kann bei jedem Hilfebedarf weiter genutzt werden (n=60)	28	46,7 %
Es gibt <u>keine</u> Ausschlusskriterien für die Aufnahme ins Wohnangebot (n=60)	16	26,7 %
<b>Auszugsgründe (häufig oder immer Auszugsgrund)</b>		
Verschlechterung der gesundheitlichen Situation (n=27)	15	55,6 %
Wohnprojekt war nicht mehr bedarfsgerecht (n=27)	13	48,1 %
Wohnprojekt hat nicht mehr gefallen (n=17)	2	11,8 %
Nähe zu Angehörigen war gewünscht (n=15)	1	6,7 %
Rund-um-die-Uhr-Versorgung war nicht möglich (n=15)	1	6,7 %
Unterstützung durch Angehörige/Freunde war nicht mehr ausreichend (n=16)	1	6,3 %

- Die **Personalsituation** in den neuen Wohnprojekten zur pflegerischen und betreuenden Unterstützung der Bewohnerschaft wird in neuen Wohnformen häufig positiv bewertet (u. a. Wolf-Ostermann et al. 2012). Argumentiert wird, dass zum einen die Kleinteiligkeit und zum anderen die Einbindung möglichst vieler Kräfte in die Betreuung und Pflege eine günstigere Personalsituation ermöglicht. Im arithmetischen Mittel stehen bei allen Standorten der betrachteten Wohnangebote des Modellprogramms, die Angaben zu Mitarbeitenden und ihren Bewohnerinnen und Bewohnern gemacht haben (n=43), 0,60 Vollzeit-äquivalente (VZÄ) Mitarbeitende zur Unterstützung einer Bewohnerin/eines Bewohners zur Verfügung (einbezogen wurden alle Leitungskräfte, Pflegekräfte, Betreuungskräfte, weitere Dienste, Aushilfskräfte und sonstige Mitarbeitende), wobei die Spannweite zwischen dem höchsten und dem geringsten Personalbestand 2,86 VZÄ (0,03–2,89 VZÄ) beträgt. Ob die Personalsituation für diese neuen Wohnformen besser ist als in klassischen stationären Einrichtungen, kann nur beurteilt werden, wenn man Konzepttypen mit ähnlicher Versorgungssicherheit miteinander vergleicht. Ein Vergleich der VZÄ pro Bewohnerin bzw. Bewohner in den Wohnformtypen „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ und „Weiterentwicklung stationärer Einrichtungen“ ergibt die Betreuungsrelation: 0,70 VZÄ zu einer Bewohnerin/einem Bewohner (für insgesamt n=31), wobei die Spannweite zwischen dem höchsten und dem geringsten Personalbestand 2,86 VZÄ (0,03–2,89 VZÄ) umfasst. Nach der Berliner Studie in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (n=108 Pflegewohngemeinschaften und n=745 Bewohnerinnen und Bewohner) ist das

Verhältnis von im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeitenden zu den Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohngemeinschaft im arithmetischen Mittel bei 1,3 (0,4–3,8) Personen bzw. 0,8 (0,3–1,9) VZÄ (Wolf-Ostermann et al. 2012). Auch hier wurden alle im Pflegedienst beschäftigten Mitarbeitenden mit und ohne Qualifikation – wie sonstige Beschäftigte der Pflegedienste für die Wohngemeinschaft wie Aushilfspersonal und zusätzlich Ehrenamtliche – einbezogen.

- In den *Vor-Ort-Gesprächen* wurde eine gute Personalsituation von den Mitarbeitenden bestätigt. Immer wieder wurde von den pflegenden und betreuenden Mitarbeitenden betont, dass man mehr Zeit für die/den einzelnen Bewohner/-in habe. Darin wird ein besonderes Potenzial der neuen Wohnform gesehen (u. a. APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH, Gelsenkirchen, Projekttyp A). Teilweise wird dies durch die Bereitstellung spezieller Finanzmittel für zusätzliche zeitliche Ressourcen in der Betreuung und Pflege – z. B. über Stiftungsmittel – gezielt ermöglicht (St. Katharinen- und Weißfrauenstift, Frankfurt am Main, Projekttyp D). In der besseren Personalsituation in der Pflege wird auch ein Grund für die insgesamt höhere **Zufriedenheit des Personals** in solchen Wohnformen gesehen. In den *Vor-Ort-Gesprächen* betonten mehrere Mitarbeitende, dass sie durch die Kleinteiligkeit und Überschaubarkeit der Wohnangebote (Caritasverband Geldern-Kevelaer e. V., Geldern, Projekttyp D) – aber vor allem durch das ganzheitliche, persönlichere Arbeiten mit den Bewohnerinnen und Bewohnern sowie das häufig auch selbstverantwortlichere Arbeiten im Vergleich zur klassischen stationären Pflege – zufriedener mit der Arbeit sind. Auch von geringeren Personalfluktuationen wird berichtet (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). Ebenso könne aus Sicht des befragten Personals die individuellen Stärken eingebracht werden, die Arbeit ist abwechslungsreicher und es gibt einen guten Austausch in einem kleinen Team (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). Hierin sahen einige Träger in den *Vor-Ort-Gesprächen* auch für die Zukunft einen Wettbewerbsvorteil neuer Wohnformen bei der Akquirierung von Pflegepersonal. Jedoch scheinen diese neuen Wohnformen nicht für alle Mitarbeitenden geeignet. In den Mitarbeitergesprächen wurde deutlich, dass auch Mitarbeitende gekündigt haben, denen das Wohnangebot zu individuell war und jene, die vielfach große emotionale Nähe und die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten z. B. in Pflegewohngemeinschaften oder umstrukturierten stationären Einrichtungen nicht bewältigen konnten (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A; Vita Amare GmbH, Tangermünde, Projekttyp D). Bei der Umstrukturierung stationärer Einrichtungen in ambulante neue Wohnformen müssen die Mitarbeitenden oft umfassende Qualifizierungen absolvieren, da von ihnen ganz andere Formen des Arbeitens – mit ambulanten Tourenplänen, mit der Erbringung von mehr betreuerischen statt pflegerischen Dienstleistungen in

Tagespflegeeinrichtungen – gefordert werden. Mitarbeitende berichten, dass ohne ein regelmäßiges Coaching diese Umstrukturierungsprozesse nicht erfolgreich gelungen wären (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D).

- Angesichts des besonderen Einflusses des Qualifikationsniveaus auf die Qualität der Pflege wurden die geförderten Projekte auch gefragt, inwiefern das Instrument der **Fort- und Weiterbildung** regelmäßig genutzt wird, um eine qualitätsgesicherte Versorgung zu gewährleisten. Insbesondere bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz sind gerontopsychiatrische Zusatzqualifikationen und Kenntnisse von speziellen Konzepten in der Begleitung von Menschen mit **Demenz** wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte Pflege (Wolf-Ostermann/Gräske 2014). Auch die Umsetzung neuer Wohnkonzepte erfordert – wie bereits dargelegt – von den Mitarbeitenden z. T. andere Haltungen, Rollenverständnisse und Qualifikationen, die über Fort- und Weiterbildung erworben werden können. Der Anteil der Mitarbeitenden, die in den vergangenen zwölf Monaten Fortbildungsangebote genutzt haben, ist daher ein weiteres Qualitätsmerkmal zur Beurteilung der Personalsituation. Auffallend ist, dass sich in vielen Projekten die Mitarbeitenden vor allem speziell zum Thema Demenz fortgebildet haben. Von 48 Projekten gaben 42 Projekte und damit 87,5 Prozent der Projekte an, dass sich ein Teil der Mitarbeitenden zum Thema Demenz fortgebildet hat. Zwar richten sich nicht alle Projekte an Demenzerkrankte, aber bei einem Teil stehen sie im Fokus. Bei rund einem Drittel der Projekte (39,6 %) hat mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden aus den Bereichen Pflege und Betreuung in den vergangenen 12 Monaten Fortbildungen zum Thema Demenz besucht.

Fortbildungen der Mitarbeitenden zu den **speziellen Anforderungen neuer Wohnformen** sind von den Projekten insgesamt seltener erfolgt. Nur 20 Projektstandorte haben Angaben zum Besuch solcher Fortbildungsangebote gemacht. Davon gaben 10 Projektstandorte an, dass bei ihnen mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden in dieser Weise fortgebildet wurde. Die geringe Teilnahme an solchen Fortbildungsmaßnahmen kann u. U. darin begründet sein, dass es hierzu häufig keine speziellen Angebote gibt. Der von den Projekten auf den Programmtagungen vielfach geäußerte Wunsch nach Erfahrungsaustausch kann auch als ein Zeichen für einen solchen besonderen Weiterbildungsbedarf angesehen werden.

*Tabelle 3-38: Personaleinsatz und seine Fort- und Weiterbildung (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Personalsituation</b>		
<b>Hilfe von qualifiziertem Personal (n=60)</b>	<b>Mittelwert/ Projektstandorte</b>	<b>Mittelwert/ Nutzer/-in</b>
VZÄ Leitungskräfte	0,5	0,03
VZÄ Pflegekräfte (Fach- und Hilfskräfte)	4,2	0,24
VZÄ Betreuungskräfte	1,6	0,08
VZÄ weitere Dienst (Hauswirtschaft, soziale Dienste, Therapie etc.)	0,7	0,09
Aushilfen, sonstige Mitarbeitende	1,2	0,04
<b>Ehrenamtliche (n=60)</b>	2,4	0,11
<b>Fortbildung</b>		
<b>Anteil der Mitarbeitenden mit allgemeinen Fortbildungen zum Thema Demenz in den letzten 12 Monaten (n=48)</b>		
0 %	6	12,5 %
Bis 25 %	6	12,5 %
Über 25 bis 50 %	17	35,4 %
Über 50 bis 100 %	19	39,6 %
<b>Anteil der Mitarbeitenden mit speziellen Fortbildungen zum Thema neue Wohnformen in den letzten 12 Monaten (n=20)</b>		
0 %	-	-
Bis 25 %	7	35,0 %
Über 25 bis 50 %	3	15,0 %
Über 50 bis 100 %	10	50,0 %

## Kooperation

Die Umsetzung des hohen Maßes an Versorgungssicherheit gelingt nur dadurch, dass vielfältige Leistungen von den unterschiedlichen Akteuren in Kooperation erbracht werden. Eine Besonderheit neuer Wohnformen kann ein vielfältiger **Hilfe- und Leistungsmix** von unterschiedlichen Akteuren sein. Dieser kann ein besonderes Koordinationsmanagement erfordern (Klie et al. 2017).

- Wie in anderen Versorgungsformen werden auch hier vielfältige Akteure eingebunden, um in geteilter Verantwortung Versorgungssicherheit zum Erhalt der Selbstständigkeit zu ermöglichen. Von denjenigen Projekten, die hierzu Angaben gemacht haben (rund n=30), kann ein Einblick in die Vielzahl der **kooperierenden Akteure** in den Wohnprojekten gewonnen werden. Durchschnittlich kooperiert ein Projekt mit 16 Angehörigen, mit 8 Ehrenamtlichen und 4 professionellen Dienstleistern. Es ist also im Durchschnitt eine Abstimmung zur Gewährleistung der Versorgungssicherheit mit ca. 30 Akteuren in einem Projekt erforderlich. Nicht nur die Vielzahl der Akteure ist eine Herausforderung. Mitarbeitende sehen in der Mischung aus sehr unter-



schiedlichen Professionen, die in solchen neuen Wohnformen tätig sind – Wohnungsbaugesellschaften, medizinisches Personal, Sozialarbeiter/-innen, Betreuungskräfte, ehrenamtliche Nachbarschaftshelfer/-innen, Angehörige – eine besondere Herausforderung. „*Hilfemix und Schnittstellen sind Kernbestandteile des Projektes*“ (piano e. V., Kassel, Projekttyp B). Wichtig sei, sich darauf einzulassen, die Sprache des anderen zu verstehen sowie die Grenzen zur eigenen Rolle und Funktion zu erkennen und zu wissen, wo man an andere abgeben muss (piano e. V., Kassel, Projekttyp B).

- Einen besonderen Wert legen viele neue Wohnformen auf eine stärkere Vernetzung mit **Kooperationspartnern im Sozialraum**. Vielfach wird eine starke Vernetzung mit dem Sozialraum gefordert, um örtliche Ressourcen zu erschließen, um damit die Versorgungssicherheit zu stärken (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009b). Bei den Quartiersprojekten des Modellprogramms ist dies ein zentraler Konzeptbaustein. Aber auch andere Konzepttypen wie z. B. stationäre Einrichtungen oder Betreutes Wohnen versuchen vor allem durch Vernetzung mit und Aktivierung von Akteuren im Sozialraum die Versorgungslage für ihre Bewohnerschaft oder der Bewohnerinnen und Bewohner im Quartier zu verbessern. Die Kontaktaufnahme im Sozialraum gelingt jedoch nicht allen Projekten. Teilweise, weil die Lage der Wohnprojekte ungünstig ist (Randlagen ohne Kooperationspartner im direkten Umfeld) (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). Teilweise ist aber auch nach Auskunft der Mitarbeitenden in den *Vor-Ort-Gesprächen* der Kontakt zur Nachbarschaft z. B. bei ambulanten Pflegewohngemeinschaften schwierig (Gerdas Pflegedienst GmbH, Hamm, Projekttyp D) oder Berührungspunkte mit Beeinträchtigten müssen systematisch abgebaut werden. Betont wurde vielfach in den Mitarbeitergesprächen, dass die Integration und der Austausch mit dem Sozialraum Zeit braucht und nach und nach gelernt werden muss – auch gelängen der erfolgreiche Austausch und die Vernetzung nur mit Hilfe einer koordinierenden Kraft (Heilhaus Kassel gGmbH, Kassel, Projekttyp A).
- Der **Austausch** mit diesen Kooperationspartnern erfolgt in unterschiedlicher **Intensität**. So erfolgt der Austausch mit den Angehörigen (62,5 % von n=29) bei der Hälfte der Projekte mindestens einmal wöchentlich, demgegenüber erfolgt nur bei einem Viertel der Projekte ein wöchentlicher Austausch mit Ehrenamtlichen (28,6 % von n=35) und nur ein Fünftel der Projekte tauschen sich wöchentlich mit professionellen Kooperationspartnern aus (18,2 % von n=33). Bei den anderen Projekten ist der Austausch monatlich, halbjährlich oder noch seltener. Bei den Angehörigen erfolgt der Austausch meist in speziellen Arbeitstreffen, mit den Ehrenamtlichen im Arbeitsprozess und mit den professionellen Dienstleistern in regelmäßigen Arbeitskreisen. Das Zusammenspiel von Ehrenamtlichen, Nachbarn und



Professionellen wird nach Auskunft von Mitarbeitenden in einigen Projekten als Kernstück der neuen Wohnformen bewertet (Heilhaus Kassel gGmbH, Kassel, Projekttyp A).

- Im Rahmen der Zusammenarbeit wurde bei den *Vor-Ort-Gesprächen* vielfach auf die **Schnittstellenprobleme** eingegangen. Vor allem die Zusammenarbeit von Pflege und Betreuung wird als wesentliche Gelingensbedingung für neue Wohnformen, in denen Pflegebedürftige wohnen, betrachtet (APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH, Gelsenkirchen, Projekttyp A). In einem stationären Wohnprojekt wurde eine „Betreuungssäule“ zur systematischen Nahtstelle ausgebaut – hier sollen alle Informationen zusammenlaufen und dadurch soll die Bewohnerin bzw. der Bewohner ganzheitlich gesehen werden. Es gehe um eine horizontale Kommunikation als Besprechungssetting zwischen Pflege und Betreuung und eine klare Zuteilung von Zuständigkeiten zwischen Betreuung und Pflege. So soll eine Informationsweitergabe „rund um den Bewohner bzw. die Bewohnerin“ gesichert werden (Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld, Projekttyp A). Den Austausch zwischen den unterschiedlichen Professionen und zur Überwindung von Schnittstellenproblemen fördern die anderen Projekte nach Auskunft der Mitarbeitenden in den *Vor-Ort-Gesprächen* vielfach durch Übergabebücher, ein Wachbuch für den Nachtdienst, Steckbriefe für Rettungssanitäter in Notfällen (Betriebsgesellschaft Senioren-Wohnsitz Ratzeburg GmbH & Co. KG, Ratzeburg, Projekttyp D) oder durch Begleitung von Mitarbeitenden (z. B. bei Krankenhausaufenthalten) (Vita Amare GmbH, Tangermünde, Projekttyp D), ebenso durch Übergabebesprechungen (St. Katharinen- und Weißfrauenstift, Frankfurt am Main, Projekttyp D). In den *Vor-Ort-Gesprächen* wurde erwähnt, dass der Kommunikationsfluss zwischen allen Beteiligten jedoch oft schwierig sei. Für die Informationsweitergabe gebe es kein einheitliches System. So meinten befragte Mitarbeitende in ambulant betreuten Wohngruppen, dass auch Instrumente wie Übergabebücher hier nicht immer funktionieren. Man müsse wohl damit leben, dass in solchen neuen Wohnformen aufgrund der Vielzahl der verantwortlichen Akteure Kommunikationsprobleme bestehen bleiben (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A).
- Insgesamt wird die **Zusammenarbeit** mit den Akteuren jedoch positiv bewertet. Keiner stufte die Zusammenarbeit als „schlecht“ ein. Im Vergleich wird die Zusammenarbeit mit den Angehörigen häufiger nicht ganz so positiv bewertet. Auch in den Mitarbeitergesprächen wurde vielfach betont, dass die Zusammenarbeit mit Angehörigen sehr unterschiedlich und nicht immer befriedigend ist (Tabelle 3-40).

Tabelle 3-39: Kooperation (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung

	Anzahl	Durchschnitt
<b>Anzahl der regelmäßig zusammenarbeitenden Akteure</b>		
Regelmäßig kooperierende Angehörige (n=28 Projekte)	441	16 pro Projekt
Regemäßig kooperierende Ehrenamtliche (n=33 Projekte)	271	8 pro Projekt
Regelmäßig kooperierende professionelle Dienstleister (Pflegedienste, Wohnungsanbieter etc.) (n=34 Projekte)	150	4 pro Projekt
<b>Kooperation bei Pflege-/Betreuungsleistungen</b>		
Betreuung wird vom Träger/von kooperierenden Trägern angeboten (n=60)	43	71,7 %
Hilfen bei Alltagsverrichtungen (Grundpflege) werden vom Träger/von kooperierenden Trägern angeboten (n=60)	40	66,7 %
Behandlungspflege wird vom Träger/von kooperierenden Trägern angeboten (n=55)	34	61,8 %

Tabelle 3-40: Bewertung der Zusammenarbeit der Akteure (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung

	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Schlecht
<b>Zusammenarbeit mit ...</b>				
Angehörigen (n=29)	55,2 %	37,9 %	6,9 %	-
Ehrenamtlichen (n=32)	81,3 %	18,7 %	-	-
Professionellen (n=33)	15,2 %	84,8 %	-	-

Der Erfolg der Zusammenarbeit und die Bewältigung von Schnittstellenproblemen hängt vielfach davon ab, wer die Kooperationen steuert. In den *Vor-Ort-Gesprächen* wurde immer wieder hervorgehoben, dass es durch den besonderen Leistungs- und Hilfemix in neuen Wohnformen eigener personeller Ressourcen für solche Aufgaben bedürfe. Es bedarf einer Ansprechpartnerin bzw. eines Ansprechpartners mit Gesamtüberblick (APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH, Gelsenkirchen, Projekttyp A) für die interne **Koordination** der unterschiedlichen Akteure, damit die Aufgaben in einem Wohnprojekt synergetisch aufeinander abgestimmt werden und die Bewohnerschaft in ihrer Selbstverantwortung Anleitung und Unterstützung finden (Hybridmanagement). Ebenso bedarf es einer/eines Verantwortlichen für die Koordination von externen Akteuren, um im Sozialraum die Ressourcen für Pflegebedürftige zu aktivieren und optimaler aufeinander abzustimmen (Quartiersmanagement). Zur Gestaltung der Zusammenarbeit wurden in einigen Projekten eigene Koordinierungsstellen eingerichtet (Genossenschaft am Pulvermaar – eine sorgende Gemeinschaft eG, Gillenfeld, Projekttyp A). Teilweise übernehmen Professionelle (APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH, Gelsenkirchen, Projekttyp A), teilweise aber auch Selbsthilfeinitiativen (Stiftung Hospital St. Elisabeth, Eschwege, Projekttyp D) solche Aufgaben. Häufig wurde von den Mitarbeitenden betont,

dass es einer professionellen Kraft für solche Abstimmungsaufgaben bedürfe (piano e. V., Kassel, Projekttyp B). Diese koordinierenden Aufgaben wurden im Rahmen des Modellprogramms vielfach über die Modellförderung finanziert, da es dafür i. d. R. keine Regelfinanzierungsmöglichkeiten gibt bzw. die möglichen Mittel (z. B. § 38a SGB XI „Wohngruppenschlag“ dafür nicht immer verwendet werden) (Klie et al. 2017). Die Sicherung eines Personaleinsatzes für solche Tätigkeiten ist nach Ansicht von einzelnen Mitarbeitenden nicht nur für den direkten Umsetzungserfolg der Projekte wichtig, sondern hat auch weitere Auswirkungen. So werde durch solche Tätigkeiten z. B. der Wert der sozialen Arbeit mehr geschätzt und man habe in den Gremien der Wohnungswirtschaft dadurch mehr Rückhalt bei sozialen Fragen (Wohnungsgenossenschaft "Fortschritt" Döbeln eG, Döbeln, Projekttyp A).

### 3.3.1.3 Umsetzung der Qualitätsanforderung aus Nutzer- und Angehörigensicht

Im Folgenden wird dargelegt, wie die Nutzerinnen und Nutzer und ihre Angehörigen die Umsetzung der zum Erhalt der Selbstständigkeit bedeutsamen Merkmale der Versorgungssicherheit bewerten.

#### **Wohnen**

Wie bereits dargelegt, ist die Gestaltung der Wohnung eine wichtige Voraussetzung zum Erhalt der Selbstständigkeit. Wie schon in der mündlichen Nutzerbefragung äußerten auch die schriftlich befragten **Nutzerinnen und Nutzer** insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit dem Wohnangebot. Nur rund 5 Prozent äußerten sich „weniger zufrieden“ oder „gar nicht zufrieden“. Die Hälfte ist „ganz zufrieden“ mit dem Wohnangebot (Tabelle 3-41).

*Tabelle 3-41: Allgemeine Zufriedenheit mit dem Wohnangebot (n=425) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit Wohnangebot</b>		
ganz zufrieden	216	50,8 %
weitgehend zufrieden	186	43,8 %
weniger zufrieden	19	4,5 %
gar nicht zufrieden	4	0,9 %

Jedoch gibt es in Bezug auf einzelne Gestaltungselemente etwas kritischere Stimmen und teilweise auch unterschiedliche Einschätzungen, wie einzelne Qualitätsmerkmale im Vergleich zu den Trägern bewertet werden:

- So ist nach Angaben der Träger die **Lage der Wohnangebote** nicht immer so, dass sie die Selbstständigkeit der Bewohnerschaft unterstützt, aber über 90 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer gaben an, dass die Lage ihren Vorstellungen entspricht (Tabelle 3-42).
- In Bezug auf die barrierefreie Gestaltung gab es nach Auskunft der Träger einige Einschränkungen. Auch einige Bewohnerinnen und Bewohner bemängelten dies. Nach Ansicht jeder zehnten Bewohnerin bzw. jedes zehnten Bewohners entspricht die **barrierefreie Gestaltung** nicht den gewünschten Vorstellungen. Auch nicht ausreichende Zimmer-/Wohnungsgrößen können die Selbstständigkeit beeinträchtigen, wenn zu wenig Raum ist, um sich bei Mobilitätseinschränkungen mit Gehhilfen dort bewegen zu können (28,5 % der Befragten haben erhebliche Bewegungseinschränkungen). Knapp jede/-r Zehnte bemängelte die Zimmer-/Wohnungsgrößen im Wohnprojekt.
- Mit den **Sanitärbereichen** ist jede/-r Zehnte nicht zufrieden.
- Mehr als jede/-r Zehnte ist auch nicht zufrieden mit den Zugängen zu **Freibereichen**. Da sich bei 15,3 Prozent der Befragten der Bewegungsradius auf die Wohnung/das Zimmer konzentriert, erklären sich die häufigeren Unzufriedenheiten durch fehlende individuelle Zugänge zu Freibereichen.

*Tabelle 3-42: Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung/Wohnlage (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

Entspricht das Wohnangebot den Vorstellungen der Nutzer/-in im Hinblick auf...	Anzahl	Anteil
	Eher ja	Eher ja
Lage der Wohnung/Wohnanlage (n=414)	390	94,2 %
Zimmer-/Wohnungsgröße (n=416)	385	92,5 %
Barrierefreiheit innerhalb Wohnung/Zimmer (n=407)	371	91,2 %
Sanitärbereiche (n=413)	374	90,6 %
Freibereiche (n=405)	354	87,4 %

Auch die **Angehörigen** äußern eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit den Wohnaspekten des Projektes. Über 98,7 Prozent sind „ganz zufrieden“ oder „weitgehend zufrieden“. Nur ein Angehöriger äußerte sich kritisch (Tabelle 3-43).

*Tabelle 3-43: Allgemeine Zufriedenheit mit den Wohnaspekten (n=78) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit Wohnaspekten</b>		
ganz zufrieden	38	48,7 %
weitgehend zufrieden	39	50,0 %
weniger zufrieden	1	1,3 %
gar nicht zufrieden	-	-

In Bezug auf einzelne Aspekte des Wohnens beurteilen die Angehörigen

- die barrierefreie Gestaltung etwas weniger kritisch als die Nutzerinnen und Nutzer. Nach Meinung von fast allen Angehörigen entspricht die **barrierefreie Gestaltung** der Nutzer-Wohnung/des Nutzer-Zimmers ihren bzw. seinen Vorstellungen, während hier doch fast jede/-r zehnte Nutzer/-in Mängel anmerkte. Auch war die barrierefreie Gestaltung für nur 46,2 Prozent der befragten Angehörigen mit ein Grund für die Auswahl des Wohnprojektes (Tabelle 3-44).
- Demgegenüber beurteilen sie die **Zimmer-/Wohnungsgrößen** etwas kritischer als die Bewohnerschaft. 88,3 Prozent der Angehörigen gegenüber 92,5 Prozent der Bewohnerschaft (92,5 %) sind damit zufrieden.
- Wie in der Gruppe der Nutzerinnen und Nutzer hat auch bei den Angehörigen jede/-r Zehnte eine andere Vorstellung über zufriedenstellende Zugänge zu **Freibereichen**.
- In Bezug auf die Beurteilung der **Lage** gibt es kaum Unterschiede zwischen den beiden befragten Gruppen. Nur wenige äußerten sich hierzu kritisch,
- sicher auch, weil die Nähe zum Angehörigen – neben der Versorgungssicherheit und sozialen Aspekten – bei fast der Hälfte der Befragten ein wichtiger **Entscheidungsgrund** für die Auswahl des Wohnprojektes war, der sich anscheinend realisiert hat (Tabelle 3-45).

*Tabelle 3-44: Spezielle Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Wohnens (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Eher ja	Anteil
<b>Zufriedenheit mit</b>		
Barrierefreie Gestaltung (n=78)	77	98,7 %
Lage der Wohnung (n=76)	70	92,1 %
Zimmer-/Wohnungsgröße (n=77)	68	88,3 %
Freibereiche (n=72)	63	7,5 %

*Tabelle 3-45: Gründe für die Auswahl des Wohnangebotes (n=79)  
– Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Entscheidungsgründe für das Wohnangebot (n=78)</b>		
<b>Lage</b>		
Nähe zu Angehörigen	37	47,4 %
Nähe zu vorheriger Wohnung	34	43,6 %
Bekanntheit durch frühere Kontakte	9	11,5 %
<b>Gestaltung des Wohnangebotes</b>		
Wohnung/Zimmer barrierefrei	36	46,2 %
<b>Soziale Aspekte</b>		
Gemeinschaft/Kontaktmöglichkeiten	52	66,7 %
<b>Hilfeangebote</b>		
Hohe Versorgungssicherheit	51	65,4 %
Bedarfsgerechte Hilfen (im Haushalt)	26	33,3 %
<b>Konzept</b>		
Alternative klassisches Pflegeheim	52	66,7 %
Selbstbestimmung	47	60,3 %
Beteiligungsmöglichkeit des Angehörigen	41	52,6 %
<b>Andere Gründe</b>		
Kostengründe	7	9,0 %
Keine anderen Angebote vorhanden	6	7,6 %
Anderes	7	9,0 %

### Alltagshilfen

Von den befragten **Nutzerinnen und Nutzern** erhalten drei Viertel Alltagshilfen (74,5 % von n=411). Die meisten erhalten diese Hilfen von den Mitarbeitenden des Wohnprojektes und von Angehörigen (Tabelle 3-46).

*Tabelle 3-46: Erhaltene Alltagshilfen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Ja	Anteil
<b>Nutzer/-innen mit erhaltenen Alltagshilfen (n=411)</b>	306	74,5 %
<b>Erbringer/-innen der Alltagshilfen (n=306)</b>		
...von Mitarbeitenden	238	77,8 %
...von Angehörigen	204	66,7 %
...von externen Dienstleistern	123	40,2 %

Insgesamt besteht auch hier eine hohe Zufriedenheit bei den Nutzerinnen und Nutzern mit den Unterstützungsleistungen im Alltag. 55,5 Prozent der Befragten sind „ganz zufrieden“. 6,8 Prozent sind „weniger oder gar nicht zufrieden“ (Tabelle 3-47).

*Tabelle 3-47: Allgemeine Zufriedenheit mit den Alltagshilfen (n=292) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit Alltagshilfen</b>		
ganz zufrieden	162	55,5 %
weitgehend zufrieden	110	37,7 %
weniger zufrieden	12	4,1 %
gar nicht zufrieden	8	2,7 %

- Einzelne Unzufriedenheiten ergeben sich bei den **Beratungs-/Vermittlungsdiensten** sowie den Einkaufshilfen und Fahr- und Begleitdiensten (Tabelle 3-48). Diese Leistungen entsprechen bei ca. 15 Prozent der Befragten nicht ihren Vorstellungen. Auch auf die spezielle Nachfrage, ob sich die Nutzerinnen und Nutzer „gut informiert über die Angebote des Wohnprojektes“ fühlen, gab rund jede/-r siebte Befragte an, dass dies nicht der Fall sei (Tabelle 3-49). In Mitarbeitergesprächen vor Ort und in den Diskussionen auf den internen Programmtagungen wurde vielfach angemerkt, dass die Bewohnerschaft und ihre Angehörigen auch bei intensiver Aufklärung teilweise andere Erwartungen an das Wohnangebot haben. In Zukunft bedarf es umfassender Information und Aufklärung über die Leistungsmöglichkeiten, aber auch über Leistungsgrenzen neuer Wohnformen, um nutzergerechte Anforderungen zu erfüllen. Der Sicherung von Transparenz wird durch die besondere Dynamik neuer Wohnformen immer wieder neue Leistungsbausteine miteinander zu kombinieren und unterschiedliche Leistungsträger zu integrieren, besondere Aufmerksamkeit einzuräumen sein.

*Tabelle 3-48: Spezielle Zufriedenheit mit Alltagshilfen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Eher ja	Anteil
<b>Entsprechen die Alltagshilfen den Nutzererwartungen im Bereich der</b>		
Hilfen bei der Mahlzeiten-/Getränkeversorgung (n=212)	201	94,8 %
Hilfen bei der Wohnungsreinigung (n=260)	242	93,1 %
Hilfen bei der Wäscheversorgung (n=213)	197	92,5 %
Hilfen beim Einkaufen (n=182)	156	85,7 %
Beratungs-/Vermittlungsdienste (n=187)	160	85,6 %

*Tabelle 3-49: Information über Angebote im Wohnprojekt (n=409) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Eher ja	Anteil
<b>Fühlen sich Nutzer/innen gut informiert über Angebote</b>	353	86,3 %

43 Nutzerinnen und Nutzer äußerten sich über weitere Alltagshilfen, die ihnen im Wohnprojekt fehlen. Einige (n=8) wünschten sich mehr Begleitsdienste zu Spaziergängen oder zum Einkaufen. Anderen fehlten mehr Hilfen bei der Wohnungsreinigung (n=5) oder ein Garten- und Reparatur-/Hausmeisterdienst (n=7).

Die Nutzerinnen und Nutzer beurteilen die **Zusammenarbeit** verschiedener Personen, die die **Alltagshilfen** erbringen, überwiegend positiv. Diejenigen, die von mehreren Personen im Alltag Hilfen erhalten und die Zusammenarbeit beurteilt haben (n=152 Personen), sind zu drei Vierteln zufrieden mit der Zusammenarbeit (114 Personen stufen die Zusammenarbeit mit „eher gut, 34 mit „mittel“ und 4 mit „eher schlecht“ ein) (Tabelle 3-50).

Die Angehörigen bewerteten die Sicherung der Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit teilweise etwas anders. Rund ein Drittel der befragten **Angehörigen** hat angegeben, dass die Entscheidung für das Wohnangebot gefallen ist, weil man hier bedarfsgerechte Hilfen im Alltag erhält, so dass man noch selbstständig wohnen kann. Die befragten Angehörigen sind jedoch mit den Alltagshilfen nicht ganz so zufrieden, wie die Nutzerinnen und Nutzer. Nur rund ein Drittel äußerte, „ganz zufrieden“ zu sein. Bei den Nutzerinnen und Nutzern war es mehr als die Hälfte, ähnlich viele sind „weniger zufrieden“. Die etwas größere Unzufriedenheit der Angehörigen mit den Hilfen im Alltag resultiert evtl. daraus, dass die Angehörigen gerade in diesem Bereich tätig werden müssen, wenn die Alltagshilfen nicht ausreichen.

*Tabelle 3-50: Allgemeine Zufriedenheit Alltagshilfen (n=73) - Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit Alltagshilfen</b>		
ganz zufrieden	29	39,7 %
weitgehend zufrieden	40	54,8 %
weniger zufrieden	4	5,5 %
gar nicht zufrieden	-	-

Betrachtet man die spezielle Zufriedenheit mit einzelnen Alltagshilfen, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Nutzerinnen und Nutzern:

- Wie die Nutzerinnen und Nutzer sind auch die befragten Angehörigen mit den **Hilfen bei der Mahlzeitenversorgung sowie der Wohnungsreinigung und Wäscheversorgung** weitgehend zufrieden. Hier äußerten sich über 90 Prozent der Angehörigen positiv (Tabelle 3-51).



- Nicht so positiv bewerteten sie die **Fahr- und Begleitedienste**. Hier übte rund ein Viertel der Angehörigen Kritik. Bei den Nutzerinnen und Nutzern bewerteten rund 15 Prozent diese Leistung als nicht so zufriedenstellend.
- Auffallend sind auch hier einzelne Unzufriedenheiten mit den **Informations- und Beratungsleistungen**. Wie schon rund 15 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer, so fühlen sich fast ein Viertel der Angehörigen nicht umfassend genug über das Wohnangebot informiert. Auf die Frage, ob die Information und Transparenz über die gesamten Prozesse im Wohnprojekt ihren Vorstellungen entsprechen, gaben 30,6 Prozent an, dass dies eher nicht der Fall sei (n=72). Angehörige merkten z. B. in offenen Fragen an: „*Es kommt häufig zu Situationen, dass Informationen nicht weitergegeben werden*“; „*Ich weiß nicht, was gemacht wurde und was nicht*“; „*Als Angehöriger muss man lernen, wen man wofür ansprechen muss*“. Jedoch gab es auch Angehörige, die in den Gesprächen vor Ort aufgrund der Kleinteiligkeit der Wohnangebote den guten Austausch lobten. Dennoch wird man der Sicherung der Transparenz der Gesamtprozesse im Sinne nutzergerechter Wohnformen in Zukunft größere Aufmerksamkeit widmen müssen.

Tabelle 3-51: Zufriedenheit Alltagshilfen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung

	Eher ja	Anteil
Hilfen bei Mahlzeiten-/Getränkeversorgung (n=69)	64	92,8 %
Hilfen bei Wohnungsreinigung (n=67)	62	92,5 %
Hilfen bei Wäscheversorgung (n=65)	59	90,8 %
Hilfen beim Einkaufen (n=45)	39	86,7 %
Information/Beratung (n=58)	45	77,6 %
Fahr- und Begleitedienste (n=41)	30	73,2 %

### Gesundheitliche und pflegerische Hilfen

Pflegerische Hilfen erhalten nach eigenen Angaben zwei Drittel der befragten **Nutzerinnen und Nutzer** (64,1 %). Auch hier werden diese Hilfen mehrheitlich von Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht. Drei Viertel der Bewohnerschaft erhalten pflegerische Hilfen von Mitarbeitenden des Wohnprojektes, ein Drittel erhält Hilfen von Angehörigen oder von externen Dienstleistern. Externe Tages- /Nachpflegeeinrichtungen besucht knapp jede zehnte Bewohnerin bzw. jeder zehnte Bewohner (Tabelle 3-52).

*Tabelle 3-52: Erhaltene pflegerische Hilfen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Ja	Anteil
<b>Nutzer/-innen mit erhaltenen pflegerische Hilfen (n=398)</b>	255	64,1 %
<b>Erbringung der pflegerischen Hilfen (n=255)</b>		
...von Mitarbeitenden	198	77,6 %
...von Angehörigen	102	40,0 %
...von externen Dienstleistern	99	38,8 %
...von externen Tages-/Nachtpflegeeinrichtungen	24	9,4 %

Die allgemeine Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer mit der Pflege ist bei den Bezieherinnen und Beziehern von Pflegeleistungen ähnlich positiv wie bei der Bewertung der Alltagshilfen. Auch hier äußerten sich 93,9 Prozent „ganz“ oder „weitgehend zufrieden“. Der Anteil der „ganz Zufriedenen“ (58,0 %) ist sogar etwas größer als bei den „ganz Zufriedenen“ mit den Alltagshilfen (55,5 %) (Tabelle 3-53).

*Tabelle 3-53: Allgemeine Zufriedenheit mit den pflegerischen Hilfen (n=245) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit pflegerischen Hilfen</b>		
ganz zufrieden	142	58,0 %
weitgehend zufrieden	88	35,9 %
weniger zufrieden	8	3,3 %
gar nicht zufrieden	7	2,9 %

In Bezug auf einzelne pflegerische Unterstützungsleistungen gibt es jedoch einige Unzufriedenheiten (Tabelle 3-54):

- Während man kaum Kritik an ärztlich verschriebenen **behandlungspflegerischen Leistungen** übt (hier sind 97,7 %, die diese Hilfen vom Wohnprojekt erhalten, zufrieden),
- werden bisweilen nicht alle **grundpflegerischen Hilfen** bei Alltagsverrichtungen so erbracht, wie es sich die Befragten wünschen. Zwar werden die „Hilfen bei der Körperpflege“ von fast allen, die diese Hilfen vom Projekt erhalten, positiv eingeschätzt, auch hiermit sind 97,2 Prozent zufrieden. Mehr als jede/-r Zehnte ist jedoch nicht zufrieden mit den „Hilfen beim An- und Auskleiden“ und „Toilettengängen“, mehr als jede/-r Sechste ist nicht zufrieden mit „Mobilitätshilfen“ oder „Hilfen beim Essen und Trinken“ oder der „Gestaltung des Tagesablaufs“.

- In Bezug auf die **Notrufsicherung** sind rund 10 Prozent nicht zu zufrieden. Fast alle Befragten, die sich hierzu unzufrieden äußerten (n=14) wohnen in Wohnangeboten des Wohnformtyps „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ (n=10) (n=3 leben in „Integrierten Konzepten“ sowie n=1 in einem Konzept der „Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“). Hier handelt es sich i. d. R. um Personen mit einem hohen Unterstützungsbedarf, die in besonderer Weise auf eine Notfallversorgung angewiesen sein können.
  
- Fast 20 Prozent (n=31) befürchten, bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes wieder umziehen zu müssen und geben an, dass im Wohnprojekt Hilfen nicht **rund um die Uhr** verfügbar sind. Die hohe Versorgungssicherheit, die die Träger in Bezug auf die Leistungsangebote der Wohnprojekte äußerten (70 % haben eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung, bei 20 % kann sie bei Bedarf eingerichtet werden, nur bei jedem zehnten Projekt ist ein Auszug bei Gesundheitsverschlechterungen evtl. erforderlich), wird von den Nutzerinnen und Nutzern anscheinend nicht so umfassend erlebt. Die Besorgnis in Bezug auf die Versorgungssicherheit äußerte vor allem die Bewohnerschaft aus „Integrierten Konzepten“ (n=14) sowie der „Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“ (n=7) oder des „Betreuten Wohnens (n=2) – also aus Wohnformen, wo auch die Projektträger häufig auf die besonderen Herausforderungen bei der Gewährleistung von Versorgungssicherheit hingewiesen haben. Jede/-r vierte (n=8) von diesen Befragten lebt aber in „Ambulanten Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“, während aus dem Wohnformtyp „Stationäre Pflege“ keine Bewohnerin/kein Bewohner diese Befürchtung äußerte. Die Bewohnerschaft scheint sich also in den ambulanten Wohnsettings trotz umfassender Versorgungssicherheit noch nicht so sicher zu fühlen wie in stationären Settings. Da in der mündlichen Befragung von den Nutzerinnen und Nutzern immer wieder das Bedürfnis hervorgehoben wurde, nicht mehr umziehen zu müssen und über eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung eine hohe Versorgungssicherheit zu erhalten, um damit auch Wohnkontinuität wahren zu können, wird in Zukunft diese Art der Versorgungssicherheit noch stärker in den Blick genommen werden müssen, wenn man nutzergerechte neue Wohnformen umsetzen will.
  
- In Bezug auf die Art des **Umgangs** bewerteten fast alle Befragten die Mitarbeitenden als kompetent (96,2 %) und respektvoll (97,7 %). Auch hier wird jedoch vielfach die mangelnde Zeit der Mitarbeitenden kritisiert. 13,9 Prozent waren der Auffassung, dass die Mitarbeitenden nicht genügend Zeit für sie haben.

- Die **Zusammenarbeit** mehrerer Personen, die pflegerische Hilfen erbringen, beurteilen die Befragten wie schon bei den Alltagshilfen ähnlich positiv. Von 116 Befragten, die von mehreren Personen pflegerische Hilfen erhalten, bewerteten 92 Befragte die Zusammenarbeit als „eher gut“ (79,3 %), 24 Befragte bewerteten sie als „mittel“, keiner bewertete sie als „eher schlecht“.

*Tabelle 3-54: Spezielle Zufriedenheit mit pflegerische Hilfen durch Mitarbeitende\*)(n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Eher ja	Anteil
<b>Entsprechen pflegerische Hilfen den Nutzererwartungen</b>		
Medizinische – vom Arzt verschriebene – Krankenpflege (n=217)	212	97,7 %
Hilfen bei der Körperpflege (n=216)	210	97,2 %
Hilfen beim An- und Auskleiden (n=187)	173	92,5 %
Hilfen beim Aufstehen, Zubettgehen, Umlagern (n=157)	140	89,2 %
Hilfen beim Toilettengang/Inkontinenzversorgung (n=148)	129	87,2 %
Hilfen bei Mobilität (n=122)	122	85,9 %
Hilfen bei der Gestaltung des Tagesablaufs (n=145)	145	85,8 %
Hilfen beim Essen und Trinken (n=137)	114	83,2 %
Hilfen bei der Durchführung von Hobbies (n=152)	123	80,9 %
<b>Nutzer fühlen sich von Mitarbeitenden gut betreut</b>		
Mitarbeitende behandeln Person respektvoll (n=299)	292	97,7 %
Mitarbeitende sind kompetent (n=287)	276	96,2 %
Mitarbeitende haben genügend Zeit (n=294)	253	86,1 %
<b>Notrufsicherung/Rund-um-die-Uhr-Betreuung</b>		
Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird Hilfe angepasst (n=167)	153	91,6 %
Es kommt immer Hilfe im Notfall (n=197)	180	91,4 %
Person muss nicht mehr umziehen, wenn sie das nicht will (n=190)	160	84,2 %
Es ist rund um die Uhr Hilfe verfügbar (n=176)	145	82,4 %

\*) Die Befragten sollten explizit die Hilfen durch Mitarbeitende des Wohnprojektes einschätzen. Teilweise erhalten sie auch von anderen externen Dienstleistern Hilfen, die sie hier unter Umständen mitbewertet haben.

Bei 65,4 Prozent der befragten **Angehörigen** war die hohe Versorgungssicherheit mit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung im Bedarfsfall einer der wesentlichen Gründe für die Auswahl des Wohnprojektes. 66,7 Prozent suchten eine Alternative zum klassischen Pflegeheim, die aber eine wirkliche Alternative mit entsprechender Versorgungssicherheit bietet (Tabelle 3-45). Die Gewährleistung von Versorgungssicherheit im Bedarfsfall ist daher auch eine wesentliche Erwartung an das Wohnprojekt von der Mehrheit

der Angehörigen. Diese Erwartung scheint sich auch bei der überwiegenden Mehrheit der Angehörigen erfüllt zu haben. Rund 95 Prozent sind allgemein zufrieden mit den pflegerischen Hilfen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Hier sind jedoch 10 Prozent der Angehörigen weniger „ganz zufrieden“ im Vergleich zu den „ganz Zufriedenen“ bei den Alltagshilfen. Sie sind auch nicht so zufrieden, wie die Nutzerinnen und Nutzer. Während sich bei der Bewohnerschaft 58,0 Prozent „ganz zufrieden“ mit den pflegerischen Leistungen äußerten, waren bei den Angehörigen nur 45,7 Prozent „ganz zufrieden“ (Tabelle 3-55).

*Tabelle 3-55: Allgemeine Zufriedenheit mit den pflegerischen Hilfen (n=70) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit pflegerischen Hilfen</b>		
ganz zufrieden	32	45,7 %
weitgehend zufrieden	34	48,6 %
weniger zufrieden	4	5,7 %
gar nicht zufrieden	-	-

Worin die Unzufriedenheiten liegen, wird deutlich, wenn man die Zufriedenheit bei einzelnen pflegerischen Hilfen betrachtet (Tabelle 3-56):

- Eine hohe Zufriedenheit besteht mit über 90 Prozent positiven Äußerungen bei den ärztlich verordneten **behandlungspflegerischen Leistungen**.
- Ebenso sind die Angehörigen zufrieden mit den **grundpflegerischen Hilfen** bei der Selbstversorgung – also den Hilfen bei der Körperpflege, den Hilfen beim An- und Auskleiden, den Hilfen bei Toilettengängen oder den Mobilitätshilfen zum Erhalt der Selbstständigkeit. Über 90 Prozent der Angehörigen stufte diese Leistungen des Wohnprojektes – sofern ihre zu Betreuenden diese Hilfen vom Projekt in Anspruch genommen haben – so ein, wie sie sich das vorgestellt hatten.
- Etwas weniger Zustimmung gaben sie den **Hilfen in Bezug auf die Alltagsgestaltung** – also den Hilfen bei individuellen Beschäftigungen, bei der Gestaltung des Tagesablaufs oder Hilfen bei der Kontaktpflege. Hier äußerte sich zwischen einem Drittel und einem Fünftel der befragten Angehörigen nicht zufrieden.
- Mit den fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden sind die meisten Angehörigen auch zufrieden. 87,8 Prozent gaben an, dass diese ihren Vorstellungen entsprechen. Jedoch kritisiert ein Viertel die zeitliche Verfügbarkeit des **Personals** (25,2 %).

- Die Abstimmung und **Zusammenarbeit** derjenigen, die die Hilfen erbringen – also die Kooperation der Akteure – entspricht mit 85,9 Prozent der Erwartung der Mehrheit der Angehörigen.

*Tabelle 3-56: Spezielle Zufriedenheit mit einzelnen pflegerischen Hilfen (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Eher ja	Anteil
<b>Zufriedenheit pflegerische Hilfen</b>		
<b>Hilfen bei der Selbstversorgung</b>		
Hilfen bei der Körperpflege (n=65)	61	93,8 %
Hilfen beim An- und Auskleiden (n=59)	55	93,8 %
Hilfen beim Toilettengang/Inkontinenzversorgung (n=52)	48	92,3 %
Hilfen beim Essen und Trinken (n=45)	37	82,8 %
<b>Hilfen bei der Mobilität</b>		
Hilfen beim Aufstehen, Zubettgehen, Umlagern (n=51)	51	100,0 %
Hilfen beim Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen der Wohnung (n=45)	36	80,0 %
<b>Hilfen bei der Gestaltung des Alltagslebens</b>		
Hilfen bei der Gestaltung des Tagesablaufs (n=59)	48	81,4 %
Hilfen bei Beschäftigungen (n=60)	46	76,7 %
Hilfen bei der Kontaktpflege (n=59)	39	66,1 %
<b>Hilfen beim Umgang mit Krankheiten/Therapien</b>		
Hilfen bei kognitiven Beeinträchtigungen (57)	52	91,2 %
Medizinische – vom Arzt verschriebene – Krankenpflege (n=73)	66	90,4 %
<b>Zufriedenheit mit Personal</b>		
Zufrieden mit fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden (n=74)	65	87,8 %
Zufrieden mit zeitlicher Verfügbarkeit (n=75)	56	74,7 %
<b>Zufriedenheit mit Kooperation (n=71)</b>	61	85,9 %

Insgesamt gaben mehr als 95 Prozent aller Angehörigen an, dass sie sich bei der Unterstützung im Alltag, bei der Pflege und Betreuung, bei der Rund-um-die-Uhr-Betreuung und Notfallsicherung durch das Wohnangebot entlastet fühlen. Ein Drittel der Angehörigen fühlt sich jedoch durch den kontinuierlichen Austausch und die Abstimmungen mit anderen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern/Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zusätzlich belastet (Tabelle 3-84, Kapitel 3.3.3.3).

#### 3.3.1.4 Fazit

Nach den Angaben der Träger gibt es vielfältige Unterstützungsleistungen im Alltag und bei gesundheitlichen Einschränkungen, die den Bewohnerinnen und Bewohnern eine selbstständige Lebensführung bei Beeinträchtigungen ermöglichen. Bei der Mehrzahl der Projekte ist ein Verbleib auch bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen – durch Gewährleistung einer 24 Stunden-Betreuung – möglich, so dass die Wohn- und Versorgungskontinuität gesichert ist. Eine Herausforderung bleibt dies in Privatwohnungen der angestammten Häuslichkeit außerhalb von gemeinschaftlichen Wohnsettings. Einschränkungen gibt es auch bei der barrierefreien Wohnraumgestaltung, die bei einigen Projekten die Selbstständigkeit der Bewohnerschaft mit Mobilitätseinschränkungen gefährden kann. Auch werden von Seiten der Träger Grenzen der Versorgungssicherheit bei besonders schwer Pflegebedürftigen oder Menschen mit besonderen herausfordernden Verhaltensweisen benannt. Die Bereitstellung des umfassenden Leistungsmixes für die Versorgungssicherheit erfolgt durch vielfältige Akteure im Hilfemix. Dieser besondere Leistungs- und Hilfemix, um Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit in der großen Mehrheit der neuen Wohnformen zu gewährleisten, erfordert nach Ansicht der Mitarbeitenden eine – möglichst professionell gesteuerte – Gesamtkoordination.

Die Nutzerinnen und Nutzer sind mit den Alltagshilfen und pflegerischen Hilfen des Wohnprojekts überwiegend zufrieden, jedoch gibt es einzelne Unzufriedenheiten in Bezug auf die Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Auch die Beratung ist noch nicht überall so, dass die Nutzerinnen und Nutzer sich umfassend informiert fühlen. Die Kompetenz der Mitarbeitenden – wie auch der respektvolle Umgang – werden hoch geschätzt, jedoch wird der Zeitmangel des Personals vielfach kritisiert. Ein Viertel stuft die Kooperation, wenn mehrere Personen bei Alltagshilfen oder in der Pflege zusammenwirken müssen, nicht so positiv ein. Die befragten Angehörigen teilen die Nutzerzufriedenheit mit der Versorgungssicherheit in vielerlei Hinsicht, aber auch sie beklagen vor allem die nicht ausreichende Information über die Leistungen des Wohnangebotes. Eine verlässliche Ansprechperson, die Auskunft über die Abläufe und das Leistungsangebot in den neuen Wohnformen geben kann, erscheint auch aus dieser Perspektive erforderlich.

#### 3.3.2 Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“

Neben dem Erhalt der Selbstständigkeit durch Gewährleistung eines hohen Maßes an Versorgungssicherheit wird in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion immer wieder auch der Erhalt der individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen als Qualitätsanforderung für nutzergerechte Wohnformen für Pflegebedürftige hervorgehoben (siehe Kapitel 1.1.1.2). Insbesondere die Initiatoren neuer Wohn-

formen betonen, dass sie auch bei hoher Versorgungssicherheit für Pflegebedürftige gewährleisten wollen, dass diese entsprechend ihrer Bedürfnisse und Gewohnheiten wohnen können und versorgt werden (u. a. KIVA/Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Verein für selbstbestimmtes Wohnen im Alter 2006, Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen NRW 2006). Es geht bei dieser Qualitätsanforderung darum, die Struktur des Wohnangebotes, die Alltagsgestaltung und die notwendigen Hilfen orientiert an den subjektiven Gewohnheiten und Kompetenzen – also an der individuellen Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner – auszurichten. Das Leben nach individuellen Vorstellungen gestalten zu können, setzt voraus, dass man Einfluss auf diese Gestaltung hat. Die Sicherung der personalen Identität korrespondiert daher eng mit der Selbstbestimmung, also der Entscheidungsfreiheit, so zu leben, wie es den eigenen Vorstellungen entspricht (Pawlik 2012). Daher wird im Folgenden untersucht, inwieweit in den geförderten Projekten die Lebensweltorientierung der Bewohnerinnen und Bewohner durch Gewährleistung von Selbstbestimmung umgesetzt wird.

### 3.3.2.1 Nutzererwartungen zur Bestimmung der Merkmale für die Qualitätsanforderung

Zur Überprüfung, wie diese Qualitätsanforderung erfüllt wird, wurde auch hier eine Fülle von Merkmalen zusammengetragen, die aufgrund vorliegender fachlicher Erfahrungen in der Praxis oder aufgrund von vorliegenden Forschungsergebnissen – auch aus anderen Wohnsettings – für eine Überprüfung der Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ relevant sein könnten (siehe Merkmale „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ bei der Wohnformtypisierung im Anhang).

Von diesen werden im Folgenden wiederum nur diejenigen dargestellt, die von Seiten der Nutzerinnen und Nutzer als besonders relevant angesehen werden. Es werden nur solche Merkmale in die Überprüfung dieser Qualitätsanforderung einbezogen, die bei der mündlichen Nutzerbefragung von mindestens der Hälfte aller Befragten (Baseline-Befragung n=101) als Erwartung an die neue Wohnform benannt wurde. Tabelle 3-57 gibt einen Überblick über die ausgewählten Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ auf der Grundlage der Nutzererwartungen:



*Tabelle 3-57: Ausgewählte Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ (n=101) – Mündliche Nutzerbefragung\*)*

	Anteil
<b>Nutzererwartung Wohnen</b>	
Eigener Wohn-/Schlafraum (Umgezogene n=60)	80,0 %
Eigenes Bad (Umgezogene n=60)	75,0 %
Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnung (Umgezogene n=60)	65,0 %
Sicherung Privatheit (Abschließbarkeit) (Umgezogene n=60)	51,7 %
<b>Nutzererwartung Alltagshilfen</b>	
Selbst bestimmen können, mit anderen zusammen zu sein (n=101)	73,3 %
Wählbarkeit der Alltagshilfen (n=101)	69,3 %
Anpassung der Alltagshilfen auf individuelle Gewohnheiten (n=101)	58,4 %
<b>Nutzererwartung Gesundheit/Pflege</b>	
Persönliche Bedürfnisse bei der Pflege berücksichtigen (n=101)	68,3 %
Wahlfreiheit bei den gesundheitlichen Angeboten (n=101)	64,4 %
Pflegepersonal selbst auswählen zu können (n=101)	59,4 %
Pflegeabläufe selbst bestimmen zu können**) (n=101)	52,5 %

\*) Von den 101 Befragungsteilnehmenden sind 41 Nutzerinnen und Nutzer nicht in eine neue Wohnform umgezogen, sondern sie erhalten in ihrer vertrauten Wohnung neue Leistungen. Die Wohnung können sie daher wie bisher auch nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten. Entsprechend wurden ihre Erwartungen zum Wohnen nicht abgefragt, sondern nur zu den Alltagshilfen und zur Gesundheit/Pflege. Daher reduzieren sich die Angaben bei den Nutzererwartungen beim Wohnen auf n=60.

\*\*) Keine Merkmale in Trägerbefragung

### 3.3.2.2 Umsetzung der Qualitätsanforderungen aus Träger- und Mitarbeitersicht

In einem ersten Schritt wird auch hier wieder überprüft, wie diese Merkmale aus Träger- und Mitarbeitersicht umgesetzt werden.

#### **Wohnen**

Bei der Gestaltung der Wohnung ist die Berücksichtigung individueller Gestaltungsmöglichkeiten und Wahrung der Privatsphäre ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Sicherung der Lebensqualität (u. a. KDA-Landesinitiative Demenz Service 2007). Im Rahmen der mündlichen Nutzerbefragung äußerten fast alle Befragten den Wunsch, in der neuen Wohnform – sofern sie dafür umziehen müssen – einen eigenen individuellen Rückzugsbereich zu haben und diesen auch nach individuellen Vorstellungen gestalten zu können. Insbesondere wünschten sie sich einen eigenen Wohn-/Schlafraum und auch individuelle Sanitärbereiche – vor allem wenn sie in Gemeinschaftswohnformen umziehen. Ebenso war für sie wichtig, dass ihre Privatsphäre im neuen Wohnprojekt – z. B. durch Abschließbarkeit der Privaträume – gewahrt wird (Tabelle 3-58). Nach den Ergebnissen der Trägerbefragung sind diese wesentlichen Gestaltungsanforderungen nicht alle umgesetzt:

- Alle Bewohnerinnen und Bewohner, die in eine Gemeinschaftswohnung umgezogen sind, haben einen **eigenen Wohn- und Schlafbereich**. In den *Vor-Ort-Gesprächen* wurde von den Mitarbeitenden berichtet, dass in solchen Wohnprojekten trotz vieler Anfragen Doppelzimmer nicht belegt werden können (Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz, Asbach, Projekttyp A). Ordnungsrechtlich sind – teilweise in stationären Einrichtungen und damit auch in den stationären neuen Wohnformen – in manchen Bundesländern (z. B. Baden-Württemberg) 100-Prozent-Quoten für Einzelzimmer vorgeschrieben. In den *Vor-Ort-Gesprächen*, wurde jedoch darauf hingewiesen, dass Doppelzimmer manchmal für Geschwister oder Ehepaare in solchen neuen Wohnformen sinnvoll sein können (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A).
- Nur die Hälfte der umgezogenen Bewohnerinnen und Bewohner, die in einer Gemeinschaftswohnung leben, haben einen eigenen **Sanitärbereich**.
- Demgegenüber werden nach Ansicht der Träger umfassende Möglichkeiten gewährt, die individuellen Räumlichkeiten nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. 97,1 Prozent und damit fast alle Zimmer in *Gemeinschaftswohnungen*<sup>26</sup> können vollständig mit eigenen Möbeln ausgestattet werden. Auch bei der Gestaltung der Wände oder Beleuchtung wird ein hohes Maß an **individuellen Gestaltungsmöglichkeiten** eröffnet, lediglich bei der Gestaltung der Bodenbeläge gibt es nach Auskunft der Träger weniger individuelle Spielräume in Gemeinschaftswohnungen. Die individuelle Gestaltbarkeit reicht bis zur Mitnahme von Haustieren (Betriebsgesellschaft Senioren-Wohnsitz Ratzeburg GmbH & Co. KG, Ratzeburg, Projekttyp D), wie Mitarbeitende berichten. In dem *Vor-Ort-Gespräch* eines stationären Anbieters wurde jedoch von Mitarbeitenden darauf hingewiesen, dass es in den Zimmern eine Grundmöblierung und wenige Gestaltungsmöglichkeiten gebe (Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz, Asbach, Projekttyp A). In Bezug auf die baulichen Anforderungen wünschten sich einige Träger in den *Vor-Ort-Gesprächen* eine größere Flexibilität der Aufsichtsbehörden, um geforderte heimrechtliche und brandschutzrechtliche Standards mit gewünschter Wohnlichkeit der Bewohnerschaft in Einklang bringen zu können (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A).

---

<sup>26</sup> Diese Merkmale wurden explizit nur in Projekten mit *Gemeinschaftswohnungen* untersucht, weil Wohnprojekte in denen die Bewohnerschaft alleinige Mieter sind, i. d. R. freie Gestaltungsspielräume haben.

- Auf die Wahrung der **Privatsphäre** wird nach Auskunft der Träger besonderer Wert gelegt. Ein Indikator dafür ist die Abschließbarkeit der Privaträume vor allem bei Gemeinschaftswohnungen. Nach Angabe der Träger wird die Abschließbarkeit zur Sicherung der Privatsphäre fast durchgängig ermöglicht.
- Durch die **Kleinteiligkeit** der Wohnangebote wird ebenso ein persönlicherer Bezug gesichert. Mit durchschnittlich ca. 35 Wohneinheiten pro Wohnformtyp (lediglich 15 Standorte haben hierzu Angaben gemacht; Projekt des Wohnformtyps 5 „Integrierte Projekte“ wurden herausgerechnet; n=9) bleibt man deutlich unter den üblichen Größen stationärer Einrichtungen (von 80 bis 100 Betten). Die Überschaubarkeit und damit der persönlichere Bezug der Wohnangebote werden von vielen Mitarbeitenden geschätzt. Die Kleinteiligkeit kann aber auch zu Problemen mit der Versorgungssicherheit führen. Mitarbeitende in den Vor-Ort-Gesprächen berichten, dass bei einer Gruppengröße von drei Bewohnerinnen und Bewohnern in einer Pflegewohngruppe keine durchgehende Präsenz einer Betreuungskraft sichergestellt werden kann. Weiterhin ergeben sich in dörflichen Strukturen bei größeren Gruppen Auslastungsprobleme. Man versucht, durch eine flexible Baugestaltung spätere Aufstockungen zu größeren Gruppen zu ermöglichen (Genossenschaft am Pulvermaar – eine sorgende Gemeinschaft eG, Gillenfeld, Projekttyp A).

*Tabelle 3-58: Sicherung von Individualität bei der Wohnungsgestaltung (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Eigener Wohn-/Schlafraum</b>		
Bewohner/-innen leben in Einzelzimmern in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> (n=37 mit n=442 Zimmern)	442	100,0 %
<b>Eigenes Bad</b>		
Anteil der Zimmer in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> mit eigenem Bad (n=37 mit n=442 Zimmer)	252	57,0 %

	Anzahl	Anteil
<b>Individuelle Gestaltungsmöglichkeit der Wohnung</b>		
Bewohner/-innen können Zimmer in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> vollständig mit eigenen Möbeln ausstatten (n=34)	33	97,1 %
Bewohner/-innen können bei Gestaltung der Beleuchtung in ihren Zimmern in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> mitbestimmen (n=34)	32	94,1 %
Bewohner/-innen können Wände ihrer Zimmer in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> nach ihren Vorstellungen gestalten (n=34)	32	94,1 %
Bewohner/-innen können bei Gestaltung der Bodenbeläge/Teppiche in ihren Zimmern in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> mitbestimmen (n=34)	25	73,5 %
<b>Sicherung Privatheit</b>		
Anteil der durch die Bewohner/-innen abschließbaren Zimmer in <i>Gemeinschaftswohnungen</i> (n=33 mit 397 Zimmern)	375	94,5 %
Vorhandenes Leitbild enthält explizit Hinweise auf das Recht auf eine Privat- und Intimsphäre (n=49)	39	79,6 %

## Alltagsgestaltung

Auch wenn Unterstützung bei der Alltagsgestaltung gewährleistet wird, soll sich diese an der subjektiven Lebenswelt der Nutzerinnen und Nutzer orientieren. Alltagshilfen sollten sich an den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten der Hilfeempfänger ausrichten. Dies setzt voraus, dass diese subjektive Lebenswelt bei der Hilfestellung bekannt ist und bei der Umsetzung berücksichtigt wird. Es setzt aber auch voraus, dass man Einfluss auf die Gestaltung der Hilfeangebote hat (Heusinger/Falk 2011). Dies ist auch die Erwartungshaltung der befragten Bewohnerschaft. Der Bewohnerschaft war bei dieser Qualitätsanforderung besonders wichtig, dass sie z. B. Einfluss auf die Auswahl der Alltagshilfen hat und bei der Auswahl der Mitbewohnerschaft mitbestimmen kann. Ebenso war vielen wichtig, dass die gewährten Hilfen an ihre individuellen Gewohnheiten angepasst werden (Tabelle 3-59). Diese Gestaltungselemente werden nach Auskunft der Trägerschaft wie folgt umgesetzt:

- Eine an den Gewohnheiten und individuellen Bedürfnissen orientierte Umsetzung erfolgt schon in der **Konzeptionierung**. Von denjenigen, die ein *Leitbild* für die Umsetzung ihres Wohnkonzeptes formuliert haben (n=49), gaben fast 90 Prozent an, dass „Respekt und Achtung vor der Persönlichkeit“ dort explizit als Ziel formuliert ist. Auch Projekte, die ein spezielles *Betreuungskonzept* für die neue Wohnform erstellt haben (n=30), formulieren nach Angaben von rund 90 Prozent der Befragten darin explizite Anleitungen

zum Erhalt persönlicher Lebensgewohnheiten der Bewohnerschaft.

- Grundlage, um die Gewohnheiten, Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft zu berücksichtigen, ist die Erfassung der individuellen Lebensweisen. Drei Viertel der Projekte führen eine strukturierte Abfrage zur **Erfassung der Nutzerbedürfnisse** durch, weitere 8,5 Prozent planen eine solche Abfrage. Als Instrumente konzentrieren sie sich dabei meist auf persönliche Einzelgespräche mit den Nutzerinnen und Nutzern (61,7 % wenden dieses Instrument an) oder den Angehörigen (53,2 % wenden dieses Instrument an). Schriftliche Abfragen sind deutlich seltener (23,4 % wenden dieses Instrument an). 85,1 Prozent der Projekte führen dabei nicht nur einmalige, sondern häufigere Abfragen durch, rund drei Viertel (73,5 %) sogar mindestens alle 12 Wochen. Mitarbeitende aus Pflegewohngemeinschaften berichten, dass in den kontinuierlichen Tagesstrukturplänen regelmäßig Verhaltensweisen und Vorlieben der Bewohnerschaft dokumentiert und zur bedarfsgerechten Anpassung der Maßnahmen regelmäßig ausgewertet werden (Caritasverband Geldern-Kevelaer e. V., Geldern, Projekttyp D). In den *Vor-Ort-Gesprächen* stellten Mitarbeitende einer stationären Einrichtung dar, wie sie auf der Grundlage der Lebensqualitätsforschung eine Ist-Analyse zu lebensqualitätsstabilisierenden Merkmalen bei ihrer Bewohnerschaft durchgeführt und über Planungszellen im Sozialraum Bedürfnisse erfasst haben (Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld, Projekttyp A).

*Tabelle 3-59: Konzeptionelle Regelungen zur Berücksichtigung individueller Gewohnheiten (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Leitbild/Betreuungskonzept</b>		
Vorhandenes <i>Betreuungskonzept</i> enthält Anleitung zum Erhalt persönlicher Lebensgewohnheiten (n=30)	27	90,0 %
Vorhandenes <i>Leitbild</i> enthält explizit Hinweise auf Respekt und Achtung der Persönlichkeit (n=49)	44	89,8 %
<b>Erfassung der Nutzerbedürfnisse</b>		
Abfrage von Nutzerbedürfnissen/-gewohnheiten wird durchgeführt (n=59)	44	74,6 %

- Bei der tatsächlichen **Umsetzung** der Lebensweltorientierung gibt es jedoch Einschränkungen. Eine explizite Aufforderung des Trägers, **biografische Daten** bei der Alltagsgestaltung zu berücksichtigen, ist noch nicht selbstverständlich. Nur rund die Hälfte der Projekte hat angegeben, dass eine solche explizite Aufforderung der Berücksichtigung biografischer Daten bei der Alltagsgestaltung und der Mahlzeitenversorgung vorliegt. Aber auch in der Umset-

zung braucht es Zeit, die Mitarbeitenden, die sich verantwortlich in die Leistungserbringung einbringen, mitzunehmen. Dies wurde in den *Vor-Ort-Gesprächen* häufiger thematisiert. Es bedarf einer anderen Haltung und es ist auf Seiten der Mitarbeitenden zu verinnerlichen, dass man „Gast“ in den Räumlichkeiten der Bewohnerschaft ist und deren Bedürfnisse zu wahren hat. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen sagen, wie sie es haben wollen und die Mitarbeitenden sollen nur das umsetzen, was die Bewohnerschaft will: *„Nicht selbst machen, aber immer sagen wie es gemacht werden soll“* (Ev. Diakoniestiftung Herford, Herford und Spenge, Projekttyp A). Aber dieses stetige Einbringen der Nutzerperspektive, die Orientierung an den Bewohnerbedürfnissen und nicht an den (Anbieter-)Strukturen ist in manchen neuen Wohnformen, in denen Träger hauptsächlich die Verantwortung tragen, eine kontinuierliche Herausforderung: *„Wenn professionelle Träger viele Leistungen erbringen, muss man aufpassen, dass nicht der Blick aus der Perspektive des Betroffenen verloren geht“* (Ev. Diakoniestiftung Herford, Herford und Spenge, Projekttyp A). Die Mitarbeitenden geben zu, dass sie sich an den flexiblen Rhythmus der Bewohnerschaft vielfach erst gewöhnen müssen (Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH, Stuttgart, Projekttyp A). Es bedarf einer Art *„Enthospitalisierung/Deinstitutionalisierung der Mitarbeitenden“* (Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld, Projekttyp A) und einer Weiterentwicklung der Pflegedienste, die in solchen Wohnformen arbeiten (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A). Eine stetige Sensibilisierung der verschiedenen Verantwortlichen in stationären Einrichtungen in dieser Hinsicht erfolgt teilweise durch spezielle Workshops (Evangelisches Johanneswerk, Bielefeld, Projekttyp A). Ebenso bedarf es zur Umsetzung besonderer individueller Bedürfnisse der Übung und teilweise der Unterstützung durch die Bewohnerschaft und ihrer Vertretung (z. B. spezielles Essen, Gebetswaschungen, Sterbekultur) (Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH, Stuttgart, Projekttyp A). Auch die Leistungsträger und Ordnungsbehörden müssen sich nach Ansicht von einigen Mitarbeitenden anders aufstellen. Kommunen verhandeln z. B. bei den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ausschließlich mit den Pflegediensten, ohne die Angehörigen als Mitverantwortliche einzubinden (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A). Es stellt sich in neuen Wohnformen die Frage, wer hier die verantwortlichen Adressat/-in für die Qualitätssicherung ist. Ebenso machen Ordnungsbehörden Auflagen, die die Umsetzung der Nutzerbedürfnisse erschweren. In den *Vor-Ort-Gesprächen* berichten Mitarbeitende einer PflEGewohnungsgemeinschaft, dass die Heimaufsicht erhebliche Auflagen z. B. zur Verwendung

von Desinfektionswaschmitteln gemacht habe und wenn eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner ein anderes Waschmittel für seine Wäsche favorisiere, sie/er seine Wäsche nun selbst waschen müsse (Caritasverband für Stadt und Landkreis Göttingen e. V., Duderstadt, Projekttyp D).

- Ein **Bewohnergremium**, um den Nutzerinnen und Nutzern mehr Einfluss auf die Gestaltung des Lebens im Wohnprojekt zu geben, haben auch nicht alle Projekte (Tabelle 3-60). Einen Bewohnerbeirat haben nach Auskunft der Träger 45,6 Prozent von 57 Projektstandorten, diese sind sowohl im Wohnformtypen „Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen“ (n=1), wie in „Integrierten Konzepten“ (n=5), aber vor allem im Wohnformtypen „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ (n=18) sowie bei der „Weiterentwicklung stationärer Wohnangebote“ (n=2) zu finden. Über diesen können die Bewohnerinnen und Bewohner oder ihre Vertretung direkten Einfluss auf die Gestaltung des Alltagslebens im Wohnprojekte nehmen. Von den Projektstandorten mit *Gemeinschaftswohnungen* (n=35) – insbesondere des Wohnformtyps „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ – haben 74,3 Prozent eine Auftraggebergemeinschaft gebildet, um gemeinschaftlich ihre Interessen gegenüber den Leistungserbringern zu vertreten. Dies ist ordnungsrechtlich zum Teil für solche neuen Wohnformen vorgeschrieben, wenn sie als selbstverantwortete Wohnform eingestuft werden. Von den ambulanten Pflegewohngemeinschaften (n=32) im Modellprogramm sind nach eigenen Angaben ordnungsrechtlich 78,1 Prozent als selbstverantwortet und 21,9 Prozent als trägerverantwortet eingestuft.
- Ein systematisches **Beschwerdemanagement** zur Sicherung der Nutzerbedürfnisse wird nicht überall umgesetzt. In den neuen Wohnformen, in denen vom Träger ein systematisches Beschwerdemanagement implementiert werden kann (n=41), regeln nur rund ein Drittel den Umgang mit Beschwerden systematisch und werten Beschwerden regelmäßig aus. Ein systematisches Beschwerdemanagement ist jedoch ein wichtiges Instrument, damit Fehlentwicklungen wahrgenommen und eine systematische Passung der Leistungen des Wohnprojektes auf die Nutzerbedürfnisse erzielt werden kann.
- Auch die tatsächlichen Einflussmöglichkeiten auf die Auswahl der Mitbewohnerschaft, so dass die Nutzerinnen und Nutzer z. B. in gemeinschaftlichen Wohnprojekten mit Menschen ihrer Wahl zusammenleben können, sind eingeschränkt. **Mitspracherechte bei der Auswahl neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner** in *Gemeinschafts-*



*wohnformen* (n=37) gewährleisten nur rund zwei Drittel dieser Projekte, jedes Zehnte gewährt zumindest ein Vetorecht. Auch solche Mitbestimmungsmöglichkeiten werden durch ordnungsrechtliche Regelungen vielfach vorgeschrieben. Die Umsetzung dieser rechtlichen Anforderung stuft ca. ein Viertel (26,5 % von n=34) der Projektträger als schwierig ein, u.a. weil betriebswirtschaftlich eine schnelle Neubelegung erforderlich ist.

*Tabelle 3-60: Berücksichtigung Lebensgewohnheiten bei der Umsetzung (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>(Rechtlich vorgeschriebene) Mitbestimmung bei der Auswahl von Mitbewohnerinnen/Mitbewohnern</b>		
(Rechtliche) Anforderung der Mitbestimmung bei der Auswahl der Mitbewohner/-innen umgesetzt (n=43)	30	69,8 %
<b>Tatsächliche Mitbestimmung bei Auswahl der Mitbewohner/-innen (in Gemeinschaftswohnprojekten) (n=37)</b>		
Mitspracherecht bei der Auswahl neuer Mitbewohner/-innen gewährt	25	67,6 %
Mitspracherecht bei Aufnahme neuer Mitbewohner/-innen besteht <u>nicht</u>	8	21,6 %
Bewohnerschaft hat ein Vetorecht bei der Auswahl neuer Mitbewohner/-innen	4	10,8 %
<b>Bewohnerbeirat (n=57)</b>	26	45,6 %
<b>Auftraggebergemeinschaft in Gemeinschaftswohnprojekten (n=35)</b>	26	74,3 %
<b>Mitarbeitenden sind vom Träger explizit aufgefordert, biografische Daten zu berücksichtigen (n=60)</b>		
... bei der Alltags- und Freizeitgestaltung	35	58,3 %
... bei der Mahlzeitenversorgung	30	50,0 %
<b>Beschwerdemanagement (n=41)</b>		
Bewohner/-innen werden angeregt, Beschwerden vorzubringen	20	48,8 %
Umgang mit Beschwerden werden regelmäßig ausgewertet	16	39,0 %
Beschwerdebearbeitung ist systematisch geregelt	12	29,3 %
Beschwerdeerfassung ist systematisch geregelt	12	29,3 %

- Demgegenüber sind Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Zusammenstellung der Alltagshilfen weitgehend gegeben. Außer bei hauswirtschaftlichen Leistungen gewähren die Projekte bei sonst fast allen angebotenen Leistungen zur Alltagsgestaltung (Beratungsleistungen/Vermittlungsdienst, Freizeitangebote, Fahr- und Begleitedienste) **Wahlmöglichkeit** für die Bewohnerschaft (Tabelle 3-61). Dabei ist zu beachten, dass sich dies vielfach aus rechtlichen Vorschriften der Länderheimgesetzgebungen zumindest für ambulante neue Wohnformen ergibt. Einstufungskriterium, ob es



sich um eine ambulante Wohnform handelt, ist hier die Wahlfreiheit bei den Leistungen – außer bei geringfügigen allgemeinen Betreuungsleistungen. 91,8 Prozent der geförderten Projekte stellen vertragsrechtlich die Wahlfreiheit für alle Leistungen (bis auf allgemeine Betreuungsleistungen) sicher. Die Umsetzung dieser Anforderung ist für viele Projekte eine Herausforderung. Rund ein Drittel (31,1 %) dieser Projekte (n=45) gab an, dass die Umsetzung dieser Anforderung für sie in der Praxis schwierig sei und es auch „tatsächlich“ nicht bei allen Leistungen, die sie anbieten, gewährt werden kann, weil sie diese regelmäßig vorhalten müssen (z. B. hauswirtschaftliche Hilfen). In den *Vor-Ort-Gesprächen* wurde deutlich, dass sehr häufig alle Bewohnerinnen und Bewohner den hauseigenen ambulanten Pflegedienst wählen und trotz individueller Wählbarkeit häufiger das gesamte Leistungspaket des Wohnprojektes in Anspruch nehmen – nicht nur in Pflegewohngemeinschaften, sondern auch in umstrukturierten stationären Einrichtungen (z. B. SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). In den *Vor-Ort-Gesprächen* bemerkten Mitarbeitende, dass die tatsächliche Inanspruchnahme der Wahlfreiheit und damit auch die Möglichkeit von Personen, aus der gemeinsamen Finanzierung eines Pflegedienstes in einer ambulanten Demenzwohngemeinschaft auszusteigen, eine Umstellung im Finanzierungssystem erfordere (Hohenlimburger Bauverein eG, Hagen-Hohenlimburg, Projekttyp A). Die Mehrheit der Mitarbeitenden sah aber in der „individuellen Konstruierbarkeit“ (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A) der neuen Wohnform aufgrund der Wahlfreiheit eines der größten Potenziale ihres Wohnangebots (u. a. Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A; Ev. Diakoniestiftung Herford, Herford und Spenge, Projekttyp A; BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A; Hohenlimburger Bauverein eG, Hagen-Hohenlimburg, Projekttyp A; APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH, Gelsenkirchen, Projekttyp A; Betriebsgesellschaft Senioren-Wohnsitz Ratzeburg GmbH & Co. KG, Ratzeburg, Projekttyp D; SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D; Katharina und Dirk Brettschneider, Engelskirchen, Projekttyp D). Dies kann in selbstorganisierten gemeinschaftlichen Wohnformen jedoch manchmal dysfunktional sein, wenn die individuellen Sichtweisen zu stark dominieren und es dadurch schwer möglich wird, sich gemeinsam auf bestimmte Unterstützungsformen zu einigen (doMS e. V., Köln, Projekttyp A). Auch kann es sein, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit hohem Betreuungsaufwand mitunter höhere Kosten haben als z. B. in stationären Einrichtungen. Mitarbeitende einer umstrukturierten stationären Einrichtung in ein ambulantes Wohnangebot berichten, dass es solche Fälle gibt. Früher wurden durch den vorge-

gebenen Personalschlüssel in der stationären Einrichtung diese Aufwendungen durch die weniger betreuungsintensiven Bewohnerinnen und Bewohner kompensiert (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D).

*Tabelle 3-61: Wählbarkeit bei den Alltagshilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Vertragsrechtliche Wählbarkeit</b>		
Es ist Wahlfreiheit für alle Leistungen (bis auf geringfügige Betreuungsleistungen) in Verträgen sichergestellt (n=49)	45	91,8 %
<b>Tatsächliche Wählbarkeit bei den angebotenen Leistungen</b>		
Wählbarkeit von Gruppenangeboten Freizeit-/Kommunikationsangeboten (n=45)	44	97,8 %
Wählbarkeit von Einzelangeboten zur Freizeitgestaltung (n=42)	41	97,6 %
Wählbarkeit von Begleitdiensten/Behördengängen (n=38)	37	97,4 %
Wählbarkeit von Beratungs-/Vermittlungsdiensten (n=53)	50	94,3 %
Wählbarkeit von Hol-/Bringdiensten (n=27)	25	92,6 %
Wählbarkeit der hauswirtschaftlichen Hilfen (n=41)	34	82,9 %

### Gesundheitliche und pflegerische Hilfen

Die Bewohnerschaft der geförderten Projekte wünschte sich auch, dass die Unterstützungsleistungen bei gesundheitlichen Einschränkungen auf ihre Bedürfnisse angepasst werden und sie Einfluss auf die Gestaltung der Pflegeleistungen hat. Die Mehrheit äußerte gezielt die Erwartung, dass pflegerische Hilfen auf ihre Bedürfnisse angepasst werden, dass sie die pflegerischen Hilfen nach ihren Bedarfen auswählen kann und Einfluss und Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Auswahl des Pflegepersonals sowie die Gestaltung der Pflegeabläufe hat.

- Der Einfluss der Bewohnerschaft auf die Hilfen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist nach Ansicht der Träger weitgehend gegeben (Tabelle 3-62). So sind sowohl die grundpflegerischen Hilfen bei Alltagsverrichtungen als auch behandlungspflegerische Leistungen, wenn sie vom Projekt angeboten werden, für die Nutzerinnen und Nutzer fast überall **frei wählbar**. Lediglich die Notrufsicherung kann bei rund einem Drittel der Projekte nicht frei gewählt werden.

*Tabelle 3-62: Wählbarkeit bei gesundheitlichen Hilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Wahlfreiheit bei den gesundheitlichen Angeboten</b>		
Wählbarkeit von Betreuung/Aktivierung (n=42)	41	97,6 %
Wählbarkeit von Alltagsverrichtungen (Grundpflege) (n=38)	35	92,1 %
Wählbarkeit der Behandlungspflege (n=34)	31	91,2 %
Wählbarkeit von Notrufsicherung (n=32)	21	65,6 %

- Die Mehrheit der Projekte versucht über systematische **Biographiearbeit** im Pflegeprozess die Lebensgewohnheiten der Bewohnerschaft zu erfassen, um diese auch bei gesundheitlichen Hilfen berücksichtigen zu können. Nur bei 8,3 Prozent ist keine systematische Biographiearbeit vom Projekt vorgesehen. Rund drei Viertel der befragten Träger sammeln systematisch biografische Daten und rund zwei Drittel halten sie schriftlich fest (Tabelle 3-63). Die überwiegende Mehrheit der Projekte legt also großen Wert auf die Erfassung der Nutzergewohnheiten und -bedürfnisse, auch um sie bei den pflegerischen Hilfen berücksichtigen zu können.
- Eine explizite **Aufforderung des Trägers, biografische Daten bei der Pflege zu berücksichtigen**, ist jedoch nicht selbstverständlich. Nur rund die Hälfte der Projekte hat angegeben, dass eine solche explizite Aufforderung der Berücksichtigung biografischer Daten bei der Körperpflege vom Träger vorliegt.

*Tabelle 3-63: Erfassung der Nutzerbedürfnisse für gesundheitlichen Hilfen (n=60) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Persönliche Bedürfnisse bei der Pflege berücksichtigen</b>		
Es ist Biographiearbeit vorgesehen	55	91,7 %
Biografische Daten werden von allen Nutzerinnen/Nutzern gesammelt	47	78,8 %
Biografische Daten werden schriftlich festgehalten	37	61,7 %
Mitarbeitende sind vom Träger explizit aufgefordert, biografische Daten bei der Körperpflege zu berücksichtigen	28	46,7 %

In den *Vor-Ort-Gesprächen* wurde betont, dass die Möglichkeit, selbst bestimmen zu können, eng mit der **Selbstverantwortung** korrespondiert. In neuen Wohnformen, in denen professionelle Leistungsanbieter einen großen Teil der Verantwortung übernehmen, stellt sich immer wieder das Problem, dass die Bewohnerschaft und die Angehörigen diese Selbstverantwortung nicht übernehmen wollen (Vita Amare GmbH, Tangermünde, Projekttyp D;

Projektträger Katharina und Dirk Brettschneider, Engelskirchen, Projekttyp D) und das Konzept solcher neuen Wohnformen häufig nicht ganz verstehen (Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH, Stuttgart, Projekttyp A). Vor allem, wenn stationäre Versorgungsangebote in neue ambulante Wohnformen umstrukturiert werden, ist es eine besondere Herausforderung für Angehörige, auf diesem Weg mehr mitentscheiden zu können und zu müssen und keine Gesamtversorgungspakete mehr zu erhalten bzw. mitzunehmen (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). Dies erfordert von den Angehörigen z. B. auch, Einzelabrechnungen von Leistungen zu prüfen. Unmut kann nach Auskunft von Mitarbeitenden darüber entstehen, wenn Leistungen nicht separat geordert wurden, jedoch erwartet wird, dass diese Leistungen mit übernommen werden, weil sie früher im Leistungspaket enthalten waren. Dies sei ein langer Lernprozess für alle Beteiligten, der umfassend begleitet werden muss und damit auch personelle Ressourcen bei der Umstrukturierung erfordert (SeniVita Sozial gGmbH, Bayreuth, Projekttyp D). Andere Mitarbeitende berichteten davon, dass sie Informationsreihen für Menschen im Quartier anbieten, um die Selbstverantwortung stärker einzuüben und um Selbsthilfekräfte zur Selbstorganisation zu aktivieren (Ev. Diakoniestiftung Herford, Herford und Spenge, Projekttyp A). Andere betonen, dass sie von Anfang an bewusst nicht alle Aufgaben übernehmen und an Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige immer wieder die Erwartung der Mitwirkung vermitteln: *„Den All-inclusive-Charakter wie im Heim gibt es hier ab dem ersten Tag nicht“* (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A). Die sachgerechte Mitwirkung der Angehörigen wird vom ambulanten Dienst des Trägers überprüft, um Verbindlichkeit und Qualität zu sichern (BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A). Teilweise haben Projekte eine moderierende Begleitung, die diese Anforderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ständig wachruft (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A). Andere Mitarbeitende betonen, dass das „Sich-Einbringen“ von Bewohnerinnen, Bewohnern und Angehörigen auch eine Grenze haben kann und zur Überforderung wird (Hohenlimburger Bauverein eG, Hagen-Hohenlimburg, Projekttyp A); es kann auch zu Grenzsituationen kommen, in denen Pflegedienste verantwortlich handeln müssen (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A). Ebenso erfordert die Sicherung der Selbstverantwortung in solchen Wohnformen von Pflegebedürftigen Zeit und Begleitung (Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH, Köln, Projekttyp A).

Manche Mitarbeitenden sehen die Umsetzung individueller Lebensweisen durch Selbstbestimmung zunehmend durch den Pflegefachkräftemangel gefährdet. Die Berücksichtigung individueller Versorgungswünsche könne kaum umgesetzt werden, da Angebot und Nachfrage nach Mitarbeitenden, die dies leisten können, immer weiter auseinanderklaffen (Ev. Diakoniestiftung Herford, Herford und Spenge, Projekttyp A).

### 3.3.2.3 Umsetzung der Qualitätsanforderung aus Nutzer- und Angehörigensicht

Zu fragen ist, wie die Nutzerinnen und Nutzer und ihre Angehörigen die Umsetzung dieser Qualitätsanforderung beurteilen.

#### Wohnen

- In Bezug auf das Wohnangebot war den **Nutzerinnen und Nutzern** besonders wichtig, dass sie einen individuellen Rückzugsraum haben und dass ihre **Privatsphäre** dort gewahrt wird – besonders wenn sie in Gemeinschaftsformen leben. Diese Erwartung hat sich erfüllt (Tabelle 3-64). 97,5 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner gaben an, dass sie mit der Wahrung der Privatsphäre zufrieden sind. Fast alle sagen, sie haben einen eigenen abschließbaren Wohnungs- und Schlafbereich und die Mitarbeitenden klopfen an, wenn sie ihre Wohnung/das Zimmer betreten. Die Erwartung an die Sicherung der Privatsphäre wird jedoch in Bezug auf die eigenen Sanitärbereiche für einige nicht erfüllt. So gab jede/-r zehnte Bewohner/-in an, dass sie/er keinen eigenen Sanitärbereich hat, den sie/er alleine nutzen kann. Die Zufriedenheit mit den Sanitärbereichen ist daher auch bei jeder/jedem zehnten Bewohner/-in eingeschränkt.
- Hohe Zufriedenheit besteht auch darin, die Wohnung/das Zimmer nach eigener Vorstellung gestalten zu können. Für 97,5 Prozent sind die **persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten** der Wohnräume so, wie sie es erwartet haben.

*Tabelle 3-64: Spezielle Zufriedenheit mit der Wohnung/Wohnlage (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Privatsphäre</b>	<b>Ja</b>	
Mitarbeiter/-innen klopfen an (n=327)	316	96,6 %
Abschließbarkeit Wohnung/Zimmer (n=396)	376	94,9 %
Individuell nutzbare Sanitärbereiche (n=364)	324	89,0 %
<b>Entspricht das Wohnangebot den Vorstellungen der Nutzer/-innen in Hinblick auf...</b>	<b>Anzahl</b>	
Wahrung der Privatsphäre (n=407)	397	97,5 %
Persönliche Gestaltungsmöglichkeiten Wohnung/Zimmer (n=404)	393	97,3 %
Sanitärbereiche (n=413)	374	90,6 %

Für die **Angehörigen** war die Ermöglichung von Selbstbestimmung und der Erhalt individueller Gewohnheiten ihrer Angehörigen der viertwichtigste Grund für die Auswahl des neuen Wohnangebotes (nach „Erhalt sozialer Einbindung“, „Gewährleistung von

Versorgungssicherheit“ und „Alternative zum Pflegeheim“). Fast zwei Drittel (60,3 %) der befragten Angehörigen nannten diesen Auswahlgrund (Tabelle 3-45, Kapitel 3.3.1.3.). In vielerlei Hinsicht ist diese Erwartungshaltung nach Ansicht der Angehörigen auch umgesetzt worden:

- In Bezug auf die Wohnraumgestaltung sehen über 90 Prozent der Angehörigen die **individuellen Gestaltungswünsche** ihrer zu Betreuenden ebenso berücksichtigt, wie die Wahrung der **Privatsphäre**.

*Tabelle 3-65: Zufriedenheit mit der Berücksichtigung individueller Gestaltung des Wohnangebotes (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit der</b>		
Wahrung von Privatsphäre (individuelle Rückzugsräume, Abschließbarkeit) (n=75)	60	93,3 %
Persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnung (n=77)	69	89,6 %

### **Alltagsgestaltung sowie gesundheitliche und pflegerische Hilfen**

Die **Nutzerinnen und Nutzer** wurden auch gefragt, ob die Gestaltung des Alltags und der gesundheitlichen Hilfen an ihren persönlichen Bedürfnissen orientiert ist und sie Einfluss auf die Gestaltung des Alltags und der Hilfen nehmen können (Tabelle 3-66):

- Eine Orientierung an der Lebenswelt der Bewohnerschaft setzt die **Erfassung der Nutzerbedürfnisse** und Gewohnheiten voraus. Von denjenigen, die umgezogen sind und zu ihren Bedürfnissen befragt werden wollten, gab gut ein Viertel (28,4 %) an, dass sie beim Einzug in das neue Wohnprojekt nicht nach ihren Gewohnheiten und Bedürfnissen gefragt wurden. Das deckt sich mit Ergebnissen aus der Trägerbefragung, wo ca. ein Viertel der Träger angab, noch keine systematische Erfassung der Nutzerbedürfnisse vorzunehmen.
- Kritik an den Leistungen des Wohnprojektes haben bisher erst wenige Nutzerinnen und Nutzer geäußert. Ca. 20 Prozent aller befragten Nutzerinnen und Nutzer haben sich schon einmal beschwert, dass die Leistungen nicht so erbracht werden, wie sie sich dies wünschen. Rund die Hälfte von diesen war nicht zufrieden mit der Bearbeitung der **Beschwerden** oder sie wissen nicht, was aus der Beschwerde geworden ist. Auch dies passt zu den Ergebnissen der Trägerbefragung – hier wurde deutlich, dass ein systematisches Beschwerdemanagement in vielen der neuen

Wohnprojekte noch nicht selbstverständlich ist. Im Sinne nutzerorientierter Wohnformen sollten die Erfassung der Nutzerbedürfnisse und ein systematisches Beschwerdemanagement konstitutive Instrumente für neue Wohnformen sein. Nur auf dieser Grundlage können die Wohnangebote passgenau auf die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtet werden.

*Tabelle 3-66: Erfassung und Berücksichtigung von Nutzerbedürfnissen (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Nutzerbedürfnisse</b>		
Wollten befragt werden und wurden beim Einzug zu ihren Gewohnheiten und Bedürfnissen befragt (n=338)	242	71,6 %
<b>Umgang mit Beschwerden</b>		
Problem wurde behoben (n=65)	34	52,3 %
Es wurde zu wenig getan (n=65)	16	24,6 %
Person hat sich schon mal beschwert (n=372)	72	19,4 %
Ich weiß nicht, was unternommen wurde (n=65)	9	13,8 %
Man hat sich bemüht, aber ohne Erfolg (n=65)	6	9,2 %

- Auch sind die Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten nach Angaben der Nutzerinnen und Nutzer nicht so umfassend, dass eine Gestaltung der Abläufe und Hilfen an den Lebensgewohnheiten der Bewohnerschaft immer gesichert ist. Während in der Trägerbefragung wiederholt hervorgehoben wurde, dass für die angebotenen Leistungen weitgehende Wahlfreiheit besteht – so dass die Bewohnerschaft das für sie passende Leistungsangebot zusammenstellen kann (lediglich bei einigen hauswirtschaftlichen Leistungen und bei der Notrufsicherung wurden hier Einschränkungen benannt) – sehen die befragten Nutzerinnen und Nutzer doch häufiger Einschränkungen in Bezug auf ihre **Wahlmöglichkeiten bei den Alltagshilfen und Pflegeleistungen**. Rund ein Fünftel der Befragten, die hierzu Angaben gemacht haben, verweist darauf, dass nicht alle Alltagshilfen, allgemeine Betreuungsleistungen und Pflegeleistungen frei gewählt werden können. (Hier sind viele den 21,9 % trägerverantworteten Wohnformen der ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften zuzuordnen).
- Ebenso sind die **Mitbestimmungsmöglichkeiten** bei der Gestaltung des Tagesablaufes, der Auswahl des Personals oder der Auswahl der Mitbewohnerschaft nach Ansicht der Bewohnerschaft vielfach nicht so umfassend, als dass eine Orientierung an den Nutzerbedürfnissen gesichert werden kann. Von den Nutzerinnen und Nutzern, die angegeben

haben, dass sie auf diese Abläufe Einfluss nehmen wollen (je nach Frage zwischen n=218 und n=236 wollen mitbestimmen, zwischen n=51 und 66 wollten hier nicht mitbestimmen), kann ein Drittel die Gestaltung des Tagesablaufes *nicht* bestimmen, die Hälfte hat *keinen* Einfluss auf die Führung des Haushaltes, drei Viertel können die Auswahl der Mitbewohnerschaft oder die personelle Zusammensetzung *nicht* mitbestimmen. Von denjenigen, die ein Mahlzeitenangebot im Wohnprojekt nutzen (n=248), werden bei einem Fünftel die Speisewünsche *nicht* berücksichtigt und ein Drittel kann *nicht* bestimmen, wann sie essen wollen. Die Selbst- und Mitbestimmungsrechte sind also nach Angaben der Nutzerinnen und Nutzer in manchen Bereichen eingeschränkt.

Tabelle 3-67: Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Leistungsgestaltung (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung

	Anzahl	Anteil
<b>Mitbestimmungsmöglichkeiten bei</b>		
Gestaltung Tagesablauf (n=236)	165	69,9 %
Führung Haushalt (n=218)	122	56,0 %
Auswahl Mitbewohner/-innen (n=223)	61	27,4 %
Auswahl Personal (n=212)	49	23,1 %
<b>Wahlmöglichkeiten allgemein</b>		
Freie Auswahl aller allgemeinen Betreuungsleistungen (n=173)	146	84,4 %
Freie Auswahl aller Alltagshilfen (n=175)	142	81,1 %
Freie Auswahl aller Pflegeleistungen (n=164)	139	79,0 %
<b>Mitbestimmungsmöglichkeiten beim Mahlzeitenangebot</b>		
Meine Speisewünsche werden berücksichtigt (n=202)	166	82,2 %
Ich kann bestimmen, wann ich essen will (n=207)	131	63,3 %
Ich kann zwischen verschiedenen Gerichten wählen (n=215)	115	53,5 %

- Trotz geringerer Einflussmöglichkeiten wird die Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten bei der Alltagsgestaltung und bei den gewährten Hilfen von den befragten Nutzerinnen und Nutzern jedoch überwiegend positiv beurteilt. Von denjenigen, die durch das Projekt Unterstützung bei der **Tagestrukturierung** erhalten (n=252), gaben über 90 Prozent an, dass sie Aufstehen und Zubettgehen können, wann sie möchten und dass sie ihre Essens- und Trinkgewohnheiten beibehalten und ihre sozialen Kontakte nach Bedarf pflegen können. Lediglich bei den Gewohnheiten der Körperpflege muss jede/-r Fünfte Abstriche machen.



*Tabelle 3-68: Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten bei der Alltagsgestaltung (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung (n=459)*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit der Wahrung individueller Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Tagesstrukturierung</b>		
Selbstbestimmte Teilnahme an Gemeinschaftsangeboten (n=328)	322	98,2 %
Selbstbestimmte Zeiten für Treffen von Angehörigen/Freundinnen und Freunden (n=315)	303	96,2 %
Beibehaltung der Gewohnheiten bei den Aufsteh- und Zubettgehzeiten (n=328)	306	93,3 %
Beibehaltung der Ess- und Trinkgewohnheiten (n=324)	300	92,6 %
Beibehaltung der Bade-/Duschzeiten (n=319)	258	80,9 %

Ähnliche Tendenzen zeigen sich in der **Angehörigenbefragung**:

- Viele befragte Angehörige konstatieren, dass es keine Mitbestimmungsmöglichkeiten z. B. bei der Auswahl neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner gibt und rund ein Viertel ist mit den **Mitbestimmungsmöglichkeiten** bei der Alltagsorganisation nicht zufrieden.
- Jedoch sind fast 90 Prozent der befragten Angehörigen mit der **Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse** und der Gewohnheiten ihrer Angehörigen und den Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung der Leistungen zufrieden.
- Der Umgang mit **Beschwerden** entspricht bei 20,9 Prozent der befragten Angehörigen eher nicht ihren Vorstellungen.

*Tabelle 3-69: Zufriedenheit mit Mitbestimmungsmöglichkeiten (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Mitbestimmungsmöglichkeiten</b>		
Mitbestimmungsmöglichkeiten beim sozialen Austausch gegeben (n=62)	47	75,8 %
Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Auswahl neuer Mitbewohner/-innen gegeben (n=54)	26	48,1 %
<b>Zufriedenheit</b>		
...mit Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse/Gewohnheiten (n=71)	63	88,7 %
...mit Wahlfreiheit (n=71)	63	88,7 %
...mit Umgang mit Beschwerden (n=67)	53	79,1 %
...mit Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Alltagsorganisation (n=70)	54	77,1 %

Viele Angehörige fühlen sich jedoch durch die Anforderungen, viel gemeinsam mit anderen Angehörigen selbstverantwortlich organisieren zu müssen (34,0 %) und vieles im Sinne der Angehörigen mit-/selbstbestimmen zu können (25,4 %), zusätzlich belastet (Tabelle 3-84 Entlastungs-/Belastungseffekt Schriftliche Angehörigenbefragung in Kapitel 3.3.3.3).

#### 3.3.2.4 Fazit

Nach Trägerauskunft wird viel Wert auf die Berücksichtigung der Gewohnheiten und Selbstbestimmung gelegt. Konzeptionell ist dies weitgehend manifestiert, in der Umsetzung gelingt dies jedoch nicht immer. Zwar werden individuelle Rückzugsräume und die Sicherung der Privatsphäre gewahrt. Auch erfassen viele systematisch die Nutzergewohnheiten und es wird zumindest vertragsrechtlich ein hohes Maß an Wahlfreiheit für die vom Projekt angebotenen Leistungen gewährt. In der Praxis ist die Berücksichtigung der Nutzerbedürfnisse durch die Wahrung von Selbst- und Mitbestimmungsrechten jedoch nicht immer voll umgesetzt. Ein zentrales Mitspracherecht bei der Auswahl neuer Bewohnerinnen und Bewohner (in Gemeinschaftswohnprojekten) wird häufiger nicht gewährt und auch Bewohnergremien zur Durchsetzung der Nutzerbedürfnisse gibt es nicht überall; ein systematisches Beschwerdemanagement ist vielfach noch nicht verankert. Viele Mitarbeitende sehen jedoch gerade in der Ermöglichung der „individuellen Konstruierbarkeit“ das größte Potenzial ihres Wohnangebotes. Zugleich betonen sie, dass die Möglichkeiten viel selbst bestimmen zu können, mit der Zunahme der Selbstverantwortung korrespondiert. In der Wahrnehmung dieser Selbstverantwortung und in der Begleitung der Bewohnerschaft und ihrer Vertreterinnen bzw. Vertreter diese wahrzunehmen, sehen viele Mitarbeitende eine besondere Herausforderung neuer Wohnformen.

Die Nutzerinnen und Nutzer äußerten eine hohe Zufriedenheit mit den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnung und der Wahrung der Privatsphäre sowie der Orientierung des Tagesablaufs an ihren Gewohnheiten und Bedürfnissen. Sie bestätigen jedoch Einschränkungen in den Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten des Tagesablaufs. Auch ist nach ihrer Ansicht die Erfassung der Nutzerbedürfnisse oder ein systematischer Umgang mit Beschwerden in vielen Projekten noch nicht selbstverständlich. Die Angehörigen attestieren den Projekten ebenso eine hohe Zufriedenheit mit der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Bewohnerschaft, auch wenn sie vielfach Einschränkungen in den Mitbestimmungsrechten konstatieren. Die mit der eröffneten Selbstbestimmung auferlegte Forderung nach mehr Übernahme von Verantwortung erlebt mehr als ein Viertel der Angehörigen als zusätzliche Belastung (Tabelle 3-84, Kapitel 3.3.3.3).

### 3.3.3 Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“

Der dritte Aspekt im Hinblick auf die in der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Fachdiskussion immer wieder hervorgehobene Bedürfnislage Pflegebedürftiger betont soziale Qualitätsanforderungen. Neue Wohnformen sollen im Sinne der Nutzerbedürfnisse auch sicherstellen, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner am sozialen Leben teilhaben können (u. a. Schulz-Nieswandt et al. 2012, Kesselheim 2013; Klie/Schuhmacher 2008; DGGG 2011, BMI 2011), was in der UN-Behindertenrechtskonvention rechtlich verankert ist (United Nations 2006). Für die neuen Wohnformen stellt sich daher als weitere Anforderung, soziale Teilhabe von Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Diese Untersuchung konzentrierte sich dabei auf den Teilhabe-Aspekt der „sozialen Einbindung“, 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. Viele Ältere ziehen gerade in neue, insbesondere gemeinschaftliche Wohnformen, weil sie stärker sozial eingebunden sein wollen (u. a. Forum gemeinschaftliches Wohnen 2014, Forum gemeinschaftliches Wohnen 2017) (siehe zur Begründung Kapitel 1.1).

Die Gewährleistung von Teilhabe beinhaltet dabei nicht nur die Sicherung der internen und externen Kommunikation und eines wohnortnahen Austausches mit anderen Menschen (Klie et al. 2017), sondern auch, sich einbringen zu können, Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben zu eröffnen, Ressourcen und Fähigkeiten in die Gestaltung des gesellschaftlichen Lebens einbringen zu können. Ebenso ist der Wunsch nach Verbleib im vertrauten Wohnumfeld und Integration der neuen Wohnform in den sozialen Nahraum mit zu berücksichtigen, was sozialraumorientiertes Arbeiten erfordert (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2010).

#### 3.3.3.1 Nutzererwartungen zur Bestimmung der Merkmale für die Qualitätsanforderung

Zur Überprüfung, wie diese Qualitätsanforderung erfüllt wird, wurde eine Fülle von Merkmalen zusammengetragen, die auf Basis von vorliegenden Forschungsergebnissen oder vorliegender fachlicher Erfahrungen in der Praxis – auch aus anderen Wohnsettings – für eine Überprüfung der Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“ relevant sein könnte (siehe Merkmale „Teilhabe durch soziale Einbindung“ bei der Wohnformtypisierung im Anhang). Von diesen werden im Folgenden nur diejenigen dargestellt, die von Seiten der Nutzerinnen und Nutzer als besonders relevant angesehen werden. Es werden nur solche Merkmale in die Überprüfung dieser Qualitätsanforderung einbezogen, die bei der mündlichen Nutzerbefragung von mindestens der Hälfte aller Befragten (Baseline-Befragung n=101) als Erwartung an die neue Wohnform benannt wurde. Tabelle 3-70 gibt einen Überblick über

die ausgewählten Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung auf der Grundlage der Nutzererwartungen:

*Tabelle 3-70: Ausgewählte Merkmale zur Überprüfung der Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“ (n=101) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	<b>Anteil</b>
<b>Nutzererwartung Wohnen</b>	
(Barrierefreie) Gemeinschaftsräume (Nicht-Umgezogene n=41)	73,2 %
<b>Nutzererwartung Soziales</b>	
Privatbesuch empfangen können (Umgezogene n=60)	78,3 %
Freizeit-/Kommunikationsangebote (n=101)	71,3 %
Mehr Kontakte zu anderen Bewohner/-innen/Nachbarn (n=101)	68,3 %
Sicherung des Austausches und der Begegnung (Begegnungsmöglichkeiten) (n=101)	56,4 %
<b>Nutzererwartung Gesundheit/Pflege</b>	
Wertschätzender Umgang des Personals (n=101)	77,2 %
Möglichkeit, Externe in die Betreuung/Pflege einzubinden (Hilfemix) (n=101)	56,4 %

### 3.3.3.2 Umsetzung der Qualitätsanforderung aus Träger- und Mitarbeitersicht

Auch hier soll wieder überprüft werden, inwieweit aus Träger- und Mitarbeitersicht diese Merkmale der Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“ umgesetzt werden.

#### **Wohnen**

Wesentliche bauliche Anforderung, um die soziale Einbindung zu erhalten oder zu stärken, ist es, durch eine entsprechende räumliche Gestaltung den sozialen Austausch zu fördern. Die bauliche Anordnung von Privaträumen und Gemeinschaftsräume können den sozialen Austausch von Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern oder der Nachbarschaft im sozialen Nahraum ermöglichen und den Aufbau von Vernetzungsstrukturen im Sozialraum stärken. Diese baulichen Anforderungen sind nach Befragung der Trägerschaft weitgehend erfüllt (Tabelle 3-71):

- Bei fast allen gemeinschaftlichen Projekten (n=54) sind eine **Gemeinschaftsküche/Wohnküche oder Aufenthaltsräume** (Begegnungsräume im Projekt oder Stadtteiltreffs im Sozialraum) vorhanden (98,1%). Teilweise werden gemeinschaftliche Wohnbereiche in das Zentrum des Wohnprojektes gelegt. Nach Auskunft der Mitarbeitenden in den *Vor-Ort-Gesprächen* soll so gesichert werden, dass bettlägerige Personen bei offener Tür noch am sozialen Leben

teilnehmen können (Gerdas Pflegedienst GmbH, Hamm, Projekttyp D).

- Jedoch sind bei nicht einmal der Hälfte aller Projekte (44,2 %) alle angebotenen Gemeinschaftsräume entsprechend der DIN 18040 Teil 2 – also **barrierefrei** – gestaltet. Die Nutzbarkeit der Gemeinschaftsräume ist damit für Mobilitätseingeschränkte teilweise erschwert, was auch von einigen Nutzerinnen und Nutzer in den mündlichen Befragungen angemerkt wurde.

*Tabelle 3-71: Gemeinschaftsräume (n=79) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Angebot an Gemeinschaftsräumen</b>		
Gemeinschaftsküche/Wohnküche/Aufenthaltsräume sind im <u>Innenbereich</u> des Wohnprojektes vorhanden (n=54)	53	98,1 %
<b>Barrierefreiheit der Gemeinschaftsräume</b>		
<u>Alle</u> angebotenen Gemeinschaftsräume sind an DIN 18040 Teil 2 orientiert oder danach zertifiziert (n=52)	23	44,2 %

## Wohnumfeld

Einen besonderen Wert legen einige neue Wohnformen auf eine bedarfsgerechte Gestaltung des Wohnumfeldes, um den Austausch und die Teilhabe der Bewohnerschaft zu fördern.

- Insbesondere bei den Quartiersprojekten ist die Weiterentwicklung des sozialen Nahraums auf die Bedarfe von Unterstützungsbedürftigen ein wichtiges Konzeptionselement. Im **Sozialraum** werden Begegnungsmöglichkeiten geschaffen, um gezielt Austauschmöglichkeiten zu eröffnen und Hürden für die Teilhabe beseitigt. Eine Mitarbeitende aus einem Quartiersprojekt berichtet, „es geht darum ein zweites Wohnzimmer zu schaffen, in dem man sich entfalten kann“ (piano e. V., Kassel, Projekttyp B).

## Soziale Angebote

Ob die soziale Einbindung im Wohnprojekt gelingt, ist auch davon abhängig, wie diese vom Projekt unterstützt wird. Die befragten Nutzerinnen und Nutzer wünschten sich vor allem Angebote der Begegnung/Freizeitangebote und Angebote zur Sicherung des Kommunikationsaustausches. Sie möchten nicht darin eingeschränkt werden, Privatbesuche empfangen zu können, um ihre eigenen sozialen Kontakte pflegen zu können, und sie wünschen sich vielfach Kontakt zu anderen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern, wie auch zu der Nachbarschaft. Vielen dieser Wünsche

versuchen die Projekte durch ein entsprechendes Angebot nachzukommen:

- Drei Viertel aller geförderten Projekte halten ein umfassendes **Gruppenangebot zur Freizeitgestaltung** vor oder bieten Unterstützung für Einzelfreizeitangebote, um Begegnung und die Möglichkeiten zum sozialen Austausch zu fördern (Tabelle 3-72). Häufiger wird in den Mitarbeitergesprächen berichtet, wie aufwändig die Organisation von Ausflügen mit Pflegebedürftigen ist, so dass sich die Aktivitäten vielfach auf die direkte Wohnumgebung konzentrieren (Caritasverband Geldern-Kevelaer e. V., Geldern, Projekttyp D).
- Bei über 90 Prozent der Projekte werden – wo Einzüge erfolgt sind – **Integrationsgespräche** nach dem Einzug und kontinuierlich danach mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geführt – auch um ihre soziale Integration zu erleichtern.

*Tabelle 3-72: Unterstützungsangebote für den sozialen Austausch (n=79) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Freizeit-/Kommunikationsangebot</b>		
Gruppenangebote zur Freizeitgestaltung werden vom Träger angeboten (n=60)	46	76,7 %
Einzelfreizeitangebote zur Freizeitgestaltung werden vom Träger angeboten (n=60)	43	71,7 %
<b>Integrationsgespräche</b>		
Kontinuierliche Gespräche zur weiteren Integration werden geführt (n=25)	24	96,0 %
Nach dem Einzug werden Integrationsgespräche geführt (n=38)	35	92,1 %

Grundlage für die soziale Integration ist auch ein respektvoller Umgang mit der Bewohnerschaft. Wie bereits dargelegt, haben 89,8 Prozent der Projekte in ihrem Leitbild den „Respekt und die Achtung vor der Persönlichkeit“ formuliert.

### **Einbindung von Fähigkeiten und Ressourcen**

Die Sicherung von Teilhabe bedeutet nicht nur gute Rahmenbedingungen zu schaffen, um den sozialen Austausch zu fördern, sondern Beteiligungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten am gesellschaftlichen Leben zu eröffnen. Das Einbinden von eigenen Fähigkeiten oder Ressourcen oder die Einbindung von Angehörigen/Ehrenamtlichen/Nachbarn wird explizit von den Nutzerinnen und Nutzern der neuen Wohnformen gewünscht. Die Projekte versuchen diesen Aspekt der sozialen Einbindung wie folgt umzusetzen:

- Die Einbindung erfolgt zum einen durch eine enge **Zusammenarbeit mit den Angehörigen**. Angehörigenarbeit wird in fast allen Projekten (91,7 %) durchgeführt. Jedoch konzentriert sich diese Zusammenarbeit vielfach auf die Organisation regelmäßiger Angehörigentreffen oder Informationsabende. Zwei Drittel aller Projekte (66,7 %) arbeitet in dieser Weise mit den Angehörigen zusammen, wobei nur die Hälfte mindestens einmal monatlich ein Treffen organisiert (50,0 %). Bei den anderen Projekten sind die Treffen seltener. Eine weitergehende Einbindung, die auch Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten der Angehörigen beinhaltet, erfolgt nur bei einem Drittel. In jedem dritten Projekt gibt es ein Angehörigengremium und/oder es wird eine Vereinbarung mit den Angehörigen geschlossen (Tabelle 3-73).
  
- Die **Ressourcen der Angehörigen und Ehrenamtlichen** werden von deutlich mehr Projekten bei der Alltagsorganisation **eingebunden**. Vor allem bei Freizeitaktivitäten, aber auch bei Hilfen im Alltag wie Behördengängen oder der Wäscheversorgung bringen bei mehr als zwei Dritteln aller Projekte Angehörige und Ehrenamtliche ihre Ressourcen ein. Lediglich bei grundpflegerischen Alltagsverrichtungen werden sie seltener eingebunden. Nachbarn springen auch in manchen Projekten in Notsituationen ein (Heilhaus Kassel gGmbH, Kassel, Projekttyp A). Die Einbindung wird auch systematisch gefördert. In manchen Projekten erfolgt nach Auskunft der Mitarbeitenden eine Reduzierung der Betreuungspauschale, wenn Dienstleistungen von Angehörigen selbst erbracht werden (u. a. Gerdas Pflegedienst GmbH, Hamm, Projekttyp D, BeneVit Holding GmbH, Mössingen, Projekttyp A). Damit Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige oder Ehrenamtliche selbst aktiv werden können, wird nach Auskunft von Mitarbeitenden in den Vor-Ort-Gesprächen eine eigene Infrastruktur (Koordinierungsstelle) geschaffen (piano e. V., Kassel, Projekttyp B). Bei Projekten, die gezielt auf die Beteiligung der Bewohnerschaft, der Angehörigen und Ehrenamtlichen setzen und dies durch Hauptamtliche fördern, entsteht manchmal das Problem, dass sich durch hauptamtlich Aktive bei der Bewohnerschaft eine „Bedienmentalität“ entwickelt. In den Mitarbeitergesprächen wurde betont, dass eine der größten Herausforderungen in Quartiersprojekten sei, die Bewohnerschaft zu motivieren, selbst aktiv zu werden und sich einzubringen (piano e. V., Kassel, Projekttyp B). Es braucht Zeit und hauptamtliche Begleitung bis Teilhabe selbstorganisiert erfolgt (Tabelle 3-73).

*Tabelle 3-73: Beteiligung Angehöriger/Ehrenamtlicher (n=79) – Schriftliche Trägerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Angehörigenarbeit</b>		
Es gibt Angehörigenarbeit (n=60)	55	91,7 %
Es finden regelmäßige Angehörigentreffen, Angehörigeninformationsabende oder Erfahrungsaustausche statt (n=60)	40	66,7 %
Es gibt einen Angehörigenbeirat/ein Angehörigengremium oder eine/-n Angehörigensprecher/-in (n=60)	22	36,7 %
Es werden Angehörigen-/Gemeinschaftsvereinbarungen geschlossen (n=60)	20	33,3 %
<b>Einbindung von Angehörigen/Ehrenamtlichen</b>		
Angehörige/Ehrenamtliche werden bei Gruppenangeboten zur Freizeitgestaltung, Kommunikationsangeboten einbezogen (n=60)	49	81,7 %
Angehörige/Ehrenamtliche werden bei Einzelangeboten Freizeitgestaltung, Kommunikationsangeboten einbezogen (n=60)	48	80,0 %
Angehörige/Ehrenamtliche werden bei Fahrdiensten einbezogen (n=60)	47	78,3 %
Angehörige/Ehrenamtliche werden bei Wäscheversorgung einbezogen (n=60)	42	70,0 %
Angehörige/Ehrenamtliche werden bei Mahlzeitenversorgung einbezogen (n=60)	36	60,0 %
Angehörige/Ehrenamtliche werden grundpflegerischen Alltagsverrichtungen einbezogen (n=60)	35	58,3 %

### 3.3.3.3 Umsetzung der Qualitätsanforderung aus Nutzer- und Angehörigensicht

In diesem Kapitel wird wieder aus Nutzer- und Angehörigensicht überprüft, wie die Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“ umgesetzt wird. Gerade in Bezug auf die sozialen Kontakte und soziale Integration haben sich die **Nutzerinnen und Nutzer** allgemein kritischer geäußert. Mit dem sozialen Leben in den Wohnprojekten waren sie im Vergleich zum Wohnen, zu Alltagshilfen oder zur den Hilfen bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen am wenigsten zufrieden. Deutlich weniger als die Hälfte ist hier „ganz zufrieden“ und fast jede/-r Zehnte ist „weniger oder gar nicht zufrieden“ (Tabelle 3-74).



*Tabelle 3-74: Allgemeine Zufriedenheit mit sozialen Kontakten (n=427) – Schriftliche Nutzerbefragung*

Zufriedenheit mit Wohnangebot	Anzahl	Anteil
ganz zufrieden	173	40,5 %
weitgehend zufrieden	218	51,1 %
weniger zufrieden	27	6,3 %
gar nicht zufrieden	9	2,1 %

Auch sind viele **Angehörige** allgemein nicht ganz mit der sozialen Einbindung im Wohnprojekt zufrieden. Bei vielen Angehörigen war der soziale Aspekt ein wichtiger Auswahlgrund und Entscheidungsaspekt für das Wohnprojekt. So gaben rund zwei Drittel der Befragten (66,7 %), die hierzu Angaben gemacht haben (n=78), an, dass ihnen die Gemeinschafts- und Kontaktmöglichkeiten sowie persönlichen Beziehungen im Wohnprojekt bei der Vorauswahl gut gefallen haben. Es war neben dem Aspekt der „Versorgungssicherheit“ und dem Aspekt, eine „Alternative zum klassischen Pflegeheim“ zu finden, der wichtigste Entscheidungsgrund für das Wohnprojekt (Tabelle 3-45). Die damit verbundene Erwartung an eine gelingende soziale Teilhabe hat sich nicht überall erfüllt. Wie schon die Bewohnerschaft, stufen auch die Angehörigen die sozialen Kontaktmöglichkeiten am wenigsten so ein, wie sie sich das vorgestellt hatten. Nur rund ein Drittel (39,0 %) ist hiermit „ganz zufrieden“. Jede/-r Zehnte ist „weniger zufrieden“ (11,7 %). Mit den Wohnaspekten war die Hälfte „ganz zufrieden“ und kaum eine/einer äußerte sich „weniger zufrieden“ (1,3 %) – mit den Alltagshilfen war zwar auch nur rund ein Drittel „ganz zufrieden“, jedoch waren nur einige „weniger zufrieden“ (5,5 %) und mit den pflegerischen Hilfen war fast die Hälfte „ganz zufrieden“ und auch deutlich weniger „weniger zufrieden“ (5,7 %) (Tabelle 3-75).

*Tabelle 3-75: Allgemeine Zufriedenheit mit sozialen Kontaktmöglichkeiten (n=77) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

Zufriedenheit mit sozialen Kontaktmöglichkeiten	Anzahl	Anteil
ganz zufrieden	30	39,0 %
weitgehend zufrieden	38	49,4 %
weniger zufrieden	9	11,7 %
gar nicht zufrieden	-	-

Zu fragen ist, wie die Umsetzung einzelner fachlich geforderter Merkmale zur Sicherung der Teilhabe von den Nutzerinnen, Nutzern und Angehörigen beurteilt wird.

## **Wohnen**

Nach der **Nutzerbefragung** ergibt sich folgender Eindruck in Bezug auf die baulichen Aspekte für die soziale Einbindung:

- Ein wesentlicher Wohnfaktor, um alte soziale Kontakte aufrechterhalten zu können, ist zunächst einmal, möglichst am vertrauten Wohnort auch bei Beeinträchtigungen leben zu können. Wenn Pflegebedürftige in neue Wohnformen umziehen, die sich nicht in ihrem **vertrauten Wohnumfeld** befinden, verlieren sie vielfach Kontakte zu Nachbarn und auch Freunden. Viele der mündlich befragten Nutzerinnen und Nutzer beklagten gerade dies durch ihren Umzug in die neue Wohnform. Die Untersuchungsergebnisse aus der Schriftlichen Nutzerbefragung machen deutlich, dass die überwiegende Zahl der Bewohnerschaft der geförderten Projekte ihr vertrautes Wohnumfeld verlassen hat, um in das neue Wohnprojekt einzuziehen. Drei Viertel haben vorher nicht im gleichen Wohnviertel gewohnt (76,0 %) (Tabelle 3-76). Neben der bewussten Entscheidung, näher bei Angehörigen zu leben (die Angehörigen haben angegeben, dass sie zu 98,7 Prozent mit an der Auswahl des neuen Wohnangebotes beteiligt waren und 47,4 Prozent (n=78) gaben an, dass sie und die Bewohnerin bzw. der Bewohner sich für dieses Wohnangebot entschieden haben, weil es in der Nähe der Angehörigen liegt), ist ein Wechsel des sozialen Hintergrunds oft erfolgt, weil solche neuen Wohnformen noch nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Ein flächendeckenderer Ausbau könnte dem Wunsch der Nutzerinnen und Nutzer nachkommen, am vertrauten Wohnort zu bleiben und so soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.

*Tabelle 3-76: Wohnsituation vor Einzug ins neue Wohnangebot (n=438) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Vorher im gleichen Wohnviertel gewohnt</b>		
Nein	333	76,0 %
Ja	105	24,0 %

- Mit den **Orten der Begegnung**, die durch das Wohnprojekt bereitgestellt und von den Befragten genutzt werden, sind drei Viertel aller Befragten zufrieden (75,9 %). Jede/-r Zehnte hat aber eine andere Vorstellung, wie die **Gemeinschaftsräume** gestaltet sein sollten, um sozialen Austausch pflegen zu können. Aus der mündlichen Befragung wurde deutlich, dass hier vielfach die mangelnde Barrierefreiheit und Erreichbarkeit der Gemeinschaftsräume beklagt wird. Das kann auch ein Erklärungsgrund sein, warum mehr als jede/-r Zehnte solche Orte nicht nutzt (Tabelle 3-77).

*Tabelle 3-77: Zufriedenheit mit Gemeinschaftsräumen (n=381) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Begegnungsorte</b>		
Orte zur Begegnung nutze ich und entsprechen meiner Vorstellung	289	75,9 %
Orte der Begegnung <u>nutze ich nicht</u>	54	14,2 %
Orte der Begegnung nutze ich und entsprechen <u>nicht</u> meiner Vorstellung	38	10,0 %

### Nach der **Angehörigenbefragung**

- ist die „Nähe des Wohnangebots zur vorherigen Wohnung“ (43,6 %) fast genauso häufig ein Auswahlgrund für das Wohnprojekt gewesen, wie die „Nähe zum Angehörigen“ (47,4 %) (Tabelle 3-45, Kapitel 3.3.1.3). Die **Wohnortnähe** ist den Angehörigen bei der Auswahl neuer Wohnformen also auch wichtig.
- Mit den **Orten der Begegnung**, die im Wohnprojekt zur Verfügung gestellt werden, um den sozialen Austausch zu fördern, ist auch jede/-r zehnte Angehörige weniger zufrieden (9,5 %) (Tabelle 3-78). Ebenso bestätigen einige, dass ihr/-e Angehörige/-r die Begegnungsorte des Wohnprojektes nicht nutzt.

*Tabelle 3-78: Zufriedenheit mit Begegnungsorten (n=74) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit Begegnungsorten</b>		
Eher zufrieden mit den Orten zur Begegnung	62	83,7 %
Eher <u>nicht</u> zufrieden mit den Orten zur Begegnung	7	9,5 %
Angehöriger <u>nutzt das Angebot nicht</u>	5	6,8 %

### **Soziale Angebote**

Mit den sozialen Angeboten ist zwar die überwiegende Zahl der **Nutzerinnen und Nutzer** zufrieden, aber auch hier gibt es Einschränkungen:

- Bei 73,5 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen die **Freizeit- und Begegnungsmöglichkeiten** ihren Vorstellungen. Rund ein Viertel ist jedoch unzufrieden oder nutzt die Angebote nicht. Ein Fünftel der Befragten (20,2 %) hat angegeben, in der letzten Woche an keinen gemeinschaftlichen Aktivitäten teilgenommen zu haben (Tabelle 3-79). Dies kann sich zum einen aus gesundheitli-

chen Einschränkungen erklären, zum anderen ist dies zumindest bei jeder/jedem Zehnten aus der mangelnden Passgenauigkeit der Angebote zu erklären.

- Bei den **Hilfen zur Kontaktpflege** ist die Gruppe der Zufriedenen noch geringer (60,9 %). Auffallend ist hier die große Gruppe, die auch diese Unterstützungsangebote zur sozialen Einbindung nicht nutzt (26,9 %).

*Tabelle 3-79: Zufriedenheit mit sozialen Angeboten (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Freizeitangebote (n=396)</b>		
Freizeitangebote nutze ich und entsprechen meiner Vorstellung	291	73,5 %
Freizeitangebote <u>nutze ich nicht</u>	61	15,4 %
Freizeitangebote nutze ich und entsprechen <u>nicht</u> meiner Vorstellung	44	11,1 %
<b>Hilfen bei der Kontaktpflege (n=361)</b>		
Kontakthilfen nutze ich und entsprechen meiner Vorstellung	220	60,9 %
Kontakthilfen <u>nutze ich nicht</u>	97	26,9 %
Kontakthilfen nutze ich und entsprechen <u>nicht</u> meiner Vorstellung	44	12,2 %

*Tabelle 3-80: Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten (n=420) – Schriftliche Nutzerbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten in der letzten Woche</b>		
Mehr als 3 Aktivitäten	118	28,1 %
3 Aktivitäten	90	21,4 %
Weniger als 3 Aktivitäten	127	30,2 %
Keine Aktivitäten	85	20,2 %

Dabei wünschen sich viele Nutzerinnen und Nutzer deutlich mehr soziale Kontakte. Fast die Hälfte aller Befragten wünscht sich mehr **Kontakt zu anderen Menschen** (46,0 %), vor allem zu Angehörigen (74,6 %) und alten Freunden (55,6 %). Knapp ein Viertel möchte aber auch mehr Kontakt zur Mitbewohnerschaft. Rund jede/-r Zehnte hat gar keinen oder seltener als einmal im Monat Kontakt zu Mitbewohnern oder Angehörigen, jede/-r Dritte hat gar keinen oder seltener als einmal im Monat Kontakt zu Freunden oder Nachbarn (Tabelle 3-82).

Tabelle 3-81: Kontakthäufigkeit (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung

	Anzahl				Anteil
	Mehrmals pro Woche	Mehrmals pro Monat	Seltener als einmal pro Monat	Keine Kontakte	Seltener als monatlich und kein Kontakt
<b>Häufigkeit persönlicher Kontakt mit...</b>					
Angehörigen (n=400)	242	104	36	18	13,5 %
Nachbarn (n=347)	159	68	38	82	34,9 %
Freunden (n=349)	124	105	59	61	34,4 %
Mitbewohner/-innen (n=348)	274	50	8	16	6,9 %

Tabelle 3-82: Kontaktwünsche (n=459) – Schriftliche Nutzerbefragung

	Anzahl	Anteil
<b>Kontaktwünsche (n=367)</b>		
Wünsche mir <u>nicht</u> mehr Kontakt	198	54,0 %
Wünsche mir mehr Kontakt	169	46,0 %
<b>Mehr Kontakt gewünscht... (n=169)</b>		
...mit Angehörigen	126	74,6 %
...mit Freunden	94	55,6 %
...mit Nachbarn	61	36,1 %
...mit Mitbewohnern	39	23,1 %

Die befragten **Angehörigen** bewerten die sozialen Angebote und Kontaktmöglichkeiten ähnlich kritisch wie die Bewohnerschaft (Tabelle 3-83):

- Hier sind mehr als 20 Prozent unzufrieden mit den **Freizeitangeboten**. Ebenso bestätigt auch hier jede/-r zehnte Befragte, dass ihr/sein Angehörige/-r diese Angebote nicht nutzt, evtl. weil sie nicht bedarfsgerecht sind.
- Mit den **Hilfen bei der Kontaktpflege** sind sie zwar etwas zufriedener – auch zufriedener als die Bewohnerschaft – und sie geben auch häufiger als die Bewohnerschaft an, dass ihr Angehöriger die Hilfe nutzt, jedoch hat jede/-r Zehnte andere Vorstellungen von Hilfen bei der Kontaktpflege. Mehr Angehörige haben aber auf die offene Frage, was sich an ihrer Lebenssituation seit ihr/-e pflegebedürftiger Angehörige/-r dort eingezogen ist, verändert hat, angegeben, dass sich für sie die sozialen Kontakte verbessert hätten (zehn Angehörige von n=49 haben dies explizit ge-

äußert, demgegenüber haben vier angegeben, dass sich die sozialen Kontakte verschlechtert hätten). 85,2 Prozent gaben an, dass sie sich hinsichtlich der Sicherung sozialer Kontaktmöglichkeiten für ihre/-n Angehörige/-n entlastet fühlen (Tabelle 3-84).

*Tabelle 3-83: Zufriedenheit mit sozialen Angeboten (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl	Anteil
<b>Zufriedenheit mit Freizeitangeboten (n=75)</b>		
Eher zufrieden mit den Freizeitangeboten	51	68,0 %
Eher <u>nicht</u> zufrieden mit den Freizeitangeboten	16	21,3 %
Angehörige/-r <u>nutzt die Angebote nicht</u>	8	10,7 %
<b>Zufriedenheit mit Hilfen bei der Kontaktpflege (n=73)</b>		
Eher zufrieden mit den Hilfen	55	75,3 %
Eher <u>nicht</u> zufrieden mit den Hilfen	13	17,8 %
Angehörige/-r <u>nutzt die Hilfen nicht</u>	5	6,9 %

### Beteiligungsmöglichkeiten

Schon in der mündlichen Nutzerbefragung haben einige Nutzerinnen und Nutzer darauf hingewiesen, dass sie sich in solchen neuen Wohnformen mehr mit ihren Ressourcen und Fähigkeiten einbringen wollen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich auch viele **Angehörige** das Wohnangebot ausgesucht haben, weil sie sich dort weiterhin in die Unterstützung und den Betreuungsalltag einbringen können. Mehr als die Hälfte (52,6 %) nannte diesen Grund als Auswahlgrund für das Wohnprojekt (Tabelle 3-45). Von der Möglichkeit sich einbringen zu können machen die Angehörigen in den untersuchten Projekten auch vielfach Gebrauch:

- Die Untersuchungsergebnisse zeigen eine hohe **Kontaktdichte** der Angehörigen zur Bewohnerschaft. Die befragten Angehörigen haben angegeben, dass die meisten Bewohnerinnen und Bewohner wöchentlich Kontakt (73,1 %) haben, jede/-r Zehnte (11,5 %) sogar täglich (n=78). Rund jede/-r Zehnte (15,4 %) hat nur monatlich oder seltener Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern – diese Kontaktdichte bestätigen die Befragungsergebnisse der Schriftlichen Nutzerbefragung.
- Viele Angehörige und auch Ehrenamtliche pflegen nicht nur Kontakt, sondern bringen sich auch in den Betreuungsalltag ein. Wie bereits dargelegt (siehe Kapitel 3.3.1), kooperiert nach der Schriftlichen Trägerbefragung ein Projekt mit durchschnittlich 16 Angehörigen.

- Jedoch sind viele Angehörige nicht so zufrieden, wie die **Einbeziehung** der Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohner bei der **Alltagsorganisation** gelingt. Hier haben 30,6 Prozent angegeben, dass diese Teilhabemöglichkeiten nicht ganz ihren Vorstellungen entsprechen (n=72).
- Vielleicht auch, weil sich einige dadurch zusätzlich belastet fühlen. 18,2 Prozent gaben an, durch die Möglichkeit, sich in die Alltagsgestaltung einzubringen, zusätzlich belastet zu sein (Tabelle 3-84).

*Tabelle 3-84: Entlastung-/Belastungseffekte (n=79) – Schriftliche Angehörigenbefragung*

	Anzahl Eher entlastet	Anteil Eher entlastet
Bei der Pflege & Betreuung der/des angehörig-en Bewohne-rin/Bewohners (n=62)	62	100,0 %
Bei der Verfügbarkeit Rund-um-die-Uhr (n=62)	62	100,0 %
Bei der Sicherung einer Notfallversorgung (n=63)	62	98,4 %
Bei der Unterstützung der/des angehörig-en Bewohnerin/Bewohners im Alltag (n=65)	63	96,6 %
Bei der Sicherung sozialer Kontaktmöglichkeiten (n=64)	55	85,6 %
Durch Möglichkeit selbst bei der Alltagsgestaltung mitzuwirken (n=55)	45	81,8 %
Durch Möglichkeit vieles im Sinne des Angehörig-en mit-/selbst be-stimmen zu können (n=59)	44	74,6 %
Durch kontinuierlichen Austausch/Abstimmung mit anderen Angehö-rigen/Mitbewohner/-innen/Mitarbeitenden (n=54)	39	72,2 %
Durch Anforderungen vieles gemeinsam mit anderen Angehörig-en selbstverantwortlich zu organisieren (n=53)	35	66,0 %
Bei der Finanzierung der Versorgung (n=53)	24	45,3 %
Bei der Regelung von Behördenangelegenheiten für meine/-n Ange-hörige/-n (n=54)	24	44,4 %
Anderes (n=15)	10	66,7 %

### 3.3.3.4 Fazit

Nach der Trägerbefragung bieten die Wohnprojekte vielfältige günstige Rahmenbedingungen zur Sicherung der Teilhabe. Sie halten in der überwiegenden Zahl Gemeinschaftsräume vor, in denen sozialer Austausch stattfinden kann – auch wenn diese nicht immer barrierefrei sind. Sie unterstützen Begegnung und sozialen Austausch durch ein umfassendes Freizeit- und Kommunikationsangebot – auch wenn sich die Teilnahme Pflegebedürftiger an solchen Angeboten vielfach auf das Wohnprojekt und die nahe Umgebung konzentriert. Ebenso binden sie die Ressourcen von Angehörigen und Ehrenamtlichen umfassend ein und schaffen infrastrukturelle Rahmenbedingungen, damit sich die Bewohnerschaft, die Angehörigen und Ehrenamtlichen einbringen können. Die Si-

cherung der Teilhabe der Bewohnerschaft, der Angehörigen und Ehrenamtlichen durch Einbindung wird von den Mitarbeitenden vielfach als Kern ihres Wohnprojekts gesehen. Jedoch wird eine systematische Beteiligung von Angehörigen auch an Entscheidungen nicht überall – nur in den weitgehend selbstverantworteten Wohnformen – ermöglicht.

Die Nutzerinnen, Nutzer und Angehörigen haben hohe Erwartungen an die soziale Einbindung. Vielfach war der soziale Aspekt bei der Auswahl der jeweiligen Wohnform entscheidend. Jedoch sind sie allgemein mit der sozialen Einbindung am wenigsten zufrieden. Die Begegnungsorte und auch Freizeitangebote und Hilfen zur sozialen Einbindung werden zwar mehrheitlich positiv bewertet, jedoch gibt es viele Nutzerinnen und Nutzer, die weder die Begegnungsorte, noch die sozialen Unterstützungsangebote nutzen. Rund jede-/r Zehnte begründet es damit, weil diese nicht ihren/seinen Vorstellungen entsprechen. Dabei wünscht sich fast die Hälfte der Bewohnerschaft mehr Kontakt nicht nur zu Angehörigen, sondern auch zu Freunden oder Mitbewohnerinnen und -bewohnern. Diese nicht erfüllten Kontaktwünsche können die Ursache für die allgemeine Unzufriedenheit mit der sozialen Einbindung sein. Aufgrund der mangelnden Nähe zum alten vertrauten Wohnort von rund drei Vierteln der Bewohnerschaft, sind auch bauliche Rahmenbedingungen Ursache für die als unzureichend erlebte soziale Einbindung. Eine größere Verbreitung solcher Wohnformen kann diesen Faktor, der die soziale Einbindung beeinträchtigt, evtl. erleichtern. Aber es dürften auch das soziale Unterstützungsangebot und die gewährten Beteiligungsmöglichkeiten für Bewohnerinnen, Bewohner und Angehörige der Wohnprojekte selbst sein, die noch einmal auf ihre Passgenauigkeit zu Sicherung sozialer Teilhabe zu überprüfen sind.



## 4 Wirtschaftlichkeit neuer Wohnformen

### 4.1 Finanzierbarkeit aus der Nutzerperspektive

Die nachfolgende Analyse der Finanzierbarkeit der Wohnangebote aus Nutzerperspektive basiert auf Daten, die im Rahmen von schriftlichen Befragungen von Nutzerinnen und Nutzern der D-Projekte (im Juli 2016) sowie der A- & B-Projekte (Dezember 2017) erhoben wurden. Die Grundgesamtheit der Analyse bilden somit die Aussagen von 459 Nutzerinnen und Nutzern.

#### Wirtschaftliche Lage der Nutzerinnen und Nutzer

Im Rahmen der schriftlichen Nutzerbefragung wird unter anderem das monatliche Nettogesamteinkommen<sup>27</sup> der Nutzerinnen und Nutzer ermittelt. Im Mittel verfügen diese über ein monatliches Nettoeinkommen von 1.532 Euro<sup>28</sup>, wobei sich die Nettoeinkommen in der Spanne zwischen unter 500 Euro und über 5.000 Euro bewegen (Tabelle 4-1). Analog zu den Erfahrungen aus anderen Nutzerbefragungen konnte bzw. wollte ein Teil der Nutzerinnen und Nutzer diese Frage nicht beantworten (Hier: n=65 bzw. 14 % der Nutzerinnen und Nutzer).

*Tabelle 4-1: Verfügbares Nettoeinkommen pro Monat  
(n= 309 Nutzerinnen und Nutzer)*

Nettoeinkommen	Anzahl	In Prozent
<= 500 €	17	5,5
501-1000 €	62	20,1
1001-1500 €	106	34,3
1501-2000 €	67	21,7
2001-2500 €	20	6,5
2501-3000 €	16	5,2
3001-3500 €	5	1,6
3501-4000 €	5	1,6
4001-4500 €	8	2,6
4501-5000 €	2	0,6
5001 € und mehr	1	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>309</b>	<b>100,0</b>
<i>(kann diese Frage nicht beantworten)</i>	65	

<sup>27</sup> Relevant waren an dieser Stelle alle Einkommensarten, also Alterseinkünfte, Geldleistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe, Kapitaleinkünfte, Einkünfte aus Vermietung, Unterstützung durch Angehörige etc.) nach Abzug der Steuern und der Sozialversicherungsbeiträge.

<sup>28</sup> Für die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts wird unterstellt, dass die Einkommen innerhalb der Einkommensskategorien normalverteilt sind.

Hinsichtlich der Einschätzung der eigenen finanziellen Situation lassen sich im Wesentlichen drei Gruppen definieren. So schätzen etwa 37 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer die eigene finanzielle Situation als sehr gut bis gut ein. Weitere 39 Prozent schätzen die Situation als eher gut ein. Die verbleibenden 24 Prozent stufen ihre finanzielle Situation mit eher schlecht bis schlecht ein (Tabelle 4-2).

*Tabelle 4-2: Einschätzung der finanziellen Situation (n= 424 Nutzerinnen und Nutzer)*

Einschätzung der eigenen finanziellen Situation	Anzahl	Anteil in Prozent
sehr gut	16	3,8
gut	142	33,5
eher gut	165	38,9
eher schlecht	72	17,0
schlecht	29	6,8
<b>Gesamt</b>	<b>424</b>	<b>100,0</b>

Darüber hinaus zeigt sich, dass das verfügbare Nettoeinkommen (Tabelle 4-1) sowie die Einschätzung der finanziellen Situation (Tabelle 4-2) positiv miteinander korrelieren.<sup>29</sup>

Weiterhin von Interesse ist die Korrelation zwischen dem Pflegegrad und der Einschätzung der finanziellen Lage. Hierbei zeigt sich, dass sich die Einschätzung der eigenen finanziellen Situation mit zunehmendem Pflegegrad verschlechtert.<sup>30</sup> Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, da mit einem höheren Pflegegrad in der Regel höhere Pflegekosten und ein entsprechend höherer Eigenbeitrag einhergehen.<sup>31</sup>

Weiterhin von Interesse ist, welchen Bildungsgrad bzw. welche berufliche Qualifikation die Nutzerinnen und Nutzer mitbringen. In diesem Zusammenhang wurde die international vergleichbare Klassifikation für das Bildungswesen "International Standard Classification of Education" (nach ISCED-97 – Dreiteilung) gewählt. Der höchste erreichte Bildungsstand wird danach aus den Merkmalen allgemeiner Schulabschluss und beruflicher Bildungsabschluss kombiniert. Grundsätzlich wird zwischen folgenden drei Kategorien für den Bildungsstand unterschieden: "hoch", "mittel" und "niedrig". Personen mit einem hohen Bildungsstand verfügen über einen akademischen Abschluss oder einen Meister-

<sup>29</sup> Der Spearman-Test weist an dieser Stelle auf einen positiven (Korrelationskoeffizient: 0,395) und hochsignifikanten Zusammenhang (p-Wert: 0,000) hin.

<sup>30</sup> Einschränkend sei darauf hingewiesen, dass der hier berechnete Korrelationskoeffizient nach Spearman einen geringen Wert von 0,099 aufweist und der Signifikanztest einen p-Wert von 0,133 anzeigt. Somit ist der Zusammenhang statistisch nicht signifikant.

<sup>31</sup> Vgl. Prognos (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung, im Auftrag des BBSR.

/Techniker- oder Fachschulabschluss. Berufsqualifizierende Abschlüsse und/oder das Abitur beziehungsweise die Fachhochschulreife gehören zur Kategorie "mittlerer Bildungsstand". Personen mit ausschließlich einem Haupt-/Realschulabschluss, Polytechnische Oberschule und ohne beruflichen Abschluss beziehungsweise Personen ohne Bildungsabschluss fallen in die Kategorie "niedriger Bildungsstand". Im Ergebnis zeigt sich, dass 19 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer einen hohen Bildungsstand aufweisen, 53 Prozent einen mittleren Bildungsstand und etwa 27 Prozent einen geringen Bildungsstand (Tabelle 4-3).

Weiter zeigt sich, dass die Höhe des Bildungsstands positiv mit der Einschätzung der finanziellen Lage korreliert.<sup>32</sup>

Tabelle 4-3: Bildungsstand (n= 442 Nutzerinnen und Nutzer)

Bildungsstand	Anzahl	Anteil in Prozent
Niedrig	121	27,4
Mittel	237	53,6
Hoch	84	19,0
<b>Gesamt</b>	<b>442</b>	<b>100,0</b>
Keine Angabe oder anderer Schulabschluss/Ausbildung	17	

In der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 4-4) ist der Bildungsstand der Bewohnerinnen und Bewohner für die verschiedenen Wohnformtypen dargestellt. Der Wohnformtyp 1: *Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen* ist in der Nutzerbefragung nicht besetzt, da es hierzu nur ein Projekt mit potentiellen Nutzerinnen und Nutzern gibt. Bei der Analyse der anderen Wohnformtypen fällt auf, dass in den Wohnformtypen 2: *Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service*, Wohnformtyp 3: *Weiterentwicklung des privaten Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* und Wohnformtyp 5: *Integrierte Konzepte* der niedrige Bildungsstand unterrepräsentiert und der hohe Bildungsstand entsprechend überrepräsentiert ist. Im Unterschied dazu weisen die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnformtypen 4 und 6: *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* und *Vollstationäre Pflege* deutlich häufiger einen niedrigen Bildungsstand als der Durchschnitt aller Bewohnerinnen und Bewohner auf.

<sup>32</sup> Der Spearman-Test weist auf einen leicht positiven (Korrelationskoeffizient: 0,086) aber statistisch nicht signifikanten Zusammenhang (p-Wert: 0,077) hin.

*Tabelle 4-4: Bildungsstand nach Wohnformtyp (n= 442 Nutzerinnen und Nutzer)*

Wohnformtyp	Bildungsstand			Gesamt Anzahl
	niedrig	mittel in Prozent	hoch	
1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	/	/	/	/
2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	15,4	63,5	21,2	52
3. Weiterentwicklung des privaten Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	16,9	57,7	25,4	71
4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	38,5	46,8	14,7	156
5. Integrierte Konzepte	21,7	54,3	24,0	129
6. Vollstationäre Pflege	38,2	58,8	2,9	34
<b>Gesamt</b>	<b>27,4</b>	<b>53,6</b>	<b>19,0</b>	<b>442</b>

In Summe geben 29 (35) Prozent der Nutzerinnen und Nutzer (mit Pflegegrad) an, Unterstützung vom Sozialamt zu erhalten (Tabelle 4-5). Der Anteil der Sozialhilfebeziehenden steigt mit zunehmendem Pflegegrad an (Pflegegrad 1: 29 %, Pflegegrad 5: 54 %. Dieser Zusammenhang ist aber statistisch nicht signifikant).<sup>33</sup>

*Tabelle 4-5: Unterstützung vom Sozialamt nach Pflegegraden (n= 285 Nutzerinnen und Nutzer)*

	Bewohner ohne Unterstützung vom Sozialamt	Bewohner mit Unterstützung vom Sozialamt	Anteil Bewohner mit Unterstützung vom Sozialamt
	Anzahl	Anzahl	in Prozent
Pflegegrad 1	5	2	29
Pflegegrad 2	57	27	32
Pflegegrad 3	45	19	30
Pflegegrad 4	22	17	44
Pflegegrad 5	6	7	54
<b>Summe mit Pflegegrad</b>	<b>135</b>	<b>72</b>	<b>35</b>
keine Einstufung	58	9	13
Pflegegrad wurde erst beantragt	8	3	27
<b>Gesamt</b>	<b>201</b>	<b>84</b>	<b>29</b>

Acht Prozent der Nutzerinnen und Nutzer sind privat krankenversichert. Diese Gruppe schätzt ihre finanzielle Situation etwas besser ein als die Gruppe der gesetzlich versicherten Nutzerinnen und Nutzer. So beurteilen 45 Prozent der privat versicherten Nutzerinnen und Nutzer ihre finanzielle Situation als sehr gut bis gut im

<sup>33</sup> Der Spearman-Test weist an dieser Stelle erneut auf einen positiven (Korrelationskoeffizient: 0,105) aber nicht statistisch signifikanten Zusammenhang (p-Wert: 0,133) hin.

Vergleich zu 36 Prozent der gesetzlich versicherten Nutzerinnen und Nutzer.

Weiterhin wurden die Nutzerinnen und Nutzer zu den in den Verträgen vereinbarten monatlichen Zahlungen für Wohnen, Pflege und Betreuung an den Betreiber der Wohnform bzw. des Pflegeheims befragt. Im Durchschnitt liegen die Gesamtkosten bei 2.359 Euro und schwanken zwischen 48 Euro (Minimum) bzw. 6.500 Euro im Maximum (Tabelle 4-6). Davon entfallen etwa 34 Prozent auf das Entgelt für Pflegeleistungen sowie 23 Prozent auf Betreuungsleistungen. Weitere 23 Prozent entfallen auf die Warmmiete (inklusive Nebenkosten) bzw. das Heimentgelt für die Unterkunft. Hinzu kommen acht Prozent für die Verpflegungspauschale bzw. das Heimentgelt für Verpflegung, fünf Prozent für Hilfen im Haushalt, drei Prozent für Investitionsaufwendungen (im Falle des Heimaufenthalts) sowie vier Prozent für sonstige Entgelte.

*Tabelle 4-6: Gesamtkosten für Wohnen, Pflege und Betreuung pro Monat (n= 203 Nutzerinnen und Nutzer)*

	Mittelwert		Minimum	Maximum
	€	%	€	€
Warmmiete (inklusive Nebenkosten) bzw. Heimentgelt für Unterkunft	553	23,4	0	3.153
Verpflegungspauschale bzw. Heimentgelt für Verpflegung	186	7,9	0	1.080
Entgelt für Hilfen im Haushalt	123	5,2	0	1.733
Entgelt für Betreuung, Betreuungspauschale	552	23,4	0	2.000
Entgelt für Pflegeleistungen	800	33,9	0	4.000
Entgelt für Investitionsaufwendungen (für Heimaufenthalt)	59	2,5	0	1.200
Sonstige Entgelte	85	3,6	0	769
<b>Summe</b>	<b>2.359</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>6.500</b>

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass 37 Prozent der Antwortenden die eigene finanzielle Situation als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzten; für diese Gruppe dürfte die Finanzierbarkeit demnach keine Herausforderung darstellen. Demgegenüber stehen 24 Prozent der Antwortenden, die ihre finanzielle Situation als „eher schlecht“ oder „schlecht“ einschätzten und die demnach vor finanziellen Herausforderungen stehen dürften. In der Mitte gibt es schließlich 39 Prozent (größte Gruppe), die ihre finanzielle Situation als eher gut einschätzten. Die Finanzierung dürfte auch diese Gruppe – zumindest in Teilen – vor Herausforderungen stellen.

## 4.2 Wirtschaftlichkeit aus der Trägerperspektive

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt, die zur Wirtschaftlichkeit der Projekte nach § 45f SGB XI aus Perspektive der Projektträger gewonnen wurden. Zunächst werden im Unterkapitel 4.2.1 die quantitativen Ergebnisse zur Wirtschaftlichkeit der Projekte vorgestellt, die im Rahmen einer schriftlichen Befragung der Projektträger gewonnen wurden. Anschließend werden im Unterkapitel 4.2.2 die qualitativen Ergebnisse zur Wirtschaftlichkeit der Projekte präsentiert, die im Rahmen von Gesprächen mit den Projektträgern generiert wurden.

### 4.2.1 Quantitative Analyse

In die quantitative Wirtschaftlichkeitsanalyse, deren Ergebnisse im Folgenden vorgestellt werden, wurden diejenigen Projekte einbezogen, die dem Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* zugeordnet waren und die umfassende Angaben zu den für die Analyse relevanten Größen machen konnten. Dies sind 16 Projekte.<sup>34</sup> Darüber hinaus wurden Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* berücksichtigt, sofern diese Angaben zu den relevanten Größen machen konnten und aufgrund der Existenz eines gemeinschaftlichen Wohnangebots mit den Projekten des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* vergleichbar waren. Dies sind zwei Projekte. Die quantitative Wirtschaftlichkeitsanalyse basiert somit schwerpunktmäßig auf den Daten von 18 Projekten bzw. 22 Standorten.

Bei der Analyse der vor der Umsetzungsphase angefallenen Kosten und ihrer Finanzierung konnten die Daten weiterer fünf Projekte bzw. Standorte beider Wohnformtypen einbezogen werden, die sich im Erhebungszeitraum noch in der Konzeptionsphase befanden.

Aufgrund der unterschiedlichen Umsetzungsstände der Projekte während der Förderphase wurden die quantitativen Daten zur Wirtschaftlichkeit für unterschiedliche Zeiträume erhoben. Die Angaben von 13 Projekten mit insgesamt 17 Standorten beziehen sich auf das Betriebsjahr 2015, die Angaben von vier Projekten auf das Betriebsjahr 2016 und die Angaben von einem Projekt auf den Zeitraum von Juli 2016 bis Juni 2017. Die fünf Projekte, deren Angaben nur bei den vor der Umsetzungsphase angefallenen Kosten und ihrer Finanzierung berücksichtigt wurden, wurden im vierten Quartal 2017 zu diesen Kosten und ihrer Finanzierung befragt.

---

<sup>34</sup> Zwei Projekte, die diese Kriterien erfüllten, wurden aus Gründen einer eingeschränkten Vergleichbarkeit nur vereinzelt in die Analyse einbezogen. Im ersten Fall handelt es sich um eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft, im zweiten Fall um eine ambulantisierete stationäre Einrichtung.

Bei den in die nachfolgenden Analysen einbezogenen Projekten handelt es sich überwiegend um Projekte, die keine Förderung durch den GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms nach § 45f SGB XI erhalten haben.

Für die Projekte der restlichen Wohnformtypen<sup>35</sup> konnten keine differenzierten quantitativen Wirtschaftlichkeitsanalysen durchgeführt werden. Grund hierfür waren vor allem die zu geringen Fallzahlen der Projekte, die umfängliche Angaben zu den relevanten Größen machen konnten, sowie die damit verbundenen Datenschutzprobleme.

Bereits an dieser Stelle ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass bei vielen Themenblöcken nicht alle Projekte in die Auswertung einbezogen werden konnten. Zum Teil lagen den Projektverantwortlichen die entsprechenden Daten nicht vor, zum Teil ließen sich offenkundige Unplausibilitäten auch durch Nachfragen nicht beseitigen.

### **Kosten und ihre Finanzierung vor der Umsetzung des Projekts<sup>36</sup>**

In 20 von insgesamt 23 Projekten sind Vorlaufkosten vor dem eigentlichen laufenden Betrieb angefallen (Tabelle 4-7). Bei zehn Projekten liegen die Vorlaufkosten bis zu drei Jahre, bei acht Projekten mehr als drei Jahre zurück. Zwei weitere Projekte hatten Vorlaufkosten sowohl innerhalb des ersten als auch innerhalb des zweiten Zeitraums.

*Tabelle 4-7: Projekte mit Kosten vor dem Start der Umsetzungsphase<sup>37</sup>*

	Anzahl (zwei Mehrfachnennungen)
Projekte, bei denen die Kosten bis zu drei Jahre zurückliegen	12
Projekte, bei denen die Kosten mehr als drei Jahre zurückliegen	10
Projekte, bei denen keine Kosten vor dem eigentlichen Start der Umsetzungsphase angefallen sind	3

Bei einer näheren Betrachtung derjenigen Vorlaufkosten, die in den drei Jahren vor Umsetzungsbeginn angefallen sind, ergibt sich das folgende Bild (Tabelle 4-8): Mehr als 40 Prozent der Kosten

<sup>35</sup> Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen, Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service, Weiterentwicklung des Privaten Wohnens und Vollstationäre Pflege.

<sup>36</sup> Mit der Umsetzung ist der laufende Betrieb des Projektes nach Einzug der Bewohnerinnen und Bewohner gemeint.

<sup>37</sup> n=23 Projekte

entfallen bei nahezu allen Projekten auf den Bau oder Umbau von Gebäuden/Wohnungen. Im Durchschnitt machen die Bau-/Umbaukosten rund 76 Prozent aller Vorlaufkosten aus. Die diesbezüglichen Kosten liegen zum Teil im Millionenbereich und machen bei sechs Projekten beinahe 100 Prozent aus. Kosten für die Konzeptentwicklung machen im Durchschnitt 13 Prozent der Vorlaufkosten aus. Bei den Beratungskosten, den Kosten für die Personalqualifizierung sowie bei weiteren Kosten (z. B. Sachkosten) lag der Anteil jeweils bei deutlich unter zehn Prozent.

*Tabelle 4-8: Art und Höhe der Kosten, die bis zu drei Jahre zurückliegen*

		Kosten für Bau und Umbau des Gebäudes/der Wohnungen	Beratungskosten (z. B. externe Beratungsleistungen)	Kosten für die Konzeptentwicklung (z. B. Personalkosten)	Kosten für Personalqualifizierung	Weitere Kosten (z. B. Sachkosten)	Summe
<b>Projekt 1</b>	€	1.470.000	0	0	2.500	0	1.472.500
	%	99,8	0,0	0,0	0,2	0,0	100,0
<b>Projekt 2</b>	€	7.000	4.200	0	0	5.000	16.200
	%	43,2	25,9	0,0	0,0	30,9	100,0
<b>Projekt 3</b>	€	2.220.000	0	16.700	0	88.600	2.325.300
	%	95,5	0,0	0,7	0,0	3,8	100,0
<b>Projekt 4</b>	€	729.000	120.000	404.733	13.500	0	1.267.233
	%	57,5	9,5	31,9	1,1	0,0	100,0
<b>Projekt 5</b>	€	140.000	0	10.000	5.000	25.000	180.000
	%	77,8	0,0	5,6	2,8	13,9	100,0
<b>Projekt 6</b>	€	800.000	20.000	19.000	3.000	8.000	850.000
	%	94,1	2,4	2,2	0,4	0,9	100,0
<b>Projekt 7</b>	€	216.175	23.305	10.000	26.869	6.313	282.662
	%	76,5	8,2	3,5	9,5	2,2	100,0
<b>Projekt 8</b>	€	4.500.000	50.000	20.000	60.000	70.000	4.700.000
	%	95,7	1,1	0,4	1,3	1,5	100,0
<b>Projekt 9</b>	€	2.500.000	60.000	89.000	20.000	8.500	2.677.500
	%	93,4	2,2	3,3	0,7	0,3	100,0
<b>Projekt 10</b>	€	560.000	3.300	0	0	0	563.300
	%	99,4	0,6	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Projekt 11</b>	€	0	0	22.259	607	749	23.615
	%	0,0	0,0	94,3	2,6	3,2	100,0
<b>Durchschnitt</b>	€	1.194.743	25.528	53.790	11.952	19.287	1.305.301
	%	75,7	4,5	12,9	1,7	5,2	100,0

Tabelle 4-9 gibt einen Überblick über die Finanzierung der Kosten, die innerhalb der letzten drei Jahre für Bau- und Umbaumaßnahmen angefallen sind. Vier Projekte finanzierten die Bau-/ Umbau-



kosten vollständig aus Eigenmitteln des Trägers. Bei vier anderen Projekten wurden teils deutlich mehr als die Hälfte der Kosten durch Kredite finanziert. Bei einem Projekt wurden die Kosten zu rund 66 Prozent durch Fördermittel der Sozialleistungsträger gedeckt. Alle anderen innerhalb der drei Jahre vor Beginn der Umsetzungsphase angefallenen Vorlaufkosten (Beratungskosten, Kosten für die Konzeptentwicklung, Kosten für die Personalqualifizierung sowie weitere Kosten) wurden aus Eigenmitteln der Träger, Fördermitteln des GKV-Spitzenverbands, Fördermitteln der Länder und/ oder sonstigen Mitteln (u. a. Fördermittel des Deutschen Hilfswerks) finanziert.

Tabelle 4-9: Finanzierung der Kosten für Bau und Umbau

		Eigenmittel des Trägers	Förder- mittel des GKV-SV	För- dermit- tel der Kom- mune	För- dermit- tel des Landes	Förder- mittel der EU	Kredite	Sonstige (z. B. Spen- den)	Summe
<b>Projekt 1</b>	€	211.000	0	152.000	25.000	125.000	827.000	130.000	1.470.000
	%	14,4	0,0	10,3	1,7	8,5	56,3	8,8	100,0
<b>Projekt 2</b>	€	7.000	0	0	0	0	0	0	7.000
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Projekt 3</b>	€	500.000	0	0	120.000	0	1.600.000	0	2.220.000
	%	22,5	0,0	0,0	5,4	0,0	72,1	0,0	100,0
<b>Projekt 4</b>	€	729.000	0	0	0	0	0	0	729.000
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Projekt 5</b>	€	140.000	0	0	0	0	0	0	140.000
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Projekt 6</b>	€	100.000	0	0	140.000	0	200.000	360.000	800.000
	%	12,5	0,0	0,0	17,5	0,0	25,0	45,0	100,0
<b>Projekt 7</b>	€	216.175	0	0	0	0	0	0	216.175
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>Projekt 8</b>	€	900.600	0	0	0	0	3.599.400	0	4.500.000
	%	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	80,0	0,0	100,0
<b>Projekt 9</b>	€	800.000	200.000	0	0	0	1.500.000	0	2.500.000
	%	32,0	8,0	0,0	0,0	0,0	60,0	0,0	100,0
<b>Projekt 10</b>	€	0	0	0	80.000	109.000	0	0	560.000
	%	0,0	0,0	0,0	14,3	19,5	0,0	0,0	100,0
<b>Durch- schnitt</b>	€	360.378	20.000	15.200	36.500	23.400	772.640	49.000	1.314.218
	%	50,1	0,8	1,0	3,9	2,8	29,3	5,4	100,0

### Kostenstruktur

Tabelle 4-10 gibt einen ersten Überblick über die durchschnittlichen Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im jeweiligen Beobachtungszeitraum. Zu beachten ist, dass den

Werten unterschiedliche Grundgesamtheiten zugrunde liegen. Wie bereits erwähnt, ist dies darauf zurückzuführen, dass den Projektverantwortlichen die entsprechenden Daten nicht vorlagen (den Pflegediensten z. B. die Daten zu den Kosten für Räume/Gebäude) oder darauf, dass sich offenkundige Unplausibilitäten auch durch Nachfragen nicht beseitigen ließen.

Für die Personalkosten wurde ein Mittelwert von 32.079 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Jahr ermittelt. Die Streubreite der Einzelwerte ist jedoch, auch bei den beiden anderen betrachteten Kostenblöcken, sehr groß: So liegen an einem Standort die Personalkosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner beinahe doppelt so hoch wie der Mittelwert (63.951 €), an einem anderen machen sie weniger als die Hälfte des Mittelwerts aus (13.104 €). Den Unterschieden können vielfältige Einflussgrößen zugrunde liegen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang z. B. der Grad der Pflege-/Betreuungsbedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, die Qualifikation des Personals oder die personelle Tages- und Nachtbesetzung.

Die durchschnittlichen Kosten für Räume/Gebäude belaufen sich auf 5.658 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Jahr; an sonstigen Kosten sind im Durchschnitt der Projekte 4.501 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Jahr angefallen.

*Tabelle 4-10: Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr*

	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum	Grundgesamtheit
<b>Personalkosten</b>	32.079	28.118	13.104	63.951	13 Projekte <sup>38</sup>
<b>Kosten für Räume/ Gebäude</b>	5.658	5.180	3.142	11.000	11 Projekte
<b>Sonstige Kosten</b>	4.501	3.562	886	12.827	14 Projekte

Im Folgenden soll auf jeden der drei Kostenblöcke gesondert eingegangen werden.

Bei den durchschnittlichen **Personalkosten** pro Bewohnerin bzw. Bewohner entfallen 78 Prozent auf Pflege und Betreuung und 14 Prozent auf Verwaltung (Tabelle 4-11). Die Streubreite der absoluten Werte ist auch hier wieder sehr groß. Hinter den Betreuungskosten stehen dabei häufig Kosten für die Betreuung und Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen und der Aktivierung und Beschäftigung der Bewohnerinnen und Bewohner. Zum Teil stehen hinter den Personalkosten für die Betreuung auch Kosten für die

<sup>38</sup> Davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte.

Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Haushaltsführung bzw. die alltagsbezogene hauswirtschaftliche Versorgung (z. B. gemeinsames Backen). Auch die Kosten für kleinere Pflegetätigkeiten sowie für organisatorische und koordinierende Maßnahmen werden unter den Personalkosten für die Betreuung zum Teil subsumiert.

Die restlichen Personalkosten machen lediglich knapp acht Prozent aus. Hierzu zählen u. a. Personalkosten für Hilfen im Haushalt (2,7 %, 855 € pro Bewohnerin bzw. Bewohner) und Personalkosten für die Quartiersentwicklung (2,3 %, 744 € pro Bewohnerin bzw. Bewohner). Letztere fielen bei vier Projekten an.

*Tabelle 4-11: Personalkosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr<sup>39</sup>*

	Mittelwert		Minimum	Maximum
	€	%	€	€
<b>Personalkosten für Verwaltung (z. B. Leitung, Hausmeisterdienste)</b>	4.576	14,3	502	12.246
<b>Personalkosten für Pflege und Betreuung</b>	25.011	78,0	11.258	51.051
<b>Personalkosten für Hilfen im Haushalt (z. B. Reinigung, Verpflegung, Wäschedienste)</b>	855	2,7	0	4.938
<b>Personalkosten für Quartiersentwicklung</b>	744	2,3	0	8.817
<b>Personalkosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen</b>	236	0,7	0	1.910
<b>Personalkosten für sonstige Leistungen</b>	478	1,5	0	4.405
<b>Personalkosten und Schulung von Ehrenamtlichen</b>	180	0,6	0	1.345
<b>Summe</b>	<b>32.079</b>	<b>100,0</b>		

Bei den **Kosten für Räume/Gebäude** ist zu unterscheiden, ob das Projekt in angemieteten oder eigenen Räumlichkeiten durchgeführt wird.

Ein Blick auf die monatlichen Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner (Tabelle 4-12, letzte Spalte) zeigt Folgendes: Im Falle der Anmietung von Räumlichkeiten beträgt die durchschnittliche monatliche Kaltmiete 359 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner, im Falle von Eigentum betragen die analog anzusetzenden Abschrei-

<sup>39</sup> n=13 Projekte

bungen 286 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner. Der niedrigere Wert im Eigentumsfall könnte sich dadurch erklären, dass Gebäude bereits weitgehend abgeschrieben sind und daher, soweit keine Sanierungsmaßnahmen erforderlich sind, auch keine Kosten mehr anfallen. Die geringen Grundgesamtheiten von fünf bzw. sechs Projekten lassen allerdings nur eingeschränkt Verallgemeinerungen zu.

Die monatlichen Kosten für den laufenden Betrieb von Räumen/Gebäuden (Kosten für Heizung und sonstige Nebenkosten) unterscheiden sich kaum: Sie betragen 165 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner bei Anmietung und 141 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Eigentumsfall.

Insgesamt ergeben sich monatliche Kosten von 525 Euro (Anmietung) bzw. 427 Euro (Eigentum) pro Bewohnerin bzw. Bewohner.

*Tabelle 4-12: Kosten für Räume/Gebäude pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr*

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Mittelwert pro Monat
	€	€	€	€
<b>Räume/Gebäude werden angemietet</b> (5 Projekte)				
Kaltniete	4.311	1.259	8.375	359
Kosten für Heizung und sonstige Nebenkosten	1.986	1.019	2.625	165
<b>Zusammen</b>	<b>6.297</b>			<b>525</b>
<b>Räume/Gebäude befinden sich im Eigentum des Trägers des Wohnprojekts</b> (6 Projekte)				
Abschreibungen für Wohnraum/Gebäude (inklusive Umbauten)	3.427	2.231	6.833	286
Kosten für Heizung und sonstige Nebenkosten im Zusammenhang mit dem Wohnraum/Gebäude (Grundbesitzabgaben, Versicherungen, Wasser, Strom etc.)	1.698	977	2.846	141
<b>Zusammen</b>	<b>5.125</b>			<b>427</b>

Zu den **sonstigen Kosten** zählen Zinsen, weitere Abschreibungen, Materialkosten, Sachkosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen und weitere nicht aufgelistete betriebsbedingte Kosten. Den Hauptanteil machen hier die Materialkosten (z. B. für Lebensmittel, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf) mit rund 35 Prozent sowie sonstige (betriebsbedingte) Kosten mit rund 34 Prozent aus. Dies entspricht bei den Materialkosten einem jährlichen Betrag von 1.584 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner und bei den sonstigen (betriebsbedingten) Kosten einem jährlichen Betrag von 1.533 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner. Auf Zinsen entfielen in den 14 einbezogenen Projekten durchschnittlich 990 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner (Tabelle 4-13).

Tabelle 4-13: Sonstige Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr<sup>40</sup>

	Mittelwert		Minimum	Maximum
	€	%	€	€
Zinsen	990	22,0	0	3.102
Weitere Abschreibungen (ohne Abschreibungen auf Wohnraum/Gebäude) z. B. für Vermögensgegenstände und Sachanlagen	227	5,0	0	1.250
Materialkosten (z. B. Lebensmittel, Wirtschaftsbedarf, Verwaltungsbedarf)	1.584	35,2	0	6.375
Sonstige Kosten für Qualitätssicherungsmaßnahmen (keine Personalkosten)	167	3,7	0	2.263
Sonstige (betriebsbedingte) Kosten	1.533	34,1	0	8.554
<b>Summe</b>	<b>4.501</b>	<b>100,0</b>		

Die Projektverantwortlichen wurden weiterhin dazu befragt, ob sie über die **Beteiligung von Angehörigen bzw. Ehrenamtlichen** laufende Einsparungen realisieren konnten. 15 der 18 einbezogenen Projekte verneinten diese Frage. Drei Projekte gaben an, Personaleinsatzzeit im Umfang von etwa sechs, 160 bzw. 639 Stunden und damit Personalkosten von etwa 61, 2.400 bzw. 7.400 Euro pro Monat eingespart zu haben. Gemessen an der Gesamtsumme der Personalkosten dieser Projekte entspricht dies einem Anteil von unter einem Prozent, knapp fünf Prozent bzw. knapp elf Prozent.

#### Erlösstruktur<sup>41</sup>

Tabelle 4-14 gibt einen Überblick über die durchschnittlichen bewohnerbezogenen Erlöse, die innerhalb der Wohnprojekte zur Finanzierung der Kosten zur Verfügung stehen. Auch hier ist anzumerken, dass die Werte auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten basieren.

Zu den direkten Zahlungen von Bewohnerinnen und Bewohnern zählen die Miete (inkl. Zahlungen für Heizung und sonstige Nebenkosten) sowie weitere direkte Zahlungen für Verpflegung, Betreuung und Pflege. Für beides zusammengenommen lässt sich ein Mittelwert von 16.413 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner

<sup>40</sup> n=14 Projekte

<sup>41</sup> Die Erlöse beschreiben im Unterschied zu den Kosten die Refinanzierungskanäle des jeweiligen Projekts. Diese lassen sich unterscheiden in: Eigenleistungen der Bewohnerinnen und Bewohner, Leistungen der Sozialversicherungen (Kranken- und Pflegeversicherung), Leistungen der Sozialhilfe, Fördermittel etc.

und Jahr errechnen. Höchste Einzelposition sind die Leistungen der Pflegeversicherung: Die durchschnittlichen Erlöse belaufen sich hier auf 16.067 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner. Das entspricht monatlichen Einnahmen von 1.339 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner. Die Sachleistungen der Sozialhilfe belaufen sich im Durchschnitt auf 5.309 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner und Jahr, die Leistungen der Krankenversicherung nach § 37 SGB V (häusliche Krankenpflege) auf 4.474 Euro respektive.

Wie schon bei den oben dargestellten Kostenpositionen ist die Streubreite der standortbezogenen Einzelwerte sehr groß. Erklärt werden kann dies mit einer Reihe von Einflussfaktoren, die mit jeweils unterschiedlichen Ausprägungen auf die Erlöspositionen einwirken. Bei den direkten Zahlungen der Bewohnerinnen und Bewohner sind dies die Größe und Ausstattung der Privat- und Gemeinschaftsflächen, das örtliche Mietniveau sowie das Spektrum und die Inanspruchnahme der vom Träger angebotenen Leistungen. Die Höhe der Erlöse, welche die Träger von den Sozialversicherungen und der Sozialhilfe erhalten, wird insbesondere von der Bewohnerstruktur bestimmt (Verteilung auf die verschiedenen Pflegestufen, Anteil der Sozialhilfeempfänger, gesundheitliche Einschränkungen der Bewohner/Bewohnerinnen). Darüber hinaus kann auch die Bewilligungspraxis der Sozialleistungsträger eine Rolle spielen (z. B. Gewährung einer Betreuungspauschale).

*Tabelle 4-14: Erlöse pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr*

	Mittelwert €	Minimum €	Maximum €	Grundgesamtheit
<b>Warmmiete (inklusive Nebenkosten), Investitionskostenpauschale</b>	6.561	2.983	10.070	8 Projekte
<b>Sonstige direkte Zahlungen von den Bewohnern und Bewohnerinnen (inklusive Beteiligung von Angehörigen)<sup>42</sup></b>	9.851	1.900	26.727	12 Projekte (1 Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)
<b>Leistungen der Krankenversicherung (häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V)</b>	4.474	0	9.169	13 Projekte (1 Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)
<b>Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI</b>	16.067	7.786	25.252	13 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)
<b>Sachleistungen der Sozialhilfe nach SGB XII</b>	5.309	0	44.631	14 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)
<b>Sonstige Erlöse</b>	1.207	0	11.764	15 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)

<sup>42</sup> Dies können Zahlungen für Verpflegung, Betreuung, Pflege, Rückstellungen für Bewohnerausfälle oder sonstige Zahlungen sein.

Im Folgenden soll auf die einzelnen Erlöspositionen gesondert eingegangen werden. Ausgenommen davon sind die Leistungen der Krankenversicherung nach § 37 SGB V, da diesbezüglich im Erhebungsbogen keine weitere Differenzierung vorgenommen wurde.

In Tabelle 4-15 sind die **Zahlungen der Bewohnerinnen und Bewohner**, die diese **direkt** an die Leistungserbringer bzw. Anbieter zahlen, differenziert dargestellt. Zahlungen für die Miete (inkl. Zahlungen für Heizung und sonstige Nebenkosten) machen 40 Prozent der direkten Zahlungen aus. Sie belaufen sich auf durchschnittlich 6.561 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner. Dies entspricht 547 Euro im Monat. Ein etwas höherer Betrag von 7.277 Euro entfällt auf die Betreuungsleistungen. Die direkten Zahlungen der Bewohnerinnen und Bewohner für Verpflegung belaufen sich auf 980 Euro, für Pflege auf 1.440 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner.

*Tabelle 4-15: Direkte Zahlungen pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr<sup>43</sup>*

	Mittelwert		Median	Unteres Quartil	Oberes Quartil
	€	%	€	€	€
<b>Warmmiete (inklusive Nebenkosten), Investitionskostenpauschale</b>	6.561	40,4	6.837	5.821	7.024
<b>Verpflegung</b>	980	6,0	0	0	2.015
<b>Betreuung, Betreuungspauschale</b>	7.277	44,3 <sup>44</sup>	6.715	0	12.140
<b>Pflege</b>	1.440	8,8	0	0	2.015
<b>Rückstellungen für Bewohnerausfälle</b>	0	0,0	0	0	0
<b>Sonstige Zahlungen</b>	154	0,9	0	0	2.015
	16.413	100,0			

Bei den **Leistungen der Pflegeversicherung** entfällt der weitaus überwiegende Teil auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI (inklusive Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI). Im Durchschnitt der Projekte ergibt sich hier ein

<sup>43</sup> n=12 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte); bei Warmmiete: n=8 Projekte

<sup>44</sup> Der vergleichsweise hohe Anteil der Zahlungen der Bewohnerinnen und Bewohner für die Betreuung ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass in einigen Projekten Betreuungspauschalen von bis zu rund 1.500 Euro im Monat von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu zahlen sind. Dies gilt sowohl für Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* als auch für Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte*. Teilweise zahlen auch die zuständigen Sozialhilfeträger für Menschen mit Sozialhilfebezug eine Betreuungspauschale an die Leistungserbringer. Neben der Betreuungspauschale nutzen die Leistungserbringer zudem auch die Leistungen nach § 38a SGB XI und §45b SGB XI, um ihre Betreuungskosten zu refinanzieren.

Wert von 12.971 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner (Tabelle 4-16).

Ebenfalls von Bedeutung, wenngleich von deutlich geringerer, sind die folgenden Leistungsarten:

- Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (Mittelwert über alle Projekte: 1.464 €): Diese Leistungen wurden von allen 13, in die Auswertung einbezogenen Projekten, abgerechnet.
- Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI (Mittelwert über alle Projekte: 1.122 €): Diese Leistungen wurden in sechs Projekten geltend gemacht.

*Tabelle 4-16: Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr<sup>45</sup>*

	Mittelwert		Median	Minimum	Maximum
	€	%	€	€	€
Pflegesachleistung ambulant (§ 36) inklusive Kombinationsleistungen (§ 38)	12.971	80,7	13.252	6.036	21.614
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a)	1.122	7,0	674	0	2.598
Verhinderungspflege (§ 39)	413	2,6	48	0	2.300
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b)	1.464	9,1	1.500	550	2.496
Anschubfinanzierung von ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45e)	78	0,5	0	0	1.046
Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123)	10	0,1	0	0	167
Weitere Leistungen nach SGB XI	10	0,1	0	0	154
<b>Summe</b>	16.067	100,0			

Erlöse aus **Sachleistungen der Sozialhilfe** nach SGB XII fielen in zwölf der einbezogenen Projekte an. Den größten Anteil (83 %) macht dabei die Hilfe zur Pflege aus: Im Durchschnitt der Projekte ergibt sich ein Wert von 4.426 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner (Tabelle 4-17). Weitere Sachleistungen der Sozialhilfe machen im Durchschnitt 882 Euro pro Bewohnerin bzw. Bewohner aus.

<sup>45</sup> n=13 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)



*Tabelle 4-17: Sachleistungen der Sozialhilfe nach SGB XII pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr<sup>46</sup>*

	Mittelwert		Minimum	Maximum
	€	%	€	€
Hilfe zur Pflege	4.426	83,4	0	32.709
Sonstige (z. B. Eingliederungshilfe)	882	16,6	0	11.922
<b>Summe</b>	<b>5.309</b>	<b>100,0</b>		

Weitere, über die bisher genannten Erlöse hinausgehende Einnahmen, sind in sechs Projekten angefallen. Die hierzu gemachten Angaben sind in Tabelle 4-18 zusammengefasst.

*Tabelle 4-18: Standorte mit sonstigen Erlösen*

	€ pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Jahr	Art der sonstigen Erlöse
Projekt 1	679	Investitionskostenförderung nach dem APG NW
Projekt 2	729	Erlöse durch Spenden, Förderung Auflösung von Sonderposten und Erlöse durch grundpflegerische Leistungen (Nacht) der in der WG angestellten Pflegehilfskräfte
Projekt 3	1.190	Spenden, Personalkostenerstattungen, Nachberechnung Vorjahr, Verpflegung von Mitarbeitenden (Erstattungen), Auflösung von Rückstellungen, Sonstiges
Projekt 4	2.917	Fördermittel aus diesem Modellprogramm
Projekt 5	4.450	Fördermittel aus diesem Modellprogramm, aus anderen Programmen sowie Eigenmittel vom Träger
Projekt 6	11.764	Fördermittel aus diesem Modellprogramm

#### **Sensitivitätsanalyse**

Vor dem Hintergrund der hohen Variation in den Kosten und Erlösen der einzelnen Projekte stellt sich die Frage, inwieweit die Ergebnisse von Parametern wie Größe des Wohnangebots (Bewohnerzahl), Maß der Versorgungssicherheit (24-Stunden-Versorgung), Bewohnerstruktur (durchschnittlicher Pflegegrad), Siedlungsdichte (Stadt vs. Land) und der Organisationsform (träger- vs. selbstbestimmt) abhängig sind. Zunächst erscheint es sinnvoll, die Kosten und Erlöse pro Bewohnerin bzw. Bewohner zu analysieren, da sich die Unterschiede sonst allein über die Größe des Wohnangebots erklären lassen. Da die Kosten und Erlöse pro Bewohnerin bzw. Bewohner sehr stark durch das Leistungsangebot sowie den entsprechenden Personalschlüssel beeinflusst werden, bietet sich der erzielte Gewinn des Projekts als relevante Ebene für die Sensitivitätsanalyse an. Um die Zahl der auszuwertenden Projekte zu erhöhen, werden neben den empirischen Daten zum Gewinn oder Verlust eines Projekts auch qualitative Daten der Projekte in die Analyse miteinbezogen. Insgesamt wurden in der Analyse die An-

<sup>46</sup> n=14 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben für vier Standorte)

gaben von 27 Projekten berücksichtigt. Im Ergebnis zeigen sich folgende Erkenntnisse<sup>47</sup>:

*Größe des Wohnangebots* (gemessen anhand der Bewohnerzahl): Zu erwarten wäre an dieser Stelle ein positiver Effekt zwischen Größe und Wirtschaftlichkeit der Projekte, da größere Einrichtungen ihr Personal besser auslasten und somit finanzieren können. Zudem sind Skaleneffekte hinsichtlich sinkender Kosten pro Bewohnerin bzw. Bewohner zu erwarten, wenn die Größe der Einrichtung zunimmt. Dieser Zusammenhang lässt sich empirisch nur für die D-Projekte beobachten, die bereits seit einigen Jahren in der Umsetzung sind. Für die A- und B-Projekte zeigt sich hingegen ein negativer Zusammenhang, der eventuell auf die Unterauslastung in der Anlaufphase zurückzuführen ist.

*Versorgungssicherheit* (gemessen anhand des Vorhandenseins einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung): Zu erwarten wäre, dass sich die personellen Kosten einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung negativ auf die Wirtschaftlichkeit der Projekte niederschlagen. Diese Vermutung wird für die hier analysierten Projekte bestätigt.

*Bewohnerstruktur* (gemessen anhand des durchschnittlichen Pflegegrads der Bewohnerinnen und Bewohner): Für den durchschnittlichen Pflegegrad (vor dem Jahr 2017 die Pflegestufe) ergibt sich ein negativer Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Pflegegrad positiv mit der Rund-um-die-Uhr-Versorgung korreliert ist, welche mit entsprechend höheren Personalkosten verbunden ist.

*Siedlungsdichte* (gemessen anhand der durchschnittlichen Einwohnerzahl je km<sup>2</sup>): Es zeigt sich ein positiver Einfluss der Siedlungsdichte – insbesondere in städtischen Kreisen – auf die Wirtschaftlichkeit. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass in Kreisen mit einer höheren Siedlungsdichte eine höhere Auslastung der Wohnangebote zu beobachten ist.

*Organisationsform* (gemessen über träger- vs. selbstbestimmte Wohnform): Der Unterschied zwischen träger- und selbstbestimmten Wohnformen bzw. dessen Korrelation mit dem betriebswirtschaftlichen Ergebnis ließ sich nur für die D-Projekte untersuchen, da bei den A- und B-Projekten zu wenig Variation in den Daten vorhanden war. Für die D-Projekte zeigt sich ein positiver Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit, wenn die Wohnform trägerbestimmt ist.

## **Auslastungsquote und Bewohnerstruktur**

Im Durchschnitt aller einbezogenen 19 Projekte betrug die jährliche Auslastungsquote 94,6 Prozent. Das Minimum liegt bei 83,3 Prozent, das Maximum bei 106,3 Prozent. Die über 100-prozentige Auslastung der Wohnform ergibt sich dabei aus der Nutzung von Wohneinheiten durch Ehepaare.

Die folgenden beiden Tabellen geben einen Überblick über die Belegungs- bzw. Aufenthaltstage der Bewohnerinnen und Bewohner aufgliedert nach Pflegestufen. Tabelle 4-19 enthält die absoluten Zahlen für die drei Beobachtungszeiträume. Tabelle

---

<sup>47</sup> Die nachfolgend beschriebenen Korrelationen sind nach dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson statistisch nicht signifikant.

4-20 stellt die prozentuale Verteilung dar. In die Auswertung konnten 16 Projekte einbezogen werden.

*Tabelle 4-19: Anzahl der Belegungs-/ Aufenthaltstage der Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen im Jahr<sup>48</sup>*

	Anzahl						Summe
	Ohne Einstufung	sog. Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Härtefälle	
<b>Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz</b>	1.825	/	8.574	9.439	1.952	0	21.790
<b>Mit eingeschränkter Alltagskompetenz</b>	/	7.455	24.443	36.423	28.764	730	97.815
<b>Summe</b>	1.825	7.455	33.017	45.861	30.716	730	119.604

*Tabelle 4-20: Prozentuale Verteilung der Belegungs-/ Aufenthaltstage der Bewohnerinnen und Bewohner nach Pflegestufen im Jahr<sup>49</sup>*

	Prozent						Summe
	Ohne Einstufung	sog. Pflegestufe 0	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Härtefälle	
<b>Ohne eingeschränkte Alltagskompetenz</b>	1,5	/	7,2	7,9	1,6	0,0	18,2
<b>Mit eingeschränkter Alltagskompetenz</b>	/	6,2	20,4	30,5	24,0	0,6	81,8
<b>Summe</b>	1,5	6,2	27,6	38,3	25,7	0,6	100,0

82 Prozent der angegebenen Belegungs-/ Aufenthaltstage entfallen auf Bewohnerinnen und Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Tabelle 4-20). Die am stärksten besetzte Pflegestufe ist die Pflegestufe 2 mit eingeschränkter Alltagskompetenz; auf sie entfallen 31 Prozent aller Tage. Bewohnerinnen und Bewohner ohne Einstufung oder mit einer Einstufung in die Pflegestufe 0 sind deutlich seltener vertreten. Lediglich knapp acht Prozent der Tage entfallen auf diese beiden Kategorien.

<sup>48</sup> n=16 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben zu vier Standorten und ein Projekt mit separaten Angaben zu zwei Standorten)

<sup>49</sup> n=16 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben zu vier Standorten und ein Projekt mit separaten Angaben zu zwei Standorten)

Im Großteil der einbezogenen Projekte leben Bewohnerinnen und Bewohner, die Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII beziehen (Abbildung 4-1). Die mit Abstand häufigste Hilfeart ist dabei die Hilfe zur Pflege. Der Anteil derjenigen, die Grundsicherung im Alter erhalten, könnte allerdings zu niedrig angesetzt worden sein, da den Trägern hierüber nicht immer Informationen vorlagen.

*Abbildung 4-1: Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen<sup>50</sup>*

Anzahl der Projekte <b>ohne</b> Bewohner/innen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen:	<b>3</b>		
Anzahl der Projekte <b>mit</b> Bewohner/innen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen:	<b>15</b>	→	Mittlerer Anteil der Bewohner/innen mit <b>SGB XII</b> -Leistungen: 34,4%
			<i>darunter (Mehrfachnennungen möglich):</i>
			Mittlerer Anteil der Bewohner/innen mit <b>Hilfe zur Pflege</b> : 33,2%
			Mittlerer Anteil der Bewohner/innen mit <b>Grundsicherung</b> im Alter: 5,7%
			Mittlerer Anteil der Bewohner/innen mit <b>Eingliederungshilfe</b> : 0,8%

Zusammenfassend hat die quantitative Analyse der Wirtschaftlichkeit der Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* und vergleichbarer Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* aus Perspektive ihrer Träger unter anderem ergeben, dass die Kosten für den Bau und Umbau von Gebäuden und Wohnungen im Durchschnitt den größten Anteil an allen Vorlaufkosten ausmachen. Bei den laufenden Kosten dominieren die Kosten für das Pflege- und Betreuungspersonal, bei den Erlösen die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (insbesondere § 36 und § 38 SGB XI) gefolgt von Eigenbeiträgen der Bewohnerinnen und Bewohner.

#### 4.2.2 Qualitative Analyse

Im folgenden Unterkapitel werden die Ergebnisse dargestellt, die auf Basis qualitativer Daten zur Wirtschaftlichkeit der Projekte generiert wurden. Die Daten stammen aus den mündlichen und schriftlichen Befragungen der Träger von insgesamt 43 Projekten.<sup>51</sup> Zur Einordnung der im Folgenden vorgestellten Ergebnisse

<sup>50</sup> n=18 Projekte (davon ein Projekt mit separaten Angaben zu vier Standorten und ein Projekt mit separaten Angaben zu zwei Standorten)

<sup>51</sup> Siehe Kapitel 1.2.1.3 und Kapitel 1.2.1.4.

ist zunächst auf zwei Einschränkungen der qualitativen Wirtschaftlichkeitsanalyse hinzuweisen:

1. Bei den Projekten nach § 45f SGB XI handelte es sich um Projekte, in die häufig mehrere Anbieter bzw. Dienstleister involviert waren. Dies zeigt sich am Beispiel einer selbstverantworteten Wohngemeinschaft: die pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen können hier von unterschiedlichen professionellen Anbietern erbracht werden. Daneben können Angehörige und Ehrenamtliche in die Erbringung von Leistungen involviert sein. Auch ist es möglich, dass übergreifende Aufgaben von einem professionellen Dienstleister übernommen werden. Ungleich komplexer ist die Situation bei Ansätzen des Quartiersmanagements: Hier leben die Nutzerinnen und Nutzer weiterhin in ihren Privatwohnungen und können dort Leistungen unterschiedlicher professioneller Anbieter in Anspruch nehmen. Die Vielzahl der in die Projekte involvierten Akteure beeinträchtigte die Erhebung projektbezogener wirtschaftlicher Daten insofern, als dass teilweise nicht alle beteiligten Akteure dazu bewegt werden konnten, an den Befragungen teilzunehmen und damit entsprechende Daten bereitzustellen. Die Perspektiven dieser Akteure finden in den Auswertungen im folgenden Kapitel demnach nur dann Berücksichtigung, wenn sie den Projektträgern bekannt waren und deshalb im Rahmen der Befragungen der wissenschaftlichen Begleitung erläutert werden konnten.

2. Die Analyse der Wirtschaftlichkeit der Projekte wurde weiterhin dadurch eingeschränkt, dass sich mehrere Projekte zum Zeitpunkt der Befragungen noch nicht oder nur teilweise in der Umsetzungsphase befanden. Die Angaben zur Wirtschaftlichkeit beschränken sich bei diesen Projekten vorwiegend auf die Konzeptionsphase sowie ggf. auf bereits umgesetzte Teilkonzepte. Sie sind folglich nicht als vollständig zu betrachten.

#### 4.2.2.1 Vorlaufkosten und ihre Finanzierung

Die Träger der Projekte wurden in einer schriftlichen Befragung gefragt, ob vor dem eigentlichen Start ihrer Projekte, d. h. vor Nutzungsbeginn, Vorlaufkosten angefallen waren und – ggf. – wie diese finanziert wurden. Gut ein Viertel der befragten Projektträger gab an, dass keine diesbezüglichen Kosten in ihren Projekten angefallen seien. Ein knappes Drittel der Befragten machte die Angabe, dass entsprechende Kosten zwar angefallen seien, allerdings mehr als drei Jahre zurücklägen. Die restlichen Projektträger gaben an, dass Vorlaufkosten angefallen seien und bis zu drei Jahre zurücklägen.

Diese Projektträger, deren Vorlaufkosten bis zu drei Jahre zurückreichten, wurden gebeten, Angaben zur Art und Höhe der angefallenen Kosten und ihrer Finanzierung zu machen. Im Ergebnis zeigt sich, dass sowohl Art und Höhe der Kosten als auch ihre Finanzie-

rung mitunter erheblich variierten. Bei den am häufigsten angefallenen Vorlaufkosten handelt es sich um Bau-/ Umbaukosten sowie um Kosten für die Konzeptentwicklung. Die Bau-/ Umbaukosten machten dabei zumeist einen erheblichen Anteil an allen Vorlaufkosten aus. Kosten für die Beratung und die Personalqualifizierung fielen als weitere Vorlaufkosten etwas seltener in den Projekten an.

In den Gesprächen mit den Projektträgern wurden diese auch gefragt, ob bestimmte Vorlaufkosten schwer zu finanzieren seien. Acht Projektträger bejahten diese Frage. Mehrmals als schwer zu finanzierende Vorlaufkosten wurden die Kosten für die Ausstattung von Gemeinschaftsräumen (u. a. Wohnküche sowie Tische und Stühle) sowie die Kosten für den Bau und Umbau von Gebäuden und Wohnungen benannt. Aus Sicht eines Projektträgers seien letztere auch deshalb vergleichsweise schwer zu finanzieren, weil Fördermittel des Landes nur unter der Voraussetzung gewährt würden, dass der geschaffene Wohnraum bestimmten DIN-Vorgaben entspräche. Dadurch verteuere sich der Bau bzw. Umbau und respektive die Mieten, sodass letztere in der Regel nicht (länger) erstattungsfähig im Rahmen der Sozialhilfe seien. Aus Sicht eines weiteren Projektträgers stellt sich bei den Umbaukosten und ihrer Finanzierung die Herausforderung, dass die Umbauten für die Mieterinnen und Mieter bezahlbar, für das Wohnungsunternehmen wirtschaftlich sowie im Kontext der sozialen Sicherung finanzierbar gestaltet werden müssten.

Ebenfalls problematisch war, eigenen Aussagen zufolge, für acht Projekte eine vorübergehende Unterauslastung in den ersten Monaten nach Betriebsbeginn bzw. die damit einhergehenden betriebswirtschaftlichen Einbußen unter anderem für die jeweils in dem Projekt tätigen Pflegedienste. Diese Aussage wurde überwiegend für den Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, darüber hinaus aber auch für die Wohnformtypen *Integrierte Konzepte* und *Stationäre Pflege* getroffen.

Die Projektträger wurden auch gefragt, ob ihrer Ansicht nach ein Informations- und Beratungsbedarf bezüglich der Gründung neuer Wohnformen bestehe. Die überwiegende Mehrheit der befragten Träger, die diese Frage beantworteten, bejahte dies. Den Angaben zufolge besteht vor allem auf Seiten der potenziellen Bewohnerinnen und Bewohner von selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen/-gemeinschaften bzw. auf Seiten ihrer Angehörigen, daneben aber auch auf Seiten der potenziellen Leistungserbringer, ein Informations- und Beratungsbedarf in konzeptioneller und rechtlicher Hinsicht. Dieser umfasse aus Sicht mehrerer Befragter auch die Aufklärung der potenziellen Bewohnerinnen und Bewohner bzw. ihrer Angehörigen zu ihren Rechten und Pflichten. Zwei Befragte führten überdies an, dass es für diese Wohnform einer, über bloße Information und Beratung hinausgehenden Unterstüt-

zung, wie der Vermittlung zwischen Angehörigen und Leistungserbringern oder der Klärung der Rollenverteilung, bedürfe. Zwei Projektträger wiesen im Kontext der Frage zudem daraufhin, dass sie selbst in der Vorlaufphase ihrer Projekte Schwierigkeiten hatten, für ihr Vorhaben erforderliche Informationen ausfindig zu machen.

#### 4.2.2.2 Laufende Kosten und ihre Finanzierung

##### *Projekte mit positivem betriebswirtschaftlichem Ergebnis*

In den Gesprächen mit den Trägern der Projekte wurden diese gefragt, ob ihre Projekte zum Befragungszeitpunkt ein positives oder ein negatives betriebswirtschaftliches Ergebnis verzeichneten. Den Angaben zufolge realisierten die Projekte zum Befragungszeitpunkt mehrheitlich ein tendenziell ausgeglichenes oder ein positives betriebswirtschaftliches Ergebnis. Zum Teil ist dies allerdings auch darauf zurückzuführen, dass insbesondere bei den Ansätzen des Quartiers- oder des Case- und Care-Managements verschiedene Fördermittel, darunter die Fördermittel des GKV-Spitzenverbandes, zur Deckung der laufenden Kosten eingesetzt werden konnten. So wurde insbesondere bei Projekten der Wohnformtypen *Weiterentwicklung des Privaten Wohnens* (drei Projekte) und *Integrierte Konzepte* (fünf Projekte) ein tendenziell ausgeglichenes betriebswirtschaftliches Ergebnis unter anderem damit begründet, dass zur Deckung laufender Kosten Fördermittel des GKV-Spitzenverbandes und/ oder weitere Fördermittel wie die des Deutschen Hilfswerks eingesetzt werden konnten. Weitere Gründe, die die befragten Projektträger für das ausgeglichene oder positive betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte verantwortlich machten, werden im Folgenden dargestellt.

Mit am häufigsten als Grund für ein ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis benannt wurde, dass die Kosten des geplanten Konzeptes im Vorfeld der Umsetzung realistisch kalkuliert und die von den Nutzerinnen und Nutzern zu zahlenden Preise entsprechend festgesetzt wurden. Diese Aussage wurde für alle Projekte des Wohnformtyps *Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service*, darüber hinaus auch für mehrere Projekte anderer Wohnformtypen getroffen. Vier Projektträger machten explizit die von den nicht Sozialhilfe-berechtigten Bewohnerinnen und Bewohnern zu zahlende Betreuungspauschale als mitverantwortlich für das ausgeglichene oder positive betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte. Dies dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass durch eine Betreuungspauschale das Risiko von Mindereinnahmen aufgrund von Krankenhausaufenthalten oder vorübergehenden Leerständen infolge des Versterbens von Bewohnerinnen und Bewohnern reduziert werden kann.

Etwa genauso häufig als Grund für ein ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis benannt wurde die relativ gute Auslastung der Projekte aufgrund seltener Krankenhausaufent-

halte der Bewohnerinnen und Bewohner sowie aufgrund geringen Leerstands. Diese Aussage wurde vor allem für Projekte des Typs *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* geäußert.

Etwas seltener für ein ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis wurden verschiedene Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) als Grund angeführt. Einige Projektträger gaben an, dass sie insbesondere aufgrund des hohen Anteils an Bewohnerinnen und Bewohnern mit höheren Pflegestufen gute Erlöse aus der Sozialen Pflegeversicherung erzielen konnten. Darüber hinaus machten mehrere Projektträger den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI mitverantwortlich für das ausgeglichene oder positive Ergebnis ihrer Projekte. Zwei Projektträgern zufolge wirkte sich überdies auch der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI positiv auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte aus.

Mehrere Projektträger machten für das ausgeglichene oder positive betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte zudem die mit den zuständigen Sozialhilfeträgern vereinbarten Leistungen für Bewohnerinnen und Bewohner ambulant betreuter Wohngemeinschaften mit Sozialhilfebezug mitverantwortlich. Bei der Mehrheit der Projekte zahlten die zuständigen Sozialhilfeträger, zum Teil im Rahmen einer Leistungsvereinbarung, jeweils eine Betreuungspauschale für die anspruchsberechtigten Bewohnerinnen und Bewohner.

Einige Projektträger begründeten das ausgeglichene oder positive betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte zudem damit, dass Finanzierungslücken, die beispielsweise aus fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten für technische Hilfsmittel resultierten, durch Eigenmittel der Träger kompensiert wurden. Diese Aussage wurde vor allem von größeren Trägern getroffen, deren Projekte insbesondere dem Wohnformtyp *Weiterentwicklung des Privaten Wohnens* zugeordnet waren.

Vor allem Träger von Projekten des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* führten mehrmals verschiedene Maßnahmen zur Einsparung von Personalkosten als Grund für ein ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis an. In drei Projekten konnten den Aussagen zufolge Personalkosten durch eine günstige Personalstruktur mit relativ wenigen Pflegefachkräften eingespart werden. Ebenfalls in drei Projekten konnten Personalkosten durch Synergieeffekte, die aus dem Einsatz eines einzigen Pflegedienstes in der Wohnform oder in zwei benachbarten Wohnformen resultierten, günstig gestaltet werden. In zwei Projekten war die Einsparung von Personalkosten nach eigenen Aussagen eine Folge des



Einsatzes von Ehrenamtlichen – beispielsweise bei der Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern.

Im Rahmen der Gespräche mit den Projektträgern wurden diese auch gefragt, ob zur Erzielung eines positiven betriebswirtschaftlichen Ergebnisses Abstriche an der Qualität oder dem Umfang der Angebote bzw. Leistungen gemacht werden mussten. Lediglich zwei Projektträger bejahten diese Frage. Im ersten Fall war aufgrund der Bewilligungspraxis eines Kostenträgers ein nächtlicher Einsatz von Personal nicht möglich. Im zweiten Fall konnte der gewünschte Umfang der Betreuungsleistungen aufgrund unzureichender Finanzierungsmöglichkeiten nicht realisiert werden. Bei beiden Fällen handelt es sich um Projekte, die dem Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* zugeordnet waren.

#### *Projekte mit negativem betriebswirtschaftlichem Ergebnis*

Sechs befragte Projektträger gaben an, dass das betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte zum Befragungszeitpunkt negativ gewesen sei. Einige weitere Befragte, deren Projekte in Summe ein positives betriebswirtschaftliches Ergebnis erzielten, nannten darüber hinaus verschiedene Leistungen, die nicht kostendeckend finanziert werden konnten. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

Mehrmals für ein negatives betriebswirtschaftliches Projektergebnis mitverantwortlich gemacht wurde von den befragten Projektträgern die Unterauslastung ihrer Projekte. Den Angaben zufolge war die Unterauslastung eine Folge von Krankenhausaufenthalten der Bewohnerinnen und Bewohner oder einer geringen Nachfrage seitens potenzieller Bewohnerinnen und Bewohner. Die Neuvermietung von Zimmern nach dem Versterben von Bewohnerinnen und Bewohnern wurde den Aussagen eines Projektträgers zufolge zudem durch lange Bearbeitungszeiten auf Seiten von Nachlassgericht und Wohnungsämtern beeinträchtigt.

Ebenfalls mehrmals als Grund für ein negatives betriebswirtschaftliches Ergebnis benannt wurden zu knapp kalkulierte Preise für die Nutzung der Projekte durch die Bewohnerinnen und Bewohner. In einem Fall wurde dies für das Gesamtprojekt geäußert, in zwei weiteren Fällen lediglich mit Bezug zum Immobilienträger bzw. zum Beirat von selbstverantworteten Wohngemeinschaften.

Mehrere Projektträger führten ein negatives betriebswirtschaftliches Ergebnis überdies auch auf hohe Personalkosten zurück. Als Grund für diese wurden unterschiedliche Faktoren angeführt, darunter die Vorgabe der 24-Stunden-Präsenz, die überwiegende Beschäftigung von Fachkräften und die Tarifbindung des Personals.

Von mehreren Projektträgern wurden überdies fehlende Finanzierungsgrundlagen für unterschiedliche Leistungen als Grund für ein negatives betriebswirtschaftliches Ergebnis angeführt. In diesem Kontext wurden von einzelnen Befragten die nächtliche Rufbereitschaft, die sozialräumliche Arbeit, der barrierearme Ausbau von Privatwohnungen sowie die Anschaffung und Installation von Technik benannt.

#### *Einschätzung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses in Zukunft*

In den Gesprächen mit den Projektträgern wurden diese gefragt, wie sie das zukünftige betriebswirtschaftliche Ergebnis ihrer Projekte einschätzen. Die befragten Träger derjenigen Projekte, die zukünftig fortgeführt werden sollen, rechneten dabei mehrheitlich mit einem ausgeglichenen oder positiven betriebswirtschaftlichen Ergebnis in Zukunft. Lediglich zwei Projektträger gingen von einem eher kritischen oder negativen Ergebnis aus. Die restlichen Projektträger konnten diesbezüglich zum Befragungszeitpunkt noch keine konkrete Einschätzung treffen.

Die zukünftige Entwicklung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses der Projekte wird dabei auch davon abhängen, inwiefern bestimmte, von den Projektträgern identifizierte Risiken zukünftig vermieden werden können. Mit Abstand am häufigsten nannten die befragten Projektträger als diesbezügliches Risiko eine eventuelle Unterauslastung ihrer Projekte infolge von längeren Krankenhausaufenthalten der Bewohnerinnen und Bewohner oder aber deren Versterben bzw. Auszug. Begründet wurde dies zum Teil damit, dass in diesen Fällen eine Abrechnung von Leistungen nach SGB XI und SGB V nicht länger möglich sei und es demnach zu Mindereinnahmen seitens der Pflegedienste käme. Überdies führten einige Projektträger an, dass etwaige Zahlungen der Bewohnerinnen und Bewohner an Leistungserbringer und Vermieter im Falle eines Versterbens oder Auszugs ebenfalls wegfielen und somit bei den betroffenen Akteuren ebenfalls zu Mindereinnahmen führten.

Ein weiteres Risiko stellt aus Sicht einiger Projektträger die Bewilligungspraxis der jeweils zuständigen Sozialhilfeträger dar. Deren Verhalten sei teilweise nicht gut berechenbar, zum Teil würden die Leistungen offenbar auch relativ stark gedeckelt. Zwei befragte Projektträger benannten überdies die uneinheitliche Bewilligungspraxis der Pflegekassen beim Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI als Risiko für die Wirtschaftlichkeit ihrer Projekte.

### **Verzahnung von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe**

Ein befragter Träger, dessen Projekt die Öffnung von ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und einer geistigen Behinderung vorsah, wies darauf hin, dass die rechtlichen Regelungen zur Verzahnung von Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe gegenwärtig sehr unklar seien. Zwar bestehe grundsätzlich die Möglichkeit, beide Leistungsarten sinnvoll zu verzahnen, wobei die Verzahnung auch durch das Pflegestärkungsgesetz III und das Bundesteilhabegesetz weiter forciert wurde. Auf Landesebene sei allerdings Vieles noch nicht klar geregelt. Letztendlich entscheide der zuständige Sozialhilfeträger, wie die Rechtslage zu interpretieren sei. Ob für den einzelnen Menschen mit Demenz und einer geistigen Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe bewilligt würden, sei zum Zeitpunkt des Einzugs in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft nicht klar, da der Kostenträger stets später und nach Einzelfallprüfung entscheide. Diese Praxis führe dazu, dass eine große wirtschaftliche Unsicherheit für den Pflegedienst bestehe. Für diesen stelle sich daher immer die Frage, ob die Pflege und Betreuung zur Not auch mit den üblichen Ressourcen (Soziale Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege etc.) ohne pädagogische Unterstützung durch Anbieter der Eingliederungshilfe gelingen kann und ob dieses im Interesse der bzw. des Betroffenen wäre. Für den Anbieter der Eingliederungshilfe bedeute diese Praxis wiederum, dass er in Vorleistung gehen müsse, wobei schlussendlich häufig keine Leistungen bewilligt würden. Eine weitere Herausforderung stellten zudem die fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten für die Abstimmungen unter den involvierten Akteuren dar, die aufgrund der Zielgruppe sehr zeitintensiv seien.

Ebenfalls als Risiko identifiziert wurde seitens mehrerer befragter Projektträger ein möglicher Anstieg bei den Personalkosten sowie die Abwahl von Leistungen bzw. die ersatzweise Erbringung von Leistungen durch Angehörige. Mehrere Befragte sahen zudem in sich verändernden Versorgungsbedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner ein Risiko für die zukünftige Wirtschaftlichkeit ihrer Projekte. Genannt wurden an dieser Stelle insbesondere ein Anstieg des Anteils der Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz, daneben auch die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Zwei Projekte, die sich zum Befragungszeitpunkt noch nicht vollständig in der Umsetzungsphase befanden, benannten schließlich die fehlende Annahme ihrer Produkte (technisches Hilfsmittel, niedrigschwelliges Betreuungsangebot) durch die Zielgruppe als mögliche Risiken.

Die Projektträger wurden in den Gesprächen auch danach gefragt, wie sie die Chancen und Risiken ihrer Projekte in Bezug auf die Kosten im Wettbewerb mit anderen Angeboten wie beispielsweise der vollstationären Pflege einschätzten. Die Projektträger, die sich zu dieser Frage äußerten, gaben mehrheitlich an, dass ihnen aufgrund der im Vergleich zur stationären Pflege günstigeren Kosten ein Wettbewerbsvorteil entstehe. Drei weitere Projektträger betrachteten ihre Projekte als konkurrenzfähig mit stationären Einrichtungen. Lediglich ein Projektträger äußerte, dass ihm ein Wett-

bewerbsnachteil gegenüber stationären Einrichtungen dadurch entstehe, dass die zuständigen Sozialhilfeträger die Betreuungsleistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner seines Projekts nicht übernehmen.

Im Kontext der Frage wurden von einigen der befragten Projektträger zudem spezifische Wettbewerbsvorteile ihrer Projekte benannt. Aufgeführt wurden unter anderem die im Vergleich mit anderen Versorgungsformen geringeren Kosten für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Qualität und Spezifität ihrer Projekte. Teilweise handelte es sich dabei um Wohnformen, die es in dieser Form kein zweites Mal in der jeweiligen Region gab bzw. gibt.

Aus der qualitativen Befragung der Projektträger aller Wohnformtypen geht zusammenfassend hervor, dass die Projekte zum Erhebungszeitpunkt mehrheitlich ein tendenziell ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis erzielten. Ob dies auch in Zukunft so sein wird, wird insbesondere bei den Ansätzen des Quartiers- oder des Case- und Care-Managements davon abhängen, ob eine entsprechende Finanzierung gesichert ist.

### **4.3 Wirtschaftlichkeit aus volkswirtschaftlicher Perspektive**

Im Rahmen der volkswirtschaftlichen Analyse wird untersucht, welche Kosten den Sozialleistungsträgern (Pflege- und Krankenversicherung), dem Sozialhilfeträger und den privaten Haushalten in den verschiedenen Pflegesettings (ambulante professionelle Pflege in der Häuslichkeit, stationäre Pflege und ambulante Wohnformen nach §45f SGBXI) entstehen. Hierbei sind zunächst die Gesamterlöse des jeweiligen Pflegesettings von Interesse, da diese im Gegensatz zu den Kosten jene Größe darstellen, die den jeweiligen Leistungserbringern als Einnahmen zufließen und über die Pflege- und Krankenkassen, den Sozialhilfeträger sowie den privat zu tragenden Anteil der Nutzerinnen und Nutzer finanziert werden. Neben den Gesamterlösen über alle drei Pflegesettings ist weiterhin von Interesse, durch welche Instanz der oben aufgeführten Kostenträger die Erlöse finanziert werden. Im Gegensatz zu anderen volkswirtschaftlichen Analysen<sup>52</sup> basieren die nachfolgenden Analysen auf den tatsächlichen Erlösen der verschiedenen Pflegesettings und bilden somit den tatsächlichen Durchschnitt der jeweiligen Leistungserbringer ab. Andere Studien (z. B. Viehweger et al. 2015) basieren hingegen auf bestimmten Fallkonstellationen, die keinen Rückschluss auf einen Durchschnittswert zulassen.

---

<sup>52</sup> Siehe beispielsweise Viehweger et al. (2015): Selbständiges Wohnen bis ins hohe Alter – eine volkswirtschaftliche Analyse.

### 4.3.1 Methodisches Vorgehen und Ergebnisse in den Pflegesettings

- Ambulante Wohnformen

Die in Tabelle 4-21 dargestellten Erlöse, die durchschnittliche Pflegestufe<sup>53</sup> und der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz basieren auf den im vorangegangenen Unterkapitel dargestellten Ergebnissen. Die Angaben zu den Vollzeitäquivalenten „Gesamt“ sowie für die „Pflegefachkräfte“<sup>54</sup> basieren auf den Angaben der Projekte in der letzten Welle der schriftlichen Trägerbefragung. Insofern sei an dieser Stelle nochmals auf die eingeschränkte Grundgesamtheit von 18 Projekten hingewiesen, die sich auf den Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* (16 Projekte) sowie auf ausgewählte Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* (zwei Projekte) beschränken. Die Angaben der Projekte beziehen sich schwerpunktmäßig auf das Erhebungsjahr 2015 (13 Projekte) sowie zu geringeren Teilen auf das Erhebungsjahr 2016 (vier Projekte). Demnach entfallen von den Gesamterlösen von 3.622 Euro pro Monat etwa 1.339 Euro (37,0 %) auf Leistungen der SPV und 373 Euro (10,3 %) auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Von privater Seite werden 1.368 Euro (37,8 %) und über die Hilfe zur Pflege weitere 442 Euro (12,2 %) finanziert. Hinzu kommen sonstige Erlöse (wie weitere Fördermittel und Eigenleistungen des Trägers) von 101 Euro (2,8 %). Die Betreuungsrelation liegt bei 1,19 Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft (gesamt) bzw. 7,75 Pflegebedürftigen je Pflegefachkraft. Die durchschnittliche Pflegestufe liegt in dem Sample bei 1,82 und der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei 82 Prozent.

- Stationäre Pflege

Im Unterschied zu den Angaben der Ambulanten Wohnformen basieren die Angaben in diesem Pflegesetting auf der bundesweiten Grundgesamtheit aller stationärer Pflegeeinrichtungen, die entsprechend in den bundesweiten Statistiken (Pfleigestatistik des statistischen Bundesamts, Sozialhilfestatistik u.a.) enthalten sind. Gemäß den Angaben der Pflegestatistik (Destatis 2017a) lag die durchschnittliche Pflegestufe in den stationären Einrichtungen im Jahr 2015 bei 1,79 und der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei 71 Prozent. Weiter lässt sich aus der Statistik die Betreuungsrelation von 1,49 Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft bzw. 4,35 Pflegebedürftigen je Pflegefachkraft ablesen.

---

<sup>53</sup> In diesem Kapitel wird die Pflegestufe statt dem Pflegegrad analysiert, da sich die Datenbasis auf den Zeitraum vor der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erstreckt.

<sup>54</sup> Unter den Fachkräften werden in diesem Zusammenhang die examinierten Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen erfasst.

Der monatliche Gesamtpreis von 3.000 Euro ergibt sich aus dem Pflegesatz für Dauerpflege, den Kosten für Unterbringung und Verpflegung und den durchschnittlichen Investitionskosten.<sup>55</sup> Die Pflegekosten weisen hierbei zwischen den Bundesländern deutliche Schwankungen auf. Aus den Angaben der Ausgabenstatistik des BMG (2017) lassen sich weiterhin die Leistungen der Pflegeversicherung für den durchschnittlich stationär versorgten Pflegebedürftigen von 1.340 Euro (44,7 %) pro Monat ermitteln.<sup>56</sup> Hinzu kommen die Leistungen der Hilfe zur Pflege gemäß der Sozialhilfestatistik im Jahr 2015 (Destatis 2017b) von 292 Euro pro Monat (9,7 %). Insofern verbleiben monatlich 1.340 Euro (45,6 %), die von privater Seite zu finanzieren sind. Verfügen die stationären Heimbewohner über ausreichend hohe eigene finanzielle Mittel, so fällt der Sozialhilfeträger als Leistungsträger weg und die Kosten für den pflegerischen Eigenanteil, die Unterbringung und Verpflegung sowie die Investitionskosten sind vollständig von privater Seite zu erbringen. In diesem Fall liegt der durchschnittliche Eigenbeitrag bei 1.632 Euro pro Monat.<sup>57</sup>

#### ■ Ambulant professionelle Pflege

Auch die Angaben zur ambulanten professionellen Pflege basieren auf den Daten der bundesweiten Statistiken und bilden somit Durchschnittswerte der entsprechenden Grundgesamtheit ab. Um eine spätere Vergleichbarkeit der drei Pflegesettings sicher zu stellen, beinhalten die Angaben auch die Kosten zur Unterbringung und Verpflegung (analog zu den Angaben der ambulanten Wohnformen und der stationären Pflege). Gemäß den Angaben der Pflegestatistik (Destatis 2017a) lag die durchschnittliche Pflegestufe unter den von professionellen ambulanten Pflegediensten versorgten Personen im Jahr 2015 bei 1,42 und der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei 33 Prozent. Weiter lässt sich aus der Statistik die Betreuungsrelation von 2,90 Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft bzw. 5,94 Pflegebedürftigen je Pflegefachkraft ablesen.

Der monatliche Gesamterlös in dieser Versorgungsform von 1.770 Euro ergibt sich dabei aus den nachfolgenden Einzelpositionen. Gemäß den Angaben der Ausgabenstatistik des BMG (2017) liegen die Leistungen der SPV bei 671 Euro pro Monat (37,9 %).<sup>58</sup> Die Auswertung der Ausgabenstatistik macht an dieser Stelle deut-

---

<sup>55</sup> Die Kosten für den Pflegesatz und die Unterbringung und Verpflegung stammen aus der Pflegestatistik 2015 (Destatis 2017a), die Investitionskosten entstammen dem Pflegereport für die Bertelsmann-Stiftung (2016).

<sup>56</sup> Bei den Leistungen der stationären Pflege werden neben den pauschalen Sachleistungen auch anteilig die Leistungen der Kurzzeitpflege und stationäre Vergütungszuschläge sowie Pflegemittel/ techn. Hilfen etc. berücksichtigt.

<sup>57</sup> Dieser Betrag wird durch die Analysen von Rothgang et al. (2017) über den im Jahr 2017 selbst zu tragenden Anteil der durchschnittlichen Heimkosten von 1.691 Euro pro Monat nahezu bestätigt.

<sup>58</sup> Bei den Leistungen der professionellen ambulanten Pflege werden neben den tatsächlich in Anspruch genommenen Sachleistungen auch anteilig die Leistungen der Tages- und Nachtpflege, zusätzliche ambulante Betreuungsleistungen sowie Pflegemittel/ techn. Hilfen etc. berücksichtigt.

lich, dass die Leistungspauschalen im ambulanten Bereich im Durchschnitt nicht voll ausgeschöpft werden, da mit einer höheren Pflegeleistung durch den Pflegeanbieter zwar höhere Zahlungen aus der SPV geleistet werden, aber in der Konsequenz auch höhere private Zuzahlungen beizusteuern sind. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege liegen bei 236 Euro (13,3 %).<sup>59</sup> Die Leistungen der Sozialhilfe liegen gemäß Destatis (2017b) bei 110 Euro (6,2 %) und umfassen die Ausgaben für die anteiligen Pflegeleistungen (Hilfe zur Pflege) sowie die Kosten für Unterbringung und Verpflegung (Grundsicherung im Alter) gemäß BBSR (2014).<sup>60</sup> Hinzu kommt ein Eigenbeitrag von 753 Euro (42,5 %).<sup>61</sup>

*Tabelle 4-21: Erlöse für die Pflegesettings im Vergleich (in € pro Monat)*

	Ambulante Wohnformen (45f SGB XI) <sup>***</sup>	Stationäre Pflege (GG Bund)	Ambulant prof. Pflege* (GG Bund)
<b>Gesamterlöse</b>	<b>3.622</b>	<b>3.000</b>	<b>1.770</b>
<b>Erlöse</b>			
Leistungen SPV	1.339	1.340	671
Leistungen HKP	373		236
Leistungen SGB XII	442	292	110
Leistungen Privat	1.368	1.368	753
Sonstige Erlöse	101		
<b>Personalschlüssel (VZÄ)<sup>**</sup></b>			
Gesamt	1,19	1,49	2,90
Pflegefachkräfte	7,75	4,35	5,94
<b>Durchschn. Pflegestufe</b>	<b>1,82</b>	<b>1,79</b>	<b>1,42</b>
<b>Anteil PEA</b>	<b>81,8%</b>	<b>70,8%</b>	<b>32,9%</b>

\* Inklusive Wohnen und Verpflegung, \*\* Nutzer pro Vollzeitäquivalent, \*\*\* Ambulante Wohngemeinschaften

Quelle: Bertelsmann Stiftung (2016): *Pflegeinfrastruktur*, Destatis (2017a): *Pflegestatistik 2015*, BBSR (2014): *Potentialanalyse Altersgerechte Wohnungsanpassung*, BMG (2017): *Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung*, Rothgang et al. (2016): *Barmer GEK Pflegereport 2016*, Destatis (2017b): *Ausgaben der Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege*, Rothgang

<sup>59</sup> Die Ausgaben der häuslichen Krankenpflege für Pflegebedürftige in ambulanten Einrichtungen wurden gemäß den Angaben von Rothgang und Müller (2013) für das Jahr 2011 entsprechend der Dynamik der Ausgaben und Empfängerzahlen für häusliche Krankenpflege gemäß den Angaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung 2000 – 2015 (BMG 2016) für das Ausgabenjahr 2015 berechnet.

<sup>60</sup> Die Ausgaben der Grundsicherung im Alter gemäß BBSR (2014) aus dem Jahr 2012 wurden entsprechend der Dynamik des Verbraucherpreisindex für Wohnung und Wasser auf das Jahr 2015 inflationiert. Siehe [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Preise/Verbraucherpreisindizes/Tabellen/\\_VerbraucherpreiseKategorien.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Preise/Verbraucherpreisindizes/Tabellen/_VerbraucherpreiseKategorien.html).

<sup>61</sup> Der Eigenbeitrag ergibt sich aus den privaten Zuzahlungen für Pflegeleistungen gemäß Rothgang et al. (2016) basierend auf den Auswertungen des SOEP sowie Kosten für Wohnen und Verpflegung gemäß BBSR (2014). Die Ausgaben aus dem Jahr 2012 wurden entsprechend der Dynamik des Verbraucherpreisindex für Wohnung und Wasser auf das Jahr 2015 inflationiert. Siehe [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Preise/Verbraucherpreisindizes/Tabellen/\\_VerbraucherpreiseKategorien.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Preise/Verbraucherpreisindizes/Tabellen/_VerbraucherpreiseKategorien.html).

*und Müller (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, BMG (2016): Ausgaben und Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2000 – 2015.*

#### **4.3.2 Angleichung der Nutzerstruktur in den drei Pflegesettings**

Für einen Vergleich der Erlöse der drei Pflegesettings ist es zunächst erforderlich, die Struktur der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege und der professionellen ambulanten Pflege an die der ambulanten Wohnformen anzugleichen. Dies erscheint sinnvoll, da sich ein Teil der Unterschiede aus der unterschiedlichen Struktur der Pflegebedürftigen erklären lässt. Demnach werden die durchschnittlichen Leistungen im Setting: a) stationäre Pflege und b) ambulante professionelle Pflege für einen Pflegebedürftigen der durchschnittlichen Pflegestufe 1,82 entsprechend angepasst (Tabelle 4-22). Im ambulant professionellen Pflegesetting wird darüber hinaus berechnet, wie sich die Leistungen erhöhen, wenn der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf 81,8 Prozent ansteigt.<sup>62</sup> Diese Anpassung ist möglich, da die in Tabelle 4-21 ausgewiesenen Erlöse auf Basis der Daten der einzelnen Pflegestufen ermittelt wurden.

Im stationären Bereich steigen die Gesamterlöse demnach in Summe um 2,6 Prozent auf nunmehr 3.077 Euro pro Monat an. Dieser prozentuale Anstieg (gegenüber den Angaben in Tabelle 4-21) verteilt sich dabei gleichmäßig auf die Leistungen der SPV (1.374 Euro), die Leistungen der Hilfe zur Pflege (299 Euro) und den privaten Zuzahlungen (1.403 Euro).

Im professionellen ambulanten Bereich steigen die Gesamterlöse durch die Angleichung der Nutzerstruktur um 29 Prozent auf 2.281 Euro pro Monat an. Die Leistungen der SPV bzw. nach SGB XII steigen um 44 Prozent auf 964 Euro bzw. um 45 Prozent auf 159 Euro an, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege steigen um 25 Prozent auf 294 Euro an. Die privaten Zuzahlungen steigen um 15 Prozent auf 864<sup>63</sup> Euro pro Monat an.

#### **4.3.3 Vergleichende Analyse zwischen den Pflegesettings**

Beim Vergleich der Gesamterlöse der drei Pflegesettings wird deutlich, dass die hier ausgewählten ambulanten Wohnformen mit 3.622 Euro pro Monat das teuerste Versorgungssetting darstellen. Die Gesamterlöse liegen damit um etwa 545 Euro (17,7 %) bzw. 1.341 Euro (58,8 %) über den Erlösen der stationären bzw. der professionell ambulanten Pflege. Die deutlich höheren Erlöse und

---

<sup>62</sup> Im stationären Pflegesetting ist diese Anpassung nicht erforderlich, da die Leistungen der stationären Pflege unabhängig von der Einschränkung der Alltagskompetenz sind.

<sup>63</sup> Der Anstieg bei den privaten Zuzahlungen fällt deutlich geringer aus als der Anstieg der gesamten Erlöse, da ein großer Teil der privaten Zuzahlungen auf die Bereiche Wohnen und Verpflegung fällt, die von einer veränderten Pflegestufe & einem höheren Anteil an demenziell erkrankten Personen nicht direkt betroffen sind.



damit auch höheren Kosten resultieren aus einem deutlich besseren Personalschlüssel/ Betreuungsrelation in den ambulanten Wohnformen im Vergleich zu den anderen beiden Pflegesettings. So weist der stationäre (ambulant professionelle) Bereich eine um 20,2 Prozent (58,9 %) geringere Betreuungsrelation auf, wenn man die Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft (gesamt) in den verschiedenen Settings beleuchtet (Tabelle 4-21). Die höhere Betreuungsrelation in den ambulanten Wohnformen im Vergleich zu den anderen beiden Pflegesettings relativiert sich, wenn der Fokus auf die Pflegefachkräfte gelegt wird. So werden in den ambulanten Wohnformen 7,75 Pflegebedürftige je Vollzeit-Pflegefachkraft versorgt. In der stationären (ambulant professionellen) Pflege fällt diese Relation mit 4,35 Pflegebedürftigen je Vollzeit-Pflegefachkraft bzw. 5,94 Pflegebedürftigen je Vollzeit-Pflegefachkraft ebenfalls deutlich günstiger aus. Insofern lässt sich zusammenfassend festhalten, dass in ambulanten Wohnformen insgesamt deutlich mehr Personal arbeitet als in den anderen beiden Pflegesettings, wodurch sich die Unterschiede in den Erlösen zum Großteil erklären lassen. Das zusätzliche Personal in den ambulanten Wohnformen führt aber nicht zu einer höheren Pflegefachlichkeit (im Sinne von examinierten Altenpflege- und Krankenpflegekräften), sondern der Professionsmix weist eine deutlich heterogenere Beschäftigtenstruktur mit einem großen Anteil an Betreuungskräften auf. Demnach entfällt etwa 27 Prozent des Personals in den ambulanten Wohnformen auf Betreuungskräfte nach §87b und §45b sowie allgemeine Betreuungskräfte und Präsenzkkräfte nach §38a. Darüber hinaus sind 31 Prozent der Vollzeitkräfte als Pflegehilfskräfte beschäftigt. Aus dem hohen Anteil an Betreuungskräften in den ambulanten Wohnformen lässt sich aber nicht auf eine geringere Versorgungsqualität schließen. Von den untersuchten Projekten wurde an dieser Stelle angegeben, dass der hohe Anteil an dementiell erkrankten Personen in den ambulanten Wohnformen (siehe Anteil an Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz von 81,8 %) den hohen Einsatz von Betreuungskräften rechtfertigt, da dementiell erkrankte Nutzerinnen und Nutzer in stärkerem Maße auf Betreuung angewiesen sind als solche, die rein körperlich eingeschränkt sind. Inwieweit sich diese These über wissenschaftliche Studien bestätigen lässt, konnte im Rahmen dieser Evaluation nicht abschließend geklärt werden.

Weiterhin ist von Interesse, von welchem Träger die Erlöse im jeweiligen Pflegesetting finanziert werden. Der Vergleich zwischen den ambulanten Wohnformen und der stationären Pflege macht an dieser Stelle deutlich, dass die um etwa 18 Prozent höheren Gesamterlöse und die damit verbundene bessere Betreuungsrelation (gesamt) nicht mit einem höheren privat zu tragenden Anteil der Nutzerinnen und Nutzer einhergehen, sondern im Wesentlichen über die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (60 %), höhere

Leistungen der Hilfe zur Pflege (23 %) sowie Sonstige Erlöse wie weitere Fördermittel und Eigenleistungen des Trägers (16 %) finanziert werden (Tabelle 4-22).<sup>64</sup> Der Vergleich zwischen den ambulanten Wohnformen und der professionell ambulanten Pflege hinsichtlich der zu finanzierenden Anteile der einzelnen Träger macht deutlich, dass die im Zuge der schlechteren Betreuungsrelation geringeren Gesamterlöse (2.281 Euro pro Monat in der professionellen ambulanten Pflege im Vergleich zu 3.622 Euro pro Monat in den ambulanten Wohnformen) wie folgt getragen werden. So werden in der professionellen ambulanten Pflege etwa 55 Prozent der Erlöse von Seiten der Kassen (SPV: 42 % & HKP: 13 %) getragen. In den ambulanten Wohnformen werden hingegen etwa 47 Prozent der Erlöse von Seiten der Kassen (SPV: 37 % & HKP: 10 %) getragen. In der Konsequenz werden in der professionell ambulanten Pflege nur etwa sieben Prozent der Erlöse von Seiten des Sozialhilfeträgers und 38 Prozent über den privaten Eigenbeitrag finanziert. In den ambulanten Wohnformen werden zum Vergleich etwa zwölf Prozent der Erlöse über den Sozialhilfeträger, 38 Prozent über den privaten Eigenbeitrag und drei Prozent über sonstige Erlöse finanziert.

*Tabelle 4-22: Erlöse für die Pflegesettings im Vergleich (in € pro Monat): Angleichung der Pflegebedürftigen*

	<b>Ambulante Wohnformen (45f SGB XI) ***</b>	<b>Stationäre Pflege (GG Bund)</b>	<b>Ambulant prof. Pflege* (GG Bund)</b>
<b>Gesamterlöse</b>	3.622	3.077	2.281
<b>Erlöse</b>			
Leistungen SPV	1.339	1.374	964
Leistungen HKP	373		294
Leistungen SGB XII	442	299	159
Leistungen Privat	1.368	1.403	864
Sonstige Erlöse	101		
<b>Personalschlüssel (VZÄ)**</b>			
Gesamt	1,19	***	***
Pflegefachkräfte	7,75	***	***
<b>Durchschn. Pflegestufe</b>	<b>1,82</b>	<b>1,82</b>	<b>1,82</b>
<b>Anteil PEA</b>	<b>81,8%</b>	70,8%	<b>81,8%</b>

\* Inklusive Wohnen und Verpflegung, \*\* Nutzer pro Vollzeitäquivalent, \*\*\* Ambulante Wohngemeinschaften

Quelle: Bertelsmann Stiftung (2016): Pflegeinfrastruktur, Destatis (2017a): Pflegestatistik 2015, BBSR (2014): Potentialanalyse Altersgerechte, Wohnungsanpassung, BMG (2017): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Rothgang et al. (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016, Destatis (2017b): Ausgaben der Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege, Rothgang

<sup>64</sup> Wie aus Tabelle 4-21 deutlich hervorgeht werden die höheren Erlöse in den ambulanten Wohnformen gegenüber der stationären Pflege im Wesentlichen über die Leistungen der häuslichen Krankenpflege, die Leistungen der Hilfe zur Pflege sowie sonstige Erlöse getragen.

*und Müller (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, BMG (2016): Ausgaben und Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung 2000 – 2015.*

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die hier untersuchten ambulanten Wohnformen im Vergleich zu der stationären Pflege und der professionell ambulanten Pflege die höchsten Kosten aufweisen. Die höheren Kosten der ambulanten Wohnformen im Vergleich zur stationären Pflege werden zum größten Teil über Leistungen der häuslichen Krankenpflege finanziert. Die höheren Kosten der ambulanten Wohnformen lassen sich sehr gut durch den höheren Personalschlüssel erklären. Das zusätzliche Personal in den ambulanten Wohnformen führt aber nicht zu einer höheren Pflegefachlichkeit (im Sinne von examinierten Altenpflege- und Krankenpflegekräften), sondern erklärt sich vielmehr aus einem hohen Anteil von Betreuungs- und Hilfskräften.

## 4.4 Fazit

Die Ergebnisse der schriftlichen Nutzerbefragung zeigen die Heterogenität der Nutzerinnen und Nutzer hinsichtlich deren finanzieller Lage auf. So schätzen etwa 37 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer die eigene finanzielle Situation als sehr gut bis gut ein. Weitere 39 Prozent als eher gut und die verbleibenden 24 Prozent als eher schlecht bis schlecht. Diese Heterogenität zeigt sich auch bei der Verteilung der verfügbaren Nettoeinkommen sowie beim Bildungsstand, welcher erwartungsgemäß positiv mit der Einschätzung der eigenen wirtschaftlichen Lage korreliert ist. Eine wichtige im Rahmen der Evaluation zu beantwortende Fragestellung lautet, ob die ambulanten Wohnformen von Menschen mit geringen Einkommen, sowie insbesondere mit Sozialhilfebezug, finanzierbar sind. Über alle Bewohnerinnen und Bewohner liegt der Anteil der Sozialhilfebezieher bei etwa 29 Prozent. Bei denjenigen mit Pflegegrad beträgt er 35 Prozent, wobei er über die fünf Pflegegrade ansteigend verläuft (Pflegegrad 1: 29 %, Pflegegrad 5: 54 %). Insofern zeigt sich, dass auch für die Nutzerinnen und Nutzer mit Sozialhilfebezug die Versorgung in den hier untersuchten Wohnformen wirtschaftlich möglich ist, da in diesen Fällen der Sozialhilfeträger einen Großteil bis hin zu den kompletten Kosten für diese Bewohnerschaft übernimmt.

Zugleich macht die Analyse der Trägerperspektive deutlich, dass es in Einzelfällen zu Problemen bei der Erstattung der Kosten durch den Sozialhilfeträger kommt. So wurde einzeln berichtet, dass die stationäre Pflege für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher vom Sozialhilfeträger anerkannt und erstattet werde, die Kosten in den ambulanten Wohnformen aber nicht. Insofern ist die Versorgung von Menschen mit geringen Einkommen in den hier untersuchten ambulanten Wohnformen möglich, sofern die Finanzierung durch den Sozialhilfeträger gesichert ist.

Die quantitative Analyse der Wirtschaftlichkeit der Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* und vergleichbarer Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* aus Perspektive ihrer Träger hat unter anderem ergeben, dass die Kosten für den Bau und Umbau von Gebäuden und Wohnungen im Durchschnitt den größten Anteil an allen Vorlaufkosten ausmachen. Bei den laufenden Kosten dominieren die Kosten für das Pflege- und Betreuungspersonal, bei den Erlösen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (insbesondere § 36 und § 38 SGB XI) gefolgt von Eigenbeiträgen der Bewohnerinnen und Bewohner.

Aus der qualitativen Befragung der Projektträger aller Wohnformtypen geht hervor, dass die Projekte zum Erhebungszeitpunkt mehrheitlich ein tendenziell ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis erzielten. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Zum Teil ist dies allerdings insbesondere bei den Ansätzen des Quartiers- oder des Case- und Care-Managements auf den Einsatz verschiedener Fördermittel, darunter die Fördermittel des GKV-Spitzenverbandes, zurückzuführen. Mit am häufigsten als Gründe für ein tendenziell positives Ergebnis von den Projektträgern genannt wurden wirtschaftlich gesetzte Preise sowie eine relativ gute Auslastung ihrer Projekte im Zeitverlauf. Umgekehrt führten mehrere der befragten Träger von Projekten mit negativem betriebswirtschaftlichem Ergebnis – dies sind etwa ein Dutzend – letzteres auch auf die Unterauslastung ihrer Projekte infolge von Krankenhausaufenthalten und verzögerten Neuvermietungen zurück. Die Sensitivitätsanalyse, im Rahmen derer die Zusammenhänge zwischen der Wirtschaftlichkeit und verschiedenen anderen Merkmalen der Projekte wie deren Größe untersucht wurde, verdeutlicht, dass die Ergebnisse in die erwartbare Richtung variieren, wobei die Korrelationen aufgrund der zu geringen Fallzahlen allesamt nicht statistisch signifikant waren. Die befragten Träger derjenigen Projekte, die zukünftig fortgeführt werden sollen, rechneten in Zukunft mehrheitlich mit einem ausgeglichenen oder positiven betriebswirtschaftlichen Ergebnis ihrer Projekte. Risiken stellen dabei aus Sicht mehrerer Befragter vor allem die bereits genannte Unterauslastung der Projekte sowie die teilweise uneinheitliche Bewilligungspraxis der Kostenträger dar.

Im abschließenden Kapitel zur Wirtschaftlichkeit aus der volkswirtschaftlichen Perspektive wurde analysiert, welche Kosten den Sozialleistungsträgern (Pflege- und Krankenversicherung), dem Sozialhilfeträger und den privaten Haushalten in den verschiedenen Pflegesettings (ambulante professionelle Pflege in der Häuslichkeit, stationäre Pflege und ambulante Wohnformen nach § 45f SGBXI) entstehen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die hier ausgewählten ambulanten Wohnformen – die sich im Wesentlichen auf den Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit stützen* – mit etwa 3.622 Euro pro Monat das teuerste Versorgungssetting darstellen. So liegen

die Gesamterlöse um etwa 18 Prozent bzw. 59 Prozent über den Gesamterlösen in der stationären bzw. professionell ambulanten Pflege. Diese Unterschiede lassen sich sehr gut über das eingesetzte Personal in den verschiedenen Pflegesettings erklären. So liegt die Betreuungsrelation (gemessen über versorgte Pflegebedürftige je Vollzeitkraft) in der stationären bzw. ambulant professionellen Pflege um etwa 20 Prozent bzw. 59 Prozent unterhalb des Wertes in den untersuchten ambulanten Wohnformen. Darüber hinaus weisen die drei Pflegesettings erhebliche Unterschiede im Professionsmix des eingesetzten Personals auf. So werden in den ambulanten Wohnformen deutlich weniger Pflegebedürftige durch Pflegefachkräfte versorgt als in den anderen beiden Versorgungssettings, während der Anteil der Betreuungskräfte und der Pflegehilfskräfte in den ambulanten Wohnformen deutlich ausgeprägter ist. Die Unterschiede im Anteil des Pflegefachpersonals erklären sich aus den nicht vorhandenen Vorgaben wie beispielsweise in der stationären Pflege zur Fachkraftquote. Gleichwohl könnte der hohe Anteil an demenziell erkrankten Nutzerinnen und Nutzern in den ambulanten Wohnformen die hohe Anzahl an Betreuungspersonen rechtfertigen.

Hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen wird deutlich, dass die Mehrkosten für das Personal in den ambulanten Wohnformen gegenüber der stationären Pflege im Wesentlichen über die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (60 %), höhere Leistungen der Hilfe zur Pflege (23 %) sowie Sonstige Erlöse wie weitere Fördermittel und Eigenleistungen des Trägers (16 %) finanziert werden. Die deutlich geringeren Leistungen in der professionellen ambulanten Pflege werden zu einem größeren Anteil von den Kassen (SPV: 42 % & HKP: 13 %) getragen, während der Kassenanteil in den ambulanten Wohnformen bei etwa 47 Prozent (SPV: 37 % & HKP: 10 %) liegt. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass das zusätzliche Personal in den ambulanten Wohnformen im Durchschnitt nicht zu Lasten eines höheren und im bundesweiten Vergleich höchst unterschiedlichen Eigenbeitrags der Nutzerinnen und Nutzer führt, sondern von Seiten des Versichertenkollektivs in Form der Kassen, der Sozialhilfeträger und aus Eigenmitteln des anbietenden Trägers finanziert wird. Für die Zukunft bedarf es weiterführender Untersuchungen zur Wirtschaftlichkeit von ambulanten Wohnformen, um profunde und verallgemeinerbare Aussagen zu deren Wirtschaftlichkeit aus allen Perspektiven (Nutzer, Träger, Soziale Sicherungssysteme) treffen zu können.

## 5 Nachhaltigkeit neuer Wohnformen

Im Rahmen von schriftlichen und mündlichen Befragungen wurden die Träger von 44 Projekten danach gefragt, welche Herausforderungen sich ihnen bei der Sicherung der Nachhaltigkeit in unterschiedlichen Bereichen stellen, welche Möglichkeiten und Maßnahmen sich ihnen zur Sicherung des langfristigen Fortbestehens ihrer Projektansätze bieten und mit welchen Beiträgen sie vom Gesetzgeber und den Leistungsträgern sinnvollerweise unterstützt werden könnten. Die Ergebnisse werden im Folgenden differenziert für die vier Bereiche Finanzierung, Organisation, Personal und Recht vorgestellt. Ergebnisse zum Bedarf an neuen Wohnformen, die im Rahmen von projektbezogenen Interviews mit Leistungsträgern und weiteren externen Akteuren geführt wurden, werden überdies in Kapitel 5.6 dargestellt. Abschließend wird in Kapitel 5.7 ein Fazit gezogen.

### 5.1 Allgemeine Einschätzung

In Gesprächen wurden die Projektträger gefragt, wie sie die Nachhaltigkeit ihrer Projekte nach Ende der Förderphase einschätzen. 29 der befragten Träger stufen die Nachhaltigkeit ihrer Projekte als hoch ein, weitere acht als eher hoch, fünf als eher gering und einer als gering. Die Einschätzungen variieren in Abhängigkeit vom Wohnformtyp der Projekte. Für nahezu alle Projekte der Wohnformtypen *Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service, Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* und *Vollstationäre Pflege* wird die Nachhaltigkeit als hoch oder eher hoch eingeschätzt.

Bei den Projekten der Wohnformtypen *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* und *Integrierte Konzepte* fällt der diesbezügliche Anteil deutlich geringer aus. Während sieben der zehn Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* als tendenziell nachhaltig betrachtet werden, sind es bei den Projekten des Wohnformtyps *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* drei von fünf.

Begründet wird die als gering eingeschätzte Nachhaltigkeit von vier der sechs betroffenen Träger mit fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten für das Case- und Care-Management. Ein Träger begründet seine Einschätzung überdies damit, dass es keine Möglichkeiten zur Finanzierung von technischen Komponenten einschließlich möglicherweise anfallenden Kosten für die Beratung gibt. Darüber hinaus seien die entwickelten technischen Komponenten noch nicht marktreif.

## 5.2 Finanzierung

Für die nachhaltige Umsetzung der von den Projekten erprobten Ansätze ist deren Finanzierbarkeit eine wesentliche Voraussetzung. Im Folgenden werden die Herausforderungen und Möglichkeiten beschrieben, die sich in den Projekten mit Bezug zur Finanzierung stellen bzw. voraussichtlich zukünftig stellen werden.

### 5.2.1 Herausforderungen im Bereich der Finanzierung

In schriftlichen und mündlichen Befragungen wurden die Projektträger gefragt, welche Herausforderungen sich ihnen bei der Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit in ihren Projekten stellen. Als Herausforderungen benannt werden vor allem fehlende Finanzierungsmöglichkeiten für verschiedene Leistungen sowie die Bewilligungspraxis einiger Kostenträger.

#### *Fehlende Finanzierungsmöglichkeiten*

- 13 Projektträger geben an, dass die Kosten für das Quartiersmanagement bzw. das Case- und Care-Management aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten schwer zu finanzieren seien. Diese Aussage wird vor allem für Projekte der Wohnformtypen *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* sowie *Integrierte Konzepte* gemacht, daneben aber auch für einige Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*.
- Ebenfalls schwer zu finanzieren sind den Angaben von vier Projektträgern – darunter vor allem Träger der Projekte des Wohnformtyps *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* – zufolge die Kosten, die mit dem Einsatz von technischen Komponenten wie AAL-Systemen verbunden sind. Dies wird vor allem damit begründet, dass viele technische Komponenten nicht im Hilfsmittelkatalog gelistet seien und somit nicht über die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) geltend gemacht werden könnten. Der von den Nutzerinnen und Nutzern zu zahlende Eigenanteil sei überdies von Menschen mit geringen Einkommen häufig nicht tragbar.
- Darüber hinaus äußern zwei Projektträger, dass die Kosten für höher qualifiziertes Personal (u. a. im Bereich der Betreuung) bzw. für tarifgebundenes Personal zur Erbringung von SGB V-Leistungen schwer zu finanzieren seien. Ein Projekt hat eigenen Angaben nach zudem Schwierigkeiten bei der Finanzierung der Kosten für die hauswirtschaftliche Versorgung, da sich die Art und Weise der Abrechnungsmöglichkeiten von hauswirtschaftlichen Leistungen beim Sozialhilfeträger verschlechtert hätten. Die vorhergehenden

Aussagen werden jeweils für Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* getroffen.

### *Bewilligungspraxis der Kostenträger*

- Aus Sicht von fünf Projektträgern stellt die uneinheitliche Bewilligungspraxis der Pflegekassen insbesondere hinsichtlich des Wohngruppenschlags nach § 38a SGB XI eine Herausforderung bei der Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit ihrer Projekte dar. Die diesbezügliche Bewilligungspraxis unterscheidet sich dabei zum Teil nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb einzelner Pflegekassen. Der Grund hierfür wird unter anderem darin gesehen, dass der Gesetzestext aus Sicht der Befragten nicht klar genug formuliert ist und die Sachbearbeiterinnen und -bearbeiter der Pflegekassen demnach bei der Interpretation der Anspruchsvoraussetzungen einen gewissen Spielraum haben. Ein Projektträger berichtet beispielsweise, dass sich eine Kasse als einzige Pflegekasse weigere, den Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI zu bewilligen. In einem weiteren Projekt wird der Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI den Aussagen des Projektträgers nach ebenfalls von einer Pflegekasse abgelehnt. Die Ablehnung sei von der Kasse damit begründet worden, dass sich die über den Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI finanzierte Mitarbeiterin, die Verwaltungsaufgaben für mehrere selbstverantwortete ambulant betreute Wohngemeinschaften erfüllte, nicht häufig genug in einer der Wohngemeinschaften aufhielte. Aus Sicht des Projektträgers ist dem Gesetzestext jedoch nicht zu entnehmen, dass die Präsenz der über den Wohngruppenschlag nach § 38a SGB XI finanzierten Person in der Wohngemeinschaft eine Anspruchsvoraussetzung ist.
- Zwei Projektträger äußern zudem, dass die uneinheitlichen Formulare der Pflegekassen für die Beantragung des Wohngruppenschlags nach § 38a SGB XI die finanzielle Nachhaltigkeit beeinträchtigen. Begründet wird dies insbesondere damit, dass die Angehörigen dadurch eine vergleichsweise große Unterstützung bei der Beantragung der Leistung bräuchten. Einem Projektträger zufolge sind die Antragstellerinnen und Antragsteller grundsätzlich häufig mit der Antragstellung und der Durchsetzung der eigenen Ansprüche überfordert und deshalb auf eine entsprechende Unterstützung – beispielsweise durch eine Case- und Care-Managerin bzw. einen Case- und Care-Manager – angewiesen.
- Fünf Projektträgern zufolge beeinträchtigt die Bewilligungspraxis der zuständigen Sozialhilfeträger die finanzielle



Nachhaltigkeit ihrer Projekte. Zwei Projektträger beklagen die Verrechnung von Leistungen nach § 45b SGB XI oder § 38a SGB XI mit den Sozialhilfeleistungen. Ein weiteres Problem ist aus Sicht eines Projektträgers, dass sich durch die bundeslandspezifische Bewilligung der Hilfe zur Pflege durch überörtliche Sozialhilfeträger die Bewilligungsprozesse verlängert hätten. Die überörtlichen Sozialhilfeträger könnten überdies die regionalen Bedarfe und Besonderheiten nicht adäquat berücksichtigen.

- Eine weitere Herausforderung bei der Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit sind den Angaben von jeweils mehreren Projektträgern zufolge lange Bearbeitungszeiten von Pflegekassen und anderen Behörden (u. a. Notar, Nachlassgericht und Wohnungsamt).

### 5.2.2 Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich der Finanzierung

In den schriftlichen und mündlichen Befragungen wurden die Träger der Projekte auch gefragt, welche Möglichkeiten sich ihnen – auch perspektivisch – bei der Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit in ihren Projekten bieten. Die diesbezüglichen Äußerungen werden im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

#### *Finanzierung des Quartiers- bzw. Case- und Care-Managements*

- Der Träger eines Projektes des Wohnformtyps *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* strebt an, die Kosten für sein soziales Dienstleistungsangebot zukünftig aus Eigenmitteln weiter zu finanzieren, solange dies die betriebswirtschaftliche Situation des Wohnungsunternehmens zulasse.
- Der Träger eines Projektes des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* strebt zur Finanzierung der Kosten für das Quartiers- bzw. Case- und Care-Management ein hybrides Finanzierungsmodell an, welches Leistungen nach § 38a SGB XI, kommunale Mittel, Fördermittel des Deutschen Hilfswerks, einen solidarischen Mietzuschlag sowie Leistungen nach § 45b SGB XI umfassen könnte.
- Ebenfalls vom Träger eines Projektes des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* wird die Strategie verfolgt, durch die Anerkennung des bestehenden, von der Quartiersmanagerin koordinierten Helferkreises als Angebot nach § 45a SGB XI Leistungen nach § 45b SGB XI abrechnen zu können. Darüber hinaus könnten eigenen Aussagen zufolge in gewissem Maße auch Eigenmittel des Trägers zur Finanzierung der Kosten herangezogen werden. Dennoch müsse auch bei diesem Finanzierungsmodell der Umfang des Angebots nach Ende der Förderphase reduziert werden.

Zusätzlich wurde eigenen Angaben nach ein Antrag auf Fördermittel des Deutschen Hilfswerks gestellt.

- Ein weiterer Träger eines Projektes des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* hat zum Befragungszeitpunkt einen Antrag auf die Erprobung neuer Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI gestellt. Überdies strebt der Projektträger an, den von den Nutzerinnen und Nutzern zu zahlenden Pauschalbetrag für das Case- und Care-Management erstattungsfähig im Rahmen der Hilfe zur Pflege zu machen.
- Ausschließlich auf die Weiterfinanzierung der Kosten für das Quartiersmanagement durch Eigenmittel der Kooperationspartner setzt ein Projekt des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte*.

#### *Finanzierung der Koordination selbstbestimmter Wohngemeinschaften*

- In einem Projekt wird die Moderation der Wohngemeinschaft durch eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) übernommen, deren Mitglieder – die gesetzlichen Vertreterinnen und Vertreter der Bewohnerinnen und Bewohner – zuvor hierzu geschult wurden.
- In einem weiteren Projekt werden die Kosten für die Koordinatorin der Wohngemeinschaft aus Erlösen der Verhinderungspflege und des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI finanziert. Die Leistungen der Verhinderungspflege können von den Angehörigen in Anspruch genommen werden, da sie die Bewohnerinnen und Bewohner in der Wohngemeinschaft in einem solchen Maß unterstützen, dass sie ihren Status als Pflegeperson aufrechterhalten können.
- In einem weiteren Projekt sollen die koordinierenden Leistungen, die bisher über die Fördermittel des GKV-Spitzenverbandes finanziert wurden, zukünftig über eine Erhöhung der von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu zahlenden Pauschale für die hauswirtschaftlichen Leistungen kompensiert werden.

#### *Finanzierung technischer Komponenten*

- Die Träger der Projekte, deren Konzept unter anderem den Einsatz technischer Komponenten umfasst, geben mehrheitlich an, die Kosten für die (Weiter-)Entwicklung bzw. die Installation und den Betrieb der Komponenten zukünftig anteilig über Eigenmittel finanzieren zu wollen. Einem Träger stehen zum Befragungszeitpunkt zudem Fördermittel des

Bundesministeriums für Bildung und Forschung zur Verfügung.

#### *Weitere Möglichkeiten und Maßnahmen*

- Sieben Projektträger geben explizit an, zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit ihrer Projekte Verhandlungen mit den zuständigen Sozialhilfeträgern zu führen bzw. mit diesen entsprechende Leistungsvereinbarungen zu treffen. Geäußert wurde dies ausschließlich von Projekten des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*.
- Seitens einiger Projektträger als Maßnahmen zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit benannt werden die Anpassung der von den Nutzerinnen und Nutzern zu zahlenden Preise, eine entsprechende Finanzplanung bzw. betriebswirtschaftliche Auswertung, ein regelmäßiger Austausch der Nutzerinnen und Nutzer bzw. ihrer Angehörigen mit den Dienstleistern, die Bindung von Mieterinnen und Mietern durch Angebote von Kooperationspartnern sowie ein geeignetes Personalkonzept, welches eine gute Mischung aus qualifiziertem Personal, welches abrechenbare Leistungen erbringen kann, und weniger qualifiziertem Personal, welches einen entsprechend geringeren Lohn erhält, vorsieht.

### **5.2.3 Beiträge von Gesetzgeber oder Leistungsträgern**

Die Projektträger wurden auch danach gefragt, inwiefern der Gesetzgeber oder die Leistungsträger zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit der erprobten Projektansätze beitragen könnten. Folgende Punkte werden diesbezüglich genannt:

- Die Träger von neun Projekten, die sich insbesondere den Wohnformtypen *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit*, daneben aber auch dem Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* zuordnen, wünschen sich Finanzierungsmöglichkeiten für das Quartiersmanagement bzw. das Case- und Care-Management. Einige Projektträger haben bereits konkrete Ideen zur Ausgestaltung einer diesbezüglichen Finanzierung. Ein Projektträger (ein Wohnungsunternehmen) schlägt beispielsweise vor, einen bestimmten Anteil der Leistungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI zur Finanzierung der Personalkosten, die dem Wohnungsunternehmen durch die Beratung und Begleitung bei der Umsetzung von etwaigen Maßnahmen entstehen, freizustellen. Eine mögliche vollständige Übernahme der Kosten für das Quartiersmanagement bzw. das Case- und Care-Management durch

die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) wird von der Mehrheit der Befragten, die sich hierzu äußern, eher kritisch gesehen, da es sich aus ihrer Sicht um originäre Aufgaben der Kommunen handelt. Die ausschließliche Kostenübernahme durch die Kommunen wird allerdings aufgrund der häufig eingeschränkten finanziellen Spielräume der Kommunen ebenfalls mehrheitlich abgelehnt. Ein Projektträger spricht sich dafür aus, die Kommunen zum Quartiersmanagement zu verpflichten, wobei die Finanzierung der dadurch entstehenden Kosten in Form einer Mischfinanzierung über Länder, Kommunen und die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) erfolgen könnte.

- Eine einheitliche Bewilligungspraxis der Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Eingliederungshilfe) wünschen sich explizit sechs der befragten Projektträger. Einer der Projektträger spricht sich dafür aus, den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI nicht länger mit den Sozialhilfeleistungen zu verrechnen. Ein weiterer Projektträger wünscht sich eine im Vorfeld gesicherte Finanzierung der Eingliederungshilfe bei der Versorgung von Menschen mit Demenz und einer geistigen Behinderung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Mehrere Projektträger wünschen sich überdies eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands, der mit der Beantragung von Leistungen verbunden ist, sowie zügigere Bewilligungsverfahren.
- Zwei Träger von Projekten des Wohnformtyps *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* sprechen sich für die Aufnahme technischer Komponenten in den Pflegehilfsmittelkatalog aus.
- Einzelne Projektträger wünschen sich zudem eine größere Flexibilität im Bereich der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), eine Vereinfachung des § 40 Abs. 4 SGB XI, die Gleichstellung von träger- und selbstverantworteten Wohngemeinschaften bei der Anschubfinanzierung nach § 45e SGB XI, die Einführung einer bewohnerbezogenen Betreuungspauschale für ambulant betreute Wohngemeinschaften, die strukturelle Förderung von Projekten mit ehrenamtlichem Engagement, höhere Entgelte in der Pflege sowie die Überführung des erprobten Modells in die Regelversorgung.

### 5.3 Organisation

Ein großer Teil der erprobten neuen Wohnformen ist auf ein gutes Zusammenwirken verschiedener Beteiligter angewiesen. Besonders hervorzuheben sind die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige, ehrenamtliche Kräfte sowie verschiedene Leistungserbringer wie Pflegedienste und Wohnungsgesellschaften.

Hierfür ist eine gute Organisation gefragt. Damit verbunden sind oft auch personelle und finanzielle Aspekte, die aber in Kapitel 5.4 bzw. 5.2 behandelt werden.

### 5.3.1 Herausforderungen im Bereich Organisation

Von den 43 Projektträgern, mit denen Vor-Ort-Interviews geführt wurden, gaben 16 an, dass es im Hinblick auf die Nachhaltigkeit ihres Projekts organisatorische Herausforderungen gebe. Diese lassen sich in die folgenden Gruppen einteilen:

- Besondere Anforderungen stellt den Antworten zufolge die Arbeit mit den Ehrenamtlichen dar. Es ist voraussetzungsvoll und aufwändig, sie verlässlich in die Versorgung einzubinden. Sie müssen geschult und begleitet werden, ihre Vorstellungen und diejenigen der Bewohner müssen in Einklang gebracht werden und man muss sich um sie bemühen, damit sie dem Wohnprojekt erhalten bleiben. Die geringe personelle Ausstattung bspw. von Pflegediensten bietet für die Koordinierung und Begleitung der Ehrenamtlichen nicht immer gute Voraussetzungen.
- Die Koordinierung von Unterstützungsleistungen unterschiedlicher Dienste stellt eine weitere Herausforderung und oft einen großen Aufwand dar. Dabei muss auch die Kooperationsbereitschaft bspw. von Pflegediensten erst gewonnen und es müssen Interessen der verschiedenen Partner ausgeglichen werden. Um die Beteiligten mit ihren unterschiedlichen Interessen zusammenzuhalten, werden klare Absprachen und Regelungen benötigt.
- Für manche Projekte stellt es sich als problematisch heraus, dass sie nicht ausreichend in bestehende Organisationsstrukturen eingebunden sind. Sie werden daher teilweise nicht wahrgenommen oder geben an, dass die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für ihr Projekt im Trägerverbund nicht eindeutig geregelt sind.
- Auch das Zusammenleben und die Versorgung in den Wohngruppen verursachen organisatorischen Aufwand. Mehrmals wird dabei die Zusammenarbeit mit Auftraggebergemeinschaften von Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. deren Angehörigen angeführt. Die Zusammenarbeit benötigt eine Anlaufzeit und sie wird durch wechselnde Bewohnerinnen und Bewohner erschwert. Dem Vorteil der größeren Selbstbestimmung steht manchmal der Nachteil fehlender Kompetenzen bspw. in ökonomischen, aber auch anderen fachlichen Fragen gegenüber.
- Schließlich wird in einem Fall das Problem genannt, dass eine für das Quartiersmanagement vorgesehene Stelle entfällt. Die

Vernetzung der Wohnangebote in die Gemeinde kann dann nicht mehr geleistet werden.

### 5.3.2 Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich Organisation

Die Projekte führen einige Voraussetzungen an, die sich positiv auf eine gute Organisation auswirken. Insgesamt haben sich hierzu 17 der insgesamt 43 Projektträger, mit denen Vor-Ort-Gespräche geführt wurden, geäußert. Auch hier können – ebenso wie bei den zuvor dargestellten Angaben zu den organisatorischen Herausforderungen – die Antworten gruppiert werden.

- Besonders häufig wird eine gute Vernetzung hervorgehoben, wobei ein breites Spektrum von örtlichen Organisationen angesprochen ist. Darunter fallen unter anderem weitere ambulante Versorgungsangebote, offene Angebote für Ältere, Hospizvereine, Kindergärten und Schulen. Teilweise wirkt sich auch überörtliche Vernetzung positiv aus, bspw. der Austausch mit anderen Quartieren oder die Einbindung von Kranken- und Pflegekassen.
- Hauptamtliche Betreuung, gute Strukturen und Verträge können dafür sorgen, dass das Ehrenamt wichtige zusätzliche Beiträge für die Versorgung leistet. In einem Fall wurden Freiwillige aus einem EU-Programm eingesetzt, in einem anderen Fall rekrutiert sich ein Teil der Ehrenamtlichen aus einem bundesweit tätigen Verein.
- Von Kooperation und Arbeitsteilung sowie einem interdisziplinären Team kann die Qualität der Arbeit profitieren. In einem Fall wird die Koordination des Zusammenlebens der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgreich an die örtliche Alzheimer Gesellschaft vergeben.
- Gut arbeitende Steuerungskreise mit Kooperationspartnern werden mehrmals als wichtige Voraussetzung dafür genannt, dass die Konzepte wie geplant umgesetzt werden. Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren sind ein weiterer damit verbundener Baustein. Sie leisten unverzichtbare Beiträge dafür, dass die Zusammenarbeit „auch auf kleinteiliger Ebene“ funktioniert.
- Einige Angaben zu organisatorischen Herausforderungen lassen sich keinen gemeinsamen Gruppen zuordnen: So wurde die Erfassung von Bedarfen und Bedürfnissen als Basis für zielgruppengerechte Angebote angeführt. Eine weitere Nennung war die Öffentlichkeitsarbeit über Mund-zu-Mund-Propaganda und die Beteiligung an Nachbarschaftsfesten, die Vertrauen herstellt und den Zugang zu den Angeboten erleichtert.

In der schriftlichen Befragung haben die Projektträger Maßnahmen genannt, mit denen sie die Nachhaltigkeit ihres Wohnprojekts in organisatorischer Hinsicht sicherstellen möchten. Insgesamt haben 25 von 44 Projektträgern angegeben, solche Maßnahmen zu planen. Die Antworten werden hier zusammenfassend vorgestellt.

- Viele Projektträger planen, ihre Netzwerkarbeit weiterzuführen oder sogar zu verstärken. Zu den genannten Maßnahmen gehört die Einrichtung oder Beibehaltung einer Koordinierungsstelle, die Schaffung eines Koordinierungsgremiums bzw. eines Steuerungskreises, die Verstärkung der Kooperationen mit Netzwerkpartnern des Gesundheitswesens und die Kommunikation im Netzwerk. Ein Projektträger möchte ein lokales Quartiersprojekt starten, ein anderer plant die Einrichtung eines „Quartiersstützpunktes“ und schließlich soll in einem weiteren Fall ein Nachbarschaftshilfverein zur Unterstützung einer Wohnpflegegemeinschaft gegründet werden.
- Häufig genannt werden auch Maßnahmen, die sich auf die Arbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Angehörigen beziehen. Teilweise ist geplant, diese bereits begonnene Arbeit weiterzuführen oder sogar auszuweiten, konkrete Maßnahmen sind die Einrichtung eines Angehörigen-gremiums und der Aufbau eines Ehrenamtlichen-Pools.
- Ihre Informationsangebote über das Projekt sehen einige Projektträger als verbesserungsbedürftig an und planen entsprechende Maßnahmen. Beispiele sind die Vorstellung des Wohnprojekts auf Mietertreffen, die Professionalisierung des Webportals oder die Erstellung einer Infobroschüre.
- Die sozialen und kommunikativen Angebote im Projekt wollen einige Projektträger stärken. Das kann bedeuten, dass eine Servicestelle eingerichtet oder die Stelle eines „Kümmers“ geschaffen wird oder ein Pflegedienst „soziale Stellen“ schafft.

### **5.3.3 Beiträge von Gesetzgeber oder Leistungsträgern im Bereich Organisation**

Nur wenige Hinweise geben die Projektträger zu möglichen förderlichen Beiträgen von Gesetzgeber oder Leistungsträgern. Am konkretesten ist der Wunsch, dass das Quartiersmanagement finanziert wird. Ein weiterer Beitrag wird darin gesehen, dass eine Fachstelle eingerichtet wird, die zuverlässige Informationen zu den neuen ambulanten Wohnformen liefert. In einem Fall wird der Wunsch geäußert, das im Projekt erprobte Finanzierungsmodell zur Regelfinanzierung zu machen. Eine allgemeine Forderung zielt auf die Schaffung von Gestaltungsfreiheit bei den Rahmenbedingungen ab, ohne dass dies näher ausgeführt wird.



## 5.4 Personal

Wie andere Anbieter herkömmlicher ambulanter und stationärer Pflegeformen sind auch neue Wohnformen auf eine sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht passgenaue Ausstattung mit Personal in den Bereichen Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft und/ oder Beratung angewiesen. Die Herausforderungen und Möglichkeiten, die sich in den Projekten mit Bezug zum Personal stellten bzw. voraussichtlich zukünftig stellen werden, werden im Folgenden vorgestellt.

### 5.4.1 Herausforderungen im Bereich des Personals

In schriftlichen und mündlichen Befragungen wurden die Projektträger gefragt, welche Herausforderungen sich ihnen bei der Sicherung der personellen Nachhaltigkeit in ihren Projekten stellen. Als Herausforderungen benannt werden vor allem die Gewinnung von geeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie etwas seltener auch die Gewinnung und Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern.

#### *Gewinnung von geeigneten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern*

- Vor allem in Projekten der Wohnformtypen *Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service* und *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* stellt die Gewinnung von geeigneten hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine mitunter große Herausforderung dar. Dies wird für 20 Projekte, die einem der beiden Wohnformtypen angehören, geäußert. Den Aussagen zufolge bereitet vor allem die Gewinnung von Pflegefachkräften Probleme, was teilweise auf die schlechte Vergütung in der Altenpflege zurückgeführt wird. Daneben führen einige Projektträger Schwierigkeiten bei der Gewinnung von geeigneten Betreuungskräften bzw. Alltagsbegleiterinnen und -begleitern an, da auch diese über gewisse Fähigkeiten wie beispielsweise Empathie verfügen müssten. Erschwerend hinzu kommt in einigen Projekten, dass deren Konzepte spezifische Anforderungen an die im Projekt tätigen Pflege- und Betreuungskräfte stellen. Ein solches Konzept ist beispielsweise eine ambulant betreute Wohngemeinschaft, die für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und geistigen Behinderung geöffnet werden soll.
- Herausforderungen bei der Personalgewinnung werden auch im Bereich der Beratung genannt. Ein Projektträger hatte beispielsweise Schwierigkeiten bei der Besetzung einer Technik-Beratungsstelle, da die gesuchte Person sowohl über eine gewisse Technik-Affinität als auch über sehr gute Kompetenzen in der Kommunikation mit älteren Menschen verfügen sollte.



### *Gewinnung und Einbindung von Ehrenamtlichen*

- Drei Projektträger geben an, dass die Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern eine Herausforderung bei der Sicherung der personellen Nachhaltigkeit darstellt. Ein Projekt des Wohnformtyps *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* hatte beispielsweise offenbar zunächst Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von ehrenamtlichen Techniklotsinnen und -lotsen, welche schließlich jedoch auch aufgrund der Zusammenarbeit mit einer örtlichen Technikberatungsstelle überwunden werden konnten.
- Vier weitere Projektträger äußern, dass die kontinuierliche und verlässliche Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern im Projektverlauf eine Herausforderung darstellt. In einem Projekt führte dies sogar dazu, dass die ursprünglich im Konzept vorgesehene Einbindung von Ehrenamtlichen in die Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer im Projektverlauf nicht umgesetzt werden konnte.

#### **5.4.2 Möglichkeiten und Maßnahmen im Bereich des Personals**

In den schriftlichen und mündlichen Befragungen wurden die Träger der Projekte auch gefragt, welche Möglichkeiten sich ihnen – auch perspektivisch – bei der Sicherung der personellen Nachhaltigkeit in ihren Projekten bieten. Die diesbezüglichen Äußerungen werden im Folgenden zusammenfassend vorgestellt.

##### *Schulungen sowie Fort- und Weiterbildungen*

- 13 Projektträger geben an, die personelle Nachhaltigkeit in ihren Projekten durch (regelmäßige) Schulungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern. Diese Aussage wird für Projekte der Wohnformtypen *Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit*, *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, *Integrierte Konzepte* sowie *Vollstationäre Pflege* getroffen. Als Schulungsthemen benannt werden insbesondere die Betreuung von Menschen mit demenzieller Erkrankung, daneben aber auch andere Themen wie das Freiwilligenmanagement oder die Quartiersentwicklung.
- 15 Projektträger, darunter vor allem Träger von Projekten des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, äußern, die personelle Nachhaltigkeit in ihren Projekten durch (regelmäßige) interne und auch externe Fortbildungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern. Als mögliche Fortbildungsthemen benannt werden beispielsweise die Dekubitus- und Sturzprophylaxe.

- 13 Projektträger nennen Weiterbildungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Maßnahme zur Sicherung der personellen Nachhaltigkeit. Auch hier dominieren die Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, wobei auch zwei der drei Projekte des Wohnformtyps *Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service* Weiterbildungen im Projekt umsetzen. Als mögliche Weiterbildungen benannt werden die Qualifizierung zur Betreuungskraft nach § 43b SGB XI, § 53c SGB XI und § 45 SGB XI, darüber hinaus auch die Weiterbildung von Alltagsbegleiterinnen und -begleiter in der Behandlungspflege sowie die Qualifikation zur Außerklinischen Beratung und zu Expertenstandards.
- In einigen Projekten werden überdies weitere Maßnahmen zur Sicherung der personellen Nachhaltigkeit ergriffen, welche sich näherungsweise dem Bereich Schulungen sowie Fort- und Weiterbildungen zuordnen lassen. So setzen drei Projektträger im Kontext der personellen Nachhaltigkeit auch auf die Supervision bzw. Begleitung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

#### *Innerbetriebliche Ausbildung und strategische Personalgewinnung*

- Sechs befragte Projektträger geben an, die personelle Nachhaltigkeit ihrer Projekte auch durch die eigene, innerbetriebliche Ausbildung von Pflegekräften zu sichern.
- Zur Gewinnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kooperieren drei Projektträger eigenen Angaben zufolge mit Alten- und Krankenpflegeschulen.
- Zwei Projekte setzen zudem auch auf Mund-zu-Mund-Propaganda bzw. auf die direkte Ansprache bzw. Anwerbung potenzieller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um benötigtes Personal zu rekrutieren.
- Zur Gewinnung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ergreifen drei Projektträger eigenen Angaben zufolge auch verschiedene Maßnahmen, um sich als attraktive Arbeitgeber zu positionieren. Als diesbezügliche Maßnahmen angeführt wurden die Schaffung guter Arbeitsbedingungen (z. B. tarifliche Bezahlung), die Einrichtung einer Kinderbetreuung am Wochenende sowie eine Verbesserung der Außendarstellung des Projektes.

#### *Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern*

- Elf Projektträger äußern, die personelle Nachhaltigkeit ihrer Projekte auch durch die Einbindung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zu sichern. Geäußert wird dies vor

allem für Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, daneben vereinzelt auch für Projekte der Wohnformtypen *Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service, Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit* sowie *Integrierte Konzepte*. Die Äußerungen der verschiedenen Projektträger deuten darauf hin, dass der Umfang und die Art der ehrenamtlichen Unterstützung projektspezifisch variieren. Beispielhafte Einsatzfelder der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer reichen von deren Einbeziehung in ein groß angelegtes soziales Dienstleistungsangebot bis hin zum kostenlosen Haarschneiden durch ehrenamtlich tätige Friseurinnen bzw. Friseure.

### 5.4.3 Beiträge von Gesetzgeber oder Leistungsträgern

Die Projektträger wurden auch danach gefragt, inwiefern der Gesetzgeber oder die Leistungsträger zur Sicherung der personellen Nachhaltigkeit der erprobten Projektansätze beitragen könnten. Folgende Punkte werden diesbezüglich von einzelnen Trägern genannt:

- Einführung einer Wiedereinstiegsprämie für aus dem Beruf ausgeschiedenem Personal;
- Zusammenlegung der Ausbildungsberufe, da dadurch Personen, die sich für die Betreuung und Pflege von Menschen entschieden haben, leichter sektorenübergreifend gewonnen werden könnten;
- Anpassung der Curricula der Pflegefachberufe hinsichtlich anderer Versorgungsformen (z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften);
- Begrenzung der Möglichkeiten der Gewinnmaximierung, da diese zu Lasten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gingen und überdies die Versorgungsqualität verschlechterten;
- Ausreichende Vergütung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter;
- Eingliederung von Freiberuflern in die Tarifverträge;

## 5.5 Recht

In diesem Abschnitt geht es um die Auswirkungen von rechtlichen Rahmenbedingungen (Gesetze, Verordnungen, Bestimmungen etc.) – einschließlich der Auslegung und Anwendung (Bewilligungen, Prüfungen etc.) des Rechts – auf die Nachhaltigkeit der erprobten neuen Wohnformen. Hierbei gibt es einen gewissen Über-

schneidungsbereich mit anderen Nachhaltigkeitsthemen, insbesondere mit dem Thema Finanzierung. An dieser Stelle steht jedoch der rechtliche Aspekt der förderlichen oder hinderlichen Bedingungen im Fokus.

### 5.5.1 Herausforderungen in rechtlicher Hinsicht

Von den 43 Projektträgern, mit denen Gespräche vor Ort geführt wurden, haben sich 15 zu rechtlichen Herausforderungen geäußert. Diese werden nach inhaltlicher Ähnlichkeit zusammenfassend dargestellt.

- Bei den Projektträgern gibt es oft Unsicherheiten darüber, welchem Angebotstyp ihr Wohnprojekt in Zukunft zugeordnet wird. Von diesen Zuordnungen hängen wiederum die Anforderungen ab, die etwa in baulicher oder personeller Hinsicht zu erfüllen sind. Befürchtet wird insbesondere die Einstufung als stationäres Angebot bzw. allgemein zu einer Angebotsform mit höheren Anforderungen. Unsicherheit besteht auch darüber, ob gesetzliche Grundlagen wie die Wohn- und Teilhabegesetze sich zukünftig ändern.
- Die Bewilligungspraxis kann Unsicherheiten und Unklarheiten erzeugen. Teilweise kennen sich zuständige Behörden nicht mit ambulant betreuten Wohnformen aus, so fällt es ihnen in der Folge bspw. schwer zu entscheiden, ob ein Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag besteht oder nicht. Teilweise unterscheiden sich mehrere Leistungsträger in ihrer Bewilligungspraxis hinsichtlich des gleichen Wohnprojekts, es mangelt an einer einheitlichen Vorgehensweise. Zuständigkeitsverschiebungen – z. B. von der Bezirksregierung auf die Heimaufsicht – wirken sich in dieser Hinsicht ebenfalls negativ aus.
- Manche behördlichen Anforderungen sind schwer umsetzbar. Vielfach handelt es sich hierbei um bauliche Anforderungen. Dabei werden häufiger die Brandschutzbestimmungen genannt. Diese Bestimmungen verursachen den Projektträgern zufolge starke Mehrkosten, ohne dass ihnen ein erkennbarer Nutzen gegenübersteht. Auch die von Seiten des Veterinäramtes gestellten Anforderungen an die Küchengestaltung werden als schwierig umsetzbar erwähnt, ebenso die Hygieneanforderungen des Gesundheitsamtes. Als übergreifendes Problem wird die Tatsache angesehen, dass sich die einschlägigen Rechtsvorschriften noch nicht auf die ambulant betreuten Wohnformen beziehen.
- Rechtliche Grundlagen sind nicht eindeutig genug. In einem Fall sieht die mit dem Sozialhilfeträger geschlossene Leistungs- und Qualitätsvereinbarung vor, dass Leistungen nach § 45b SGB XI für Nutzerinnen und Nutzer mit eingeschränkter

Alltagskompetenz von der Betreuungspauschale abgezogen werden. Die Leistungen nach § 45b SGB XI sind jedoch für zusätzliche Leistungen vorgesehen. Ein anderes Beispiel ist der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI. Hier besteht eine Pflegekasse darauf, dass genau eine Person die Betreuung einer Wohngruppe übernimmt und nicht mehrere Personen, die sich den entsprechend finanzierten Stellenanteil teilen. Nur so könne aber die Betreuung einer Wohngruppe realistisch organisiert werden.

- Als Herausforderung erwähnt wird die Abgrenzung von Eingliederungshilfe-Leistungen und Pflegeleistungen. Es besteht der Eindruck, dass immer mehr Menschen, die früher Eingliederungshilfe-Leistungen erhalten haben, jetzt Pflegeleistungen bekommen. Diese wahrgenommene Verschiebung wird als zu einseitig betrachtet und ruft den Angaben zufolge Misstrauen bei den Trägern der Eingliederungshilfe hervor. Diese befürchten, frühere Klienten an Einrichtungen und Dienste der Pflegeversicherung zu verlieren.
- Teilweise führt rechtlicher Klärungsbedarf zu Verzögerungen, die für Wohnprojekte negative Folgen haben. Ein Einzelbeispiel für Verzögerungen stellte die lange Bearbeitungszeit bei einem Notar dar, die zu längerem Leerstand eines Zimmers führten.
- Einige Punkte lassen sich nicht weiter zusammenfassen:
  - Es wird fachlich bezweifelt, dass es ausreichend ist, wenn in einer Wohngruppe für zwölf Personen mit Demenz nur eine Pflegehilfskraft vor Ort sein muss.
  - Die erhöhten Anforderungen im Landesrecht in Bezug auf Intensivpflege-WGs wird erwähnt.
  - Kritisiert wird die Praxis, dass mit Betroffenen ohne Pflegestufe nur ein Erstgespräch trotz teilweise hohen Hilfebedarfs geführt werden kann.
- Eine zukünftige Herausforderung wird aufgrund der technischen Aufrüstung der Wohnungen im Datenschutz gesehen.

## **5.5.2 Rechtliche Möglichkeiten und Maßnahmen der Projektträger**

Die Projektträger wurden in den Interviews danach gefragt, welche Gestaltungsmöglichkeiten die rechtlichen Rahmenbedingungen, zur Lösung der geschilderten rechtlichen Herausforderungen, noch bieten. Hierauf wird in diesem Abschnitt zuerst eingegangen. Anschließend werden die Antworten aus der schriftlichen Befragung auf die Frage dargestellt, welche Maßnahmen die Projektträger planen, damit die rechtliche Nachhaltigkeit gesichert ist.

Zur Frage nach den Möglichkeiten in rechtlicher Hinsicht haben sich nur vier Projektträger geäußert.

- Ein Projektträger (Wohnformtyp *Weiterentwicklung des Wohnens in der eigenen Häuslichkeit*) hat Mitarbeitende zum Widerspruchsverfahren geschult, nachdem die Pflegekasse wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) abgelehnt hatte.
- Ein weiterer Projektträger (Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*) berichtet, dass eine angestrebte Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger über Grund-Betreuungsleistungen und Nachtwache im Bewilligungsfall auskömmlich sein wird.
- Die erfolgte Überprüfung der Versorgungsform durch die Heimaufsicht war in einem Fall (Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*) die Voraussetzung für die Verstetigung.
- Ein Projektträger (Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*) überlegt, aus betriebswirtschaftlichen Gründen auf die freie Wahl des Pflegedienstes zu verzichten. Dem steht jedoch entgegen, dass es Bewohnerinnen und Bewohner geben kann, die an einem bestimmten Pflegedienst festhalten möchten, der sie bereits vor Einzug in die Wohngemeinschaft betreut hat.
- Das Pflegestärkungsgesetz II wird von mehreren Projektträgern (Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*) als Verbesserung angesehen. Insgesamt wird mit höheren Erlösen gerechnet, vor allem bei den Bewohnerinnen und Bewohnern mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Besonders hervorgehoben wird auch der flexiblere Mitteleinsatz. Die durch die Pflegestärkungsgesetze eingeführte Möglichkeit, bis zu 40 Prozent des pflegegradspezifischen Sachleistungsbudgets zur Finanzierung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI einzusetzen, stellt eine große Chance für den Einsatz ehrenamtlicher Kräfte dar. Ebenfalls positiv wird die Berücksichtigung von Teilhabaspekten bei den Pflegegraden bewertet.

In der schriftlichen Befragung haben elf Projektträger Angaben zu Maßnahmen gemacht, mit denen sie die Nachhaltigkeit ihres Projekts in rechtlicher Hinsicht sicherstellen wollen.

- Mehrmals wird genannt, dass mit dem Sozialhilfeträger eine Vereinbarung über Leistungen zum Erhalt einer Betreuungspauschale erzielt werden soll. Ein anderer Projektträger möch-

te beantragen, dass seine Leistungen nach § 45c SGB XI erstattet werden.

- Zwei Projektträger planen, das Gespräch mit Leistungsträgern und Aufsichtsbehörden zu suchen.
- Weitere genannte Maßnahmen sind die angestrebte Anerkennung eines ambulanten Betreuungsdienstes, die gesetzeskonforme Anpassung des eigenen Konzepts, die Verlängerung einer bestehenden Kooperationsvereinbarung und die Einrichtung einer Tagespflege.

### **5.5.3 Mögliche Beiträge von Gesetzgeber, Aufsichtsbehörde oder Leistungsträgern**

Zehn der 43 interviewten Projektträger haben auf die Frage nach möglichen förderlichen Beiträgen des Gesetzgebers geantwortet. Im Folgenden werden die Antworten gruppiert wiedergegeben.

- Es wird angeregt, dass die rechtliche Behandlung von ambulanten Wohngruppen durch Landesgesetze und verschiedene Leistungsträger vereinheitlicht werden sollte. Hierzu werden zwei Vorschläge gemacht: Zum einen können Landesrahmenverträge für Wohngemeinschaften einheitliche Rahmenbedingungen schaffen; zum anderen kann eine einheitlichere Arbeitsweise der Kommunen hinsichtlich ambulant betreuter Wohngemeinschaften gefördert werden. Nicht nachvollziehbaren Unterschieden in den Bewilligungen von Leistungen durch Pflegekassen solle entgegengewirkt werden, bspw. durch einheitliche Leistungskataloge, die über ein Bundesgesetz festgelegt werden könnten.
- Gewünscht werden Maßnahmen, die zur Entbürokratisierung beitragen. Das kann die Einführung einer einheitlichen Betreuungspauschale für jeden Bewohner/jede Bewohnerin anstelle der Abrechnung einzelner Sachleistungen sein. Zur Reduzierung des Aufwands könnten zusätzlich eindeutige Regeln für die Inanspruchnahme von Leistungen beitragen.
- Die ordnungsrechtlichen Vorgaben an ambulante Wohngemeinschaften könnten weniger restriktiv sein. Insbesondere werden die Voraussetzungen für die Gewährung des pauschalen Zuschlags nach § 38a SGB XI, etwa die Kriterien zur Definition einer „gemeinsamen Wohnung“, als zu rigide bewertet.
- Um ambulante Wohnformen zu stärken, sollten rechtliche Rahmenbedingungen attraktiv gestaltet werden. Die große Mehrheit der Pflegedienste habe sich noch nicht mit ambulanten Pflegewohngemeinschaften beschäftigt, da es sich für sie noch nicht ausreichend lohnt.



- Ein Projektträger wünscht sich, dass sein Wohnverbund für den Wohngruppenzuschlag nach § 38 SGB XI anspruchsberechtigt ist. Als mögliches zusätzliches Kriterium für den Anspruch wird beispielhaft die Bereitschaft zu gemeinschaftlichen Aktivitäten angeführt.

## 5.6 Bedarf aus Sicht regionaler Akteure

Mit einer Auswahl regionaler Akteure aus dem Umfeld der Projekte, u. a. Pflegekassen, Kommunen, Kooperationspartnern und Heimaufsicht, wurden Telefoninterviews geführt, um deren Einschätzungen zu den Projekten in Erfahrung zu bringen. Sie wurden auch danach gefragt, wie sie die regionale und überregionale Bedarfslage einschätzen. Die Antworten hierzu beziehen sich auf insgesamt 15 Wohnprojekte:

- Zu drei Projekten des Wohnformtyps *Weiterentwicklung des Wohnens in der eigenen Häuslichkeit* haben sich Akteure jeweils davon überzeugt gezeigt, dass der Bedarf für diese aufgrund der Demografie und der Präferenzen für den Verbleib in der eigenen Wohnung in hohem Maße gegeben ist. Es äußerten sich zwei Pflegekassen, eine Kommune und ein Kooperationspartner eines Wohnprojekts. Betont wurde, dass diese Versorgungsform auf längere Sicht in ländlichen Gegenden hohe Relevanz hat.
- Den elf Wohnprojekten des Typs *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit*, zu denen sich Akteure äußerten, wurde fast durchgängig ein hoher bis sehr hoher Bedarf bescheinigt, und zwar von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern (Kommunen) und Kooperationspartnern. Für den hohen Bedarf und eine entsprechende Nachfrage werden verschiedene Argumente angeführt: der demografische Wandel, die Zunahme von an Demenz erkrankten Personen, der Ersatz für fehlende familiäre Unterstützung und die Ablehnung stationärer Wohnformen. Demnach ließe sich das Angebot noch deutlich ausbauen. Lediglich eine Pflegekasse und ein Sozialhilfeträger äußerten sich zurückhaltender, einmal aus Gründen der hohen Kosten und ein anderes Mal wegen der Einschätzung, das regionale Versorgungsangebot sei bereits gut.
- Eine Einschätzung liegt auch zu einem Projekt des Wohnformtyps „Integrierte Konzepte“ vor. Für dieses Quartiersprojekt sieht der Sozialhilfeträger zu viele Voraussetzungen, um ihm einen großen Bedarf zusprechen zu können. Dazu zählt dieser, dass es Akteure geben müsse, die sich für das Gemeinwesen engagieren (z. B. Nachbarschaftshelfer/-innen), insbesondere auch ehrenamtlich engagierte Menschen. Ehrenamtliches Engagement sei aber eher ein Mittelschichtphänomen und bspw. in ärmeren Stadtteilen oft zu wenig ausge-



prägt. Ganz anders sieht das der Medizinische Dienst der Krankenkassen, der es befürworten würde, wenn jeder Kreis eine Art Quartiersmanagement vorhalten würde. Einrichtungen, die sich im Quartier vernetzen, Ehrenamt einbinden und Generationen-übergreifendes Zusammenleben praktizieren, würden allen Stadtteilen guttun.

## 5.7 Fazit

Der Selbstauskunft der befragten Projektträger zufolge steht es gut um die Nachhaltigkeit der erprobten neuen Wohnformen. Die überwiegende Zahl rechnet mit einem Fortbestand des eigenen Projekts. Für die Zukunftsfähigkeit der neuen Wohnformen spricht auch die Einschätzung der Akteure vor Ort, die mehrheitlich bezeugen, dass sie auf einen großen Bedarf treffen.

Werden die von den Projektträgern aufgeführten Herausforderungen im Einzelnen betrachtet, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Allein die große Zahl der angeführten Herausforderungen lässt darauf schließen, dass der Fortbestand vieler Projekte kein Selbstläufer ist. Es zeigt sich zwar, dass dieser oft gelingt, dass allerdings hierfür in einigen Fällen das Leistungsangebot verringert wird, Eigenmittel eingesetzt oder Finanzierungslücken durch Querfinanzierungen ausgeglichen werden.

Die von den Projektträgern erwähnten Herausforderungen sind überwiegend mit denjenigen Aspekten der neuen Wohnformen verbunden, die auch ihre Besonderheiten gegenüber herkömmlichen Versorgungsangeboten ausmachen. Das betrifft beispielsweise – je nach Wohnformtyp – das Quartiersmanagement, die Projektkoordination in einem Vernetzungsprojekt, die Zusammenarbeit mit der Auftraggeber-Gemeinschaft einer Wohngruppe oder die Alltagsbegleitung durch Betreuungskräfte.

Diese Herausforderungen haben auch damit zu tun, dass die Grundlagen der Versorgungsstrukturen erst in Teilen auf die neuen Wohnformen eingestellt sind. Das zeigt sich an den Äußerungen der Projektträger, die hier nochmal beispielhaft zur Veranschaulichung angeführt werden:

- Die rechtlichen Grundlagen sind teilweise noch nicht eindeutig genug formuliert (Beispiele: Wofür darf der Wohngruppenzuschlag verwendet werden? Wann handelt es sich um eine gemeinschaftliche Wohnform?) oder nicht ausreichend aufeinander abgestimmt.
- Die Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden behandeln die Wohnformen uneinheitlich, weil sie nicht mit diesen vertraut sind, aber auch, weil die rechtlichen Grundlagen Interpretationsspielräume lassen.

- Für bestimmte Leistungen, denen eine zentrale Bedeutung für die neuen Wohnformen zukommt, sind die Zuständigkeiten für die Finanzierung noch nicht geklärt, beispielsweise für das Quartiersmanagement. Das gleiche gilt für bestimmte Angebote der technischen Unterstützung (z. B. AAL-Elemente) oder die Koordinierung der Arbeit mit Ehrenamtlichen.
- Nicht zuletzt ist auch das Personal noch nicht ausreichend vorbereitet. Die besonderen Anforderungen der Arbeit in einer ambulanten Pflegewohngemeinschaft sind dem Altenpflegepersonal zum Teil noch nicht bekannt. Außerdem sind erst wenige Betreuungskräfte, die in der Alltagsbegleitung eingesetzt werden können, auf dem Arbeitsmarkt.

Diese Auswahl verdeutlicht, dass es noch weiterer Anpassungsprozesse bedarf, damit die neuen Wohnformen ohne qualitative Einschränkungen fortgeführt und verbreitet werden können. Die Projektträger sehen Möglichkeiten, selbst auf die Herausforderungen zu reagieren. So versuchen sie, gute Vernetzungsstrukturen aufzubauen, schaffen verbindliche Kooperationsbeziehungen, bilden selbst aus und bieten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Fortbildungen an.

Allerdings benötigen sie auch Unterstützung vom Gesetzgeber und den Kostenträgern. Von diesen wünschen sie sich verallgemeinernd gesprochen klare und verlässliche Rahmenbedingungen, die Finanzierung von Kernleistungen wie dem Quartiersmanagement und diversen Koordinierungstätigkeiten sowie Unterstützung dabei, dass geeignetes Personal zur Verfügung steht.

Neben diesen Herausforderungen, die mit den besonderen Merkmalen neuer Wohnformen verbunden sind, gibt es auch allgemeine Herausforderungen, die neue Wohnformen genauso betreffen wie alle anderen Angebote der Altenpflege. Dazu gehört vor allem die angespannte Personalsituation bei den Pflegefachkräften. Nachhaltigkeit kann an dieser Stelle nur durch allgemeine Verbesserungen auf dem Pflegearbeitsmarkt erreicht werden.

## 6 Neue Typisierung der Wohnformen nach Nutzerbedürfnissen

Um typische Anforderungen und Umsetzungs Herausforderungen 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 bislang geläufigen Typisierungsschemata für diesen Untersuchungszusammenhang nicht hinreichend geeignet ist.

### 6.1 Herleitung des Typisierungsmodells

#### 6.1.1 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 Projekte vorläufig sechs Wohnformtypen zugeordnet, die sich vor allem konzeptionell und in ihren Leistungsspektren unterscheiden.

*Tabelle 6-1: Vorläufige Wohnformtypen nach konzeptioneller Ausrichtung*

<b>Wohnformtyp</b>	<b>Konzepte innerhalb des Wohnformtyps</b>
1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	Seniorenwohngemeinschaften Mehrgenerationenwohnprojekte Seniendörfer Virtuelle Seniorenwohngemeinschaften
2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	Solitäreanlagen 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 Pflegekleebblatt KDA-Quartiershäuser (5.Generation)

Auch diese Unterteilung stößt in diesem Untersuchungszusammenhang auf Grenzen:

- Zum einen ist 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.

### 6.1.2 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.

#### **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 (müssen). Entsprechend sind auch neue Wohn- und Versorgungsangebote an diesen unterschiedlichen Bedürfnissen auszurichten.

Eine neue Einteilung der Wohnformen für Pflegebedürftige könnte daher 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 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 nachfolgenden 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**.

## 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.

Damit Pflegebedürftige ihr Leben nach ihren Vorstellungen gestalten und ihre Identität bewahren können, müssen sie **Einfluss auf die Gestaltung der Wohn- und Versorgungssituation bzw. auf die Gestaltung des Alltags nehmen können**. Die Sicherung der personalen Identität korrespondiert insofern eng mit der **Selbstbestimmung**. Ebenso führt die Selbstbestimmung zwingend zur **Selbstverantwortung**, denn wenn man frei entscheiden kann, was man tut oder nicht tut, dann ist man auch für die Folgen dieser 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. 2017).

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, mit einem **hohen Maß an Selbstbestimmung** – und Selbstverantwortung – zur Sicherung der **individuellen Lebensweltorientierung**.
- Wohnformen mit einem **geringeren Maß an Selbstbestimmung** – und Selbstverantwortung – zur Sicherung der **individuellen Lebensweltorientierung**.

## Teilhabe durch soziale Einbindung

Auch die Sicherung der **Teilhabe** gehört 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.

Nach diesem Nutzerbedürfnis kann eine Wohnformtypisierung wie folgt erfolgen:

- Wohnformen mit **starker sozialer Einbindung** und höheren **Chancen auf Teilhabe**.
- Wohnformen mit **geringerer sozialer Einbindung** und **geringeren Chancen auf Teilhabe**.

Tabelle 6-2: Wohnformtypisierung nach Nutzerbedürfnissen

		<b>Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit</b>			
		höhere Versorgungssicherheit	geringere Versorgungssicherheit		
<b>Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung</b>	<b>Höhere Selbstbestimmung</b>	<b>Typ I: + + +</b> höhere Versorgungssicherheit und höhere Selbstbestimmung und stärkere soziale Einbindung	<b>Typ II: -+ +</b> geringere Versorgungssicherheit und höhere Selbstbestimmung und stärkere soziale Einbindung	<b>Teilhabe durch soziale Einbindung</b>	<b>Stärkere soziale Einbindung</b>
		<b>Typ III: + + -</b> höhere Versorgungssicherheit und höhere Selbstbestimmung und geringere soziale Einbindung	<b>Typ IV: - + -</b> geringere Versorgungssicherheit und höhere Selbstbestimmung und geringere soziale Einbindung		
	<b>Geringere Selbstbestimmung</b>	<b>Typ V: + - +</b> höhere Versorgungssicherheit und geringere Selbstbestimmung und stärkere soziale Einbindung	<b>Typ VI: - - +</b> geringere Versorgungssicherheit und geringere Selbstbestimmung und stärkere soziale Einbindung		
		<b>Typ VII: + - -</b> höhere Versorgungssicherheit und geringere Selbstbestimmung und geringere soziale Einbindung	<b>Typ VIII: - - -</b> geringere Versorgungssicherheit und geringere Selbstbestimmung und geringere soziale Einbindung		



### 6.1.3 Merkmalssammlung für die Klassifizierung

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.

Für eine Zuordnung 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.

#### **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 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)<sup>65</sup>. 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

---

<sup>65</sup> Die Module 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) werden bei der Berechnung des Pflegegrades nicht berücksichtigt und hier auch nicht gesondert in den Blick genommen. Teilaspekte dieser Module werden im Rahmen des Moduls 6 „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ berücksichtigt.

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

Im Rahmen der Feststellung des Selbstständigkeitsgrades nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden 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 können (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.

### **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. Es handelt 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 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 Selbstbe-

stimmung 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), von Aushandlungsprozessen bei der Sicherung von Selbstbestimmung, Koordination/Unterstützung der Selbstorganisation

Für die Zuordnung von Wohnprojekten nach dem gewährten Maß an Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wurden vorläufig knapp über **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.

### **Operationalisierung: Teilhabe durch soziale Einbindung**

Hier geht es um Anforderungen, die den sozialen Austausch und die Beteiligung 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 **Zehn 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 von Merkmalen 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. Ob all diese von Expertinnen und Experten, Praktikerinnen und Praktikern oder aus wissenschaftlichen Studien – vielfach in anderen Wohnsettings – ermittelten Merkmale aus Nutzersicht als Anforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind, muss in einem nächsten Schritt geprüft werden. Dies schließt auch eine Prüfung ein, welche dieser Merkmale zwingend erfüllt sein müssen, um die Zuordnung zu einem Wohnformtyp zu ermöglichen. Ebenso ist empirisch zu begründen, ob einzelne Merkmale höhere Bedeutung bei den Nutzerinnen und Nutzern haben und somit evtl. bei der Zuordnung als notwendige Bedingung gesetzt werden müssen. All dies ist Voraussetzung, um Wohnprojekte valide zu einem Wohnformtyp zuordnen zu können. Evidenzbasierte Studien, die einen Zusammenhang zwischen den jeweiligen Merkmalen und der Selbstständigkeit, der Lebensweltorientierung und der Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner neuer Wohnformen explizit nachweisen, liegen bisher kaum vor. Auch in diesem Forschungskontext konnte eine solche evidenzbasierte Prüfung der Merkmale für neue Wohnformen in der notwendigen wissenschaftlichen Tiefe nicht geleistet werden. Dies bleibt ein wichtiges Forschungsfeld für die Zukunft.

## 6.1.4 Auswahl von Merkmalen nach Nutzererwartungen

Als erste Annäherung erfolgte eine Auswahl aus den vorläufig rund 90 bestimmten Merkmalen (siehe Kapitel 6.1.3.) auf der Grundlage der Ergebnisse der Nutzerbefragungen, die im Rahmen des Modellprogramms durchgeführt wurden. Die Auswahl von Merkmalen für die Wohnformtypisierung wurde über die in der **mündlichen Nutzerbefragung** ermittelten Nutzerbedarfe/Nutzererwartungen an neue Wohnformen bestimmt: Von einer Erwartungshaltung der Nutzerinnen und Nutzer an neue Wohnformen wird ausgegangen, wenn mindestens **50 Prozent** der mündlich befragten Nutzerinnen und Nutzer (n=101) in den Interviews die **Anforderung als „wichtig“ für neue Wohnformen** benannten. Folgende Nutzererwartungen wurden so im Rahmen der mündlichen Befragung bestimmt:

*Tabelle 6-3: Nutzererwartungen an neue Wohnformen „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“*

Leistungen die den Befragten „wichtig“	Anteil der Befragten, denen diese Leistung wichtig ist
<b>Folgende Leistungen sind in der neuen Wohnform „wichtig“</b>	
<b>Nutzererwartung Wohnen</b>	
Bessere Erreichbarkeit infrastruktureller Angebote (Nicht-Umgezogene n=41)	73,2 %
Barrierefreiheit (Nicht-Umgezogene n=41)	73,2 %
Barrierefreiheit (Umgezogene n=60)	60–68,3 %
Zugang zu Freiraum (Umgezogene n=60)	53,3 %
<b>Nutzererwartung Alltagshilfen</b>	
Hilfen zur Selbsthilfe (n=101)	81,2 %
Hilfen als Selbsthilfe (n=101)	75,2 %
Hilfen bei der Haushaltsführung (n=101)	63,4 %
Ansprechpartner vor Ort (n=101)	62,4 %
Informationen/Beratung über Hilfeangebote (n=101)	61,4 %
Fahrdienste/Begleitsdienste (n=101)	53,5 %
<b>Nutzererwartung Gesundheit/Pflege</b>	
Notfallversorgung rund um die Uhr (n=101)	94,1 %
Anpassung der Versorgung bei gesundheitlichen Veränderungen, um nicht mehr umziehen zu müssen (n=101)	90,1 %
Hilfen, die Tag und Nacht verfügbar sind (n=101)	84,2 %
Umfassende Hilfen, um nicht mehr umziehen zu müssen (n=101)	84,2 %
Notrufsicherung (n=101)	64,4 %
Beratung über gesundheitliche Unterstützung (n=101)	63,4 %
Hilfe von qualifiziertem Personal (n=101)	63,4 %
Hilfen bei besonderen Erkrankungen (n=101)	62,4 %

*Tabelle 6-4: Nutzererwartungen an neue Wohnformen „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“*

<b>Leistungen die den Befragten „wichtig“</b>	<b>Anteil der Befragten, denen diese Leistung wichtig ist</b>
<b>Nutzererwartung Wohnen</b>	
Eigener Wohn-/Schlafraum (Umgezogene n=60)	80,0 %
Eigenes Bad (Umgezogene n=60)	75,0 %
Individuelle Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnung (Umgezogene n=60)	65,0 %
Sicherung Privatheit (Abschließbarkeit) (Umgezogene n=60)	51,7 %
<b>Nutzererwartung Soziales</b>	
Selbst bestimmen können, mit anderen zusammen zu sein (n=101)	73,3 %
<b>Nutzererwartung Alltagshilfen</b>	
Wählbarkeit der Alltagshilfen (n=101)	69,3 %
Anpassung der Alltagshilfen an individuelle Gewohnheiten (n=101)	58,4 %
<b>Nutzererwartung Gesundheit/Pflege</b>	
Wahlfreiheit bei den gesundheitlichen Angeboten (n=101)	75,2 %
Persönliche Bedürfnisse bei der Pflege berücksichtigen (n=101)	68,3 %
Pflegepersonal selbst auswählen zu können (n=101)	59,4 %
Pflegeabläufe selbst bestimmen zu können* (n=101)	52,5 %

*Tabelle 6-5: Nutzererwartungen an neue Wohnformen „Teilhabe durch soziale Einbindung“*

<b>Leistungen die den Befragten „wichtig“</b>	<b>Anteil der Befragten, denen diese Leistung wichtig ist</b>
<b>Nutzererwartung Wohnen</b>	
(Barrierefreie) Gemeinschaftsräume (Nicht-Umgezogene n=41)	73,2 %
<b>Nutzererwartung Soziales</b>	
Privatbesuch empfangen können (Umgezogene n=60)	78,3 %
Abwechslungsreiches Freizeit-/Kommunikationsangebot (n=101)	71,3 %
Mehr Kontakte zu anderen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Nachbarn (n=101)	68,3 %
Begegnungsmöglichkeiten (n=101)	56,4 %
<b>Nutzererwartung Gesundheit/Pflege</b>	
Wertschätzender Umgang des Personals (n=101)	77,2 %

### 6.1.5 Verfahren der Zuordnung

Im nächsten Schritt wurde überprüft, ob die Projekte diese Nutzererwartungen erfüllen. Dafür wurden Merkmale aus der schriftlichen Trägerbefragung bestimmt, mit denen die Nutzererwartung überprüft werden kann und die von den Wohnprojekten beeinflusst werden können. Dies ist ein erster Einstieg in die Überprüfung. Für eine umfängliche Überprüfung der Nutzererwartungen an neue Wohnformen sind in Zukunft noch weitere Merkmale zu untersuchen und auch weitere Methoden erforderlich. Die untersuchten Merkmale geben aber einen ersten Einblick in die Umsetzung der Nutzererwartungen.

Insgesamt wurde zur Überprüfung der Nutzererwartungen für die drei Bereiche die folgende Anzahl an Merkmalen bestimmt:

- „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“: **26 Merkmale**
- „Individuelle Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“: **31 Merkmale**
- „Teilhabe durch soziale Einbindung“: **sechs Merkmale.**

Anschließend wurden Indikatoren zur Überprüfung der Merkmale bestimmt und ermittelt, ob die Merkmale im Sinne der Nutzererwartungen in den drei Bereichen erfüllt oder nicht erfüllt werden. Bei Projekten mit mehreren Standorten wurden die Angaben aus jedem Standort erhoben und für die Gesamtauswertung gemittelt.

Dieses Verfahren ermöglicht eine Zuordnung der Projekte zu den Wohnformtypen. Wird **mehr als die Hälfte aller Merkmale** in einem Bereich erfüllt, wird das Projekt dem Wohnformtyp zugeordnet, der in Bezug auf diesen Bereich höhere Chancen auf die Erfüllung entsprechender Erwartungen erfordert. Wird **weniger als die Hälfte** aller Merkmale umgesetzt, wird das Projekt dem Wohnformtyp zugeordnet, der in Bezug auf diesen Bereich geringere Chancen auf die Erfüllung entsprechender Erwartungen verlangt.

## 6.2 Verortung der Projekte nach neuer Wohnformtypisierung

Im Folgenden wird auf der Grundlage dieses Zuordnungsverfahrens die Verortung der Projekte nach der neuen Wohnformtypisierung beschrieben.

### 6.2.1 Verteilung in der Gesamtübersicht

Von allen untersuchten Projekten (n=44), die in die Auswertung einbezogen werden konnten, haben

- im Bereich „**Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit**“ 39 von 44 Projekten über die Hälfte der Merkmale erfüllt (mehr als 50 %). Damit können **88,6 Prozent** der untersuchten Projekte für diesen Bereich den **Skalen** mit erfüllten Nutzererwartungen der Wohnformtypen zugeordnet werden. Die Spanne beim Erfüllungsgrad der Nutzererwartungen reicht von Projekten, die 30 Prozent erfüllen bis zu Projekten, die 94 Prozent erreichen.
  
- im Bereich „**Individuelle Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung**“ 42 von 44 Projekten über die Hälfte der Merkmale erfüllt (mehr als 50 %). Damit können **95,5 Prozent** der untersuchten Projekte für diesen Bereich den **Skalen** mit den erfüllten Nutzererwartungen der Wohnformtypen zugeordnet werden. Die Spanne beim Erfüllungsgrad der Nutzererwartungen reicht von Projekten, die lediglich 28 Prozent erreichen, bis hin zu Projekten, die 100 Prozent erreichen.
  
- im Bereich „**Teilhabe durch soziale Einbindung**“ 33 von 44 Projekten über die Hälfte der Merkmale erfüllt (mehr als 50 %). Damit können **75,5 Prozent** der untersuchten Projekte für diesen Bereich den **Skalen** mit den erfüllten Nutzererwartungen der Wohnformtypen zugeordnet werden. Die Spanne beim Erfüllungsgrad der Nutzererwartungen reicht von Projekten, die lediglich 25 Prozent erreichen, bis hin zu Projekten, die 100 Prozent erreichen.

Die Ergebnisse zum Erfüllungsgrad der Nutzererwartungen korrespondieren mit den Nutzerzufriedenheiten, die im Rahmen der Nutzerbefragungen ermittelt wurden. Mehrheitlich zeigt sich eine hohe Zufriedenheit mit der Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Gewohnheiten. Nicht alle Projekte werden den Nutzererwartungen in Bezug auf die soziale Einbindung gerecht (siehe Kapitel 3). Auch erfüllen nicht alle Projekte die Nutzererwartungen an die Versorgungssicherheit.

**Durchschnittlich** werden von allen 44 Projekten die Nutzererwartungen zu

- 69 Prozent im Bereich „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“,
  
- 81 Prozent im Bereich „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ und
  
- 71 Prozent im Bereich „Teilhabe durch soziale Einbindung“ erfüllt.

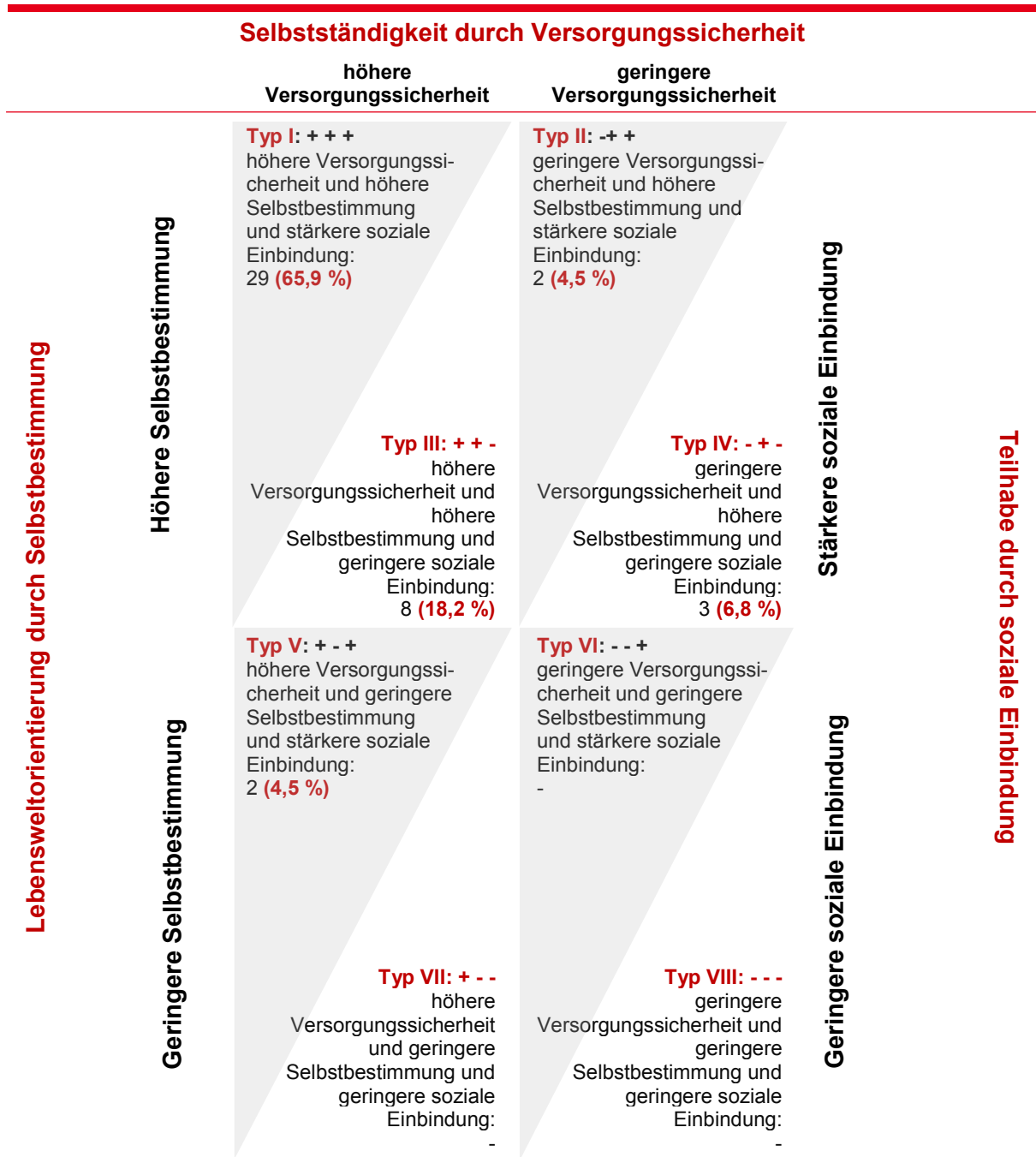


## 6.2.2 Verteilung nach Wohnformtypen

Auf der Grundlage dieser Verteilung lassen sich die Projekte folgenden Wohnformtypen nach dem neuen Typisierungsschema zuordnen:

- Die überwiegende Zahl der Projekte gehört zum neuen **Wohnformtyp I: Rund zwei Drittel** aller 44 Projekte (65,9 %) bieten eine höhere Versorgungssicherheit zur Gewährleistung der Selbstständigkeit, ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung durch Selbstbestimmung und höhere Chancen auf Teilhabe durch soziale Einbindung im Sinne der Nutzererwartungen. In diesem Wohnformtyp sind vor allem „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ aber auch „Betreutes Wohnen“, „Integrierte Konzepte“ oder „Vollstationäre Pflege“ der alten Wohnformtypisierung vertreten. Diese Projektmischung macht deutlich, wie wenig die alte Wohnformtypisierung greift, wenn man die Nutzerbedürfnisse bei der Zuordnung von Wohnformen in den Mittelpunkt rückt.
- **Jedes fünfte** Projekt (18,2 %) lässt sich dem **Wohnformtyp III** zuordnen. Auch sie bieten höhere Versorgungssicherheit und ein umfassendes Maß an Selbstbestimmung zum Erhalt ihrer individuellen Lebensgewohnheiten. Die Teilhabechancen sind jedoch eingeschränkter. Hierzu gehören „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“, „Vollstationäre Pflege“, „Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“ und „Integrierte Konzepte“ der alten Wohnformtypisierung.
- **Jedes zehnte** Projekt lässt sich dem **Wohnformtyp II** (4,5 %) oder **Wohnformtyp IV** (6,8 %) zuordnen. Sie können nur ein geringeres Maß an Versorgungssicherheit zum Erhalt der Selbstständigkeit gewährleisten. Hierzu gehören Projekte der alten Wohnformtypisierung wie „Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“, aber auch einige Projekte der „Ambulanten Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“.
- **Kein** Projekt ist den **Wohnformtypen VI, VII und VIII** zuzuordnen, die im unteren Bereich der Skala im Hinblick auf den Erfüllungsgrad von Nutzerbedürfnissen stehen. Dieser Typ bietet insgesamt ein geringeres Maß an Versorgungssicherheit, eine geringe Möglichkeit zum Erhalt individueller Lebensgewohnheiten und auch geringere Chance auf Teilhabe.

Tabelle 6-6: Verteilung der Projekte nach neuer Wohnformtypisierung (n=44)



### 6.2.3 Verortung der einzelnen Projekte

Die folgende Abbildung gibt einen Einblick, wie sich die Projekte im Einzelnen in Bezug auf die Nutzererwartungen positionieren. Mittels eines Scatterplots wird ihre Positionierung mit Nadeln räumlich sichtbar gemacht. Auf der Abszissenachse (x-Achse) wird

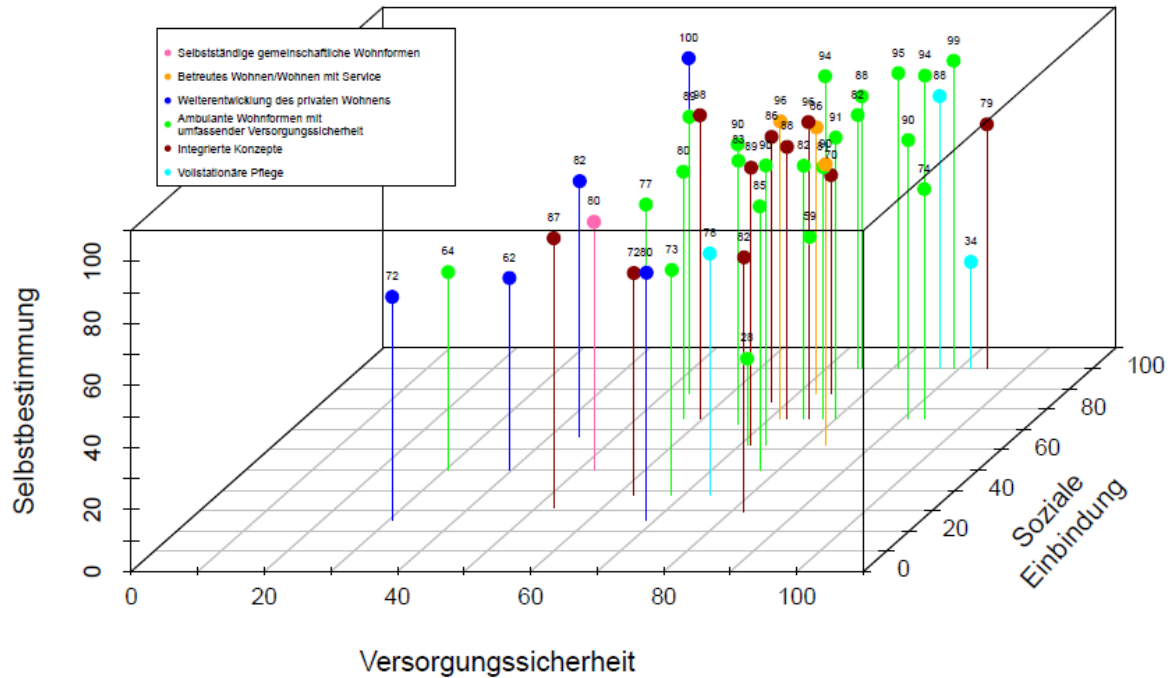
waagrecht dargestellt, welcher Grad an Versorgungssicherheit von den Projekten erfüllt wird. Die Prozentzahl der umgesetzten Nutzermerkmale zur Versorgungssicherheit positioniert die Projekte von 0 bis 100 Prozent in der Waagerechten. Projekte, die in besonderer Weise Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit erfüllen, positionieren sich eher rechts im Würfel.

Auf der Ordinatenachse (y-Achse) wird senkrecht dargestellt, welcher Grad an Selbstbestimmung von den Projekten erfüllt wird. Die Prozentzahl der umgesetzten Nutzererwartungen zur Selbstbestimmung positioniert die Projekte von 0 bis 100 Prozent in der Senkrechten. Die genauen Prozentzahlen der umgesetzten Merkmale zur Selbstbestimmung jedes einzelnen Projektes sind im Nadelkopf aufgeführt, um die Positionierung leichter lesbar zu machen. Projekte, die in hohem Maße Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung gewährleisten, sind besonders hoch im Würfel angesiedelt.

Auf der Applikatenachse (z-Achse), wird dargestellt, welcher Grad an sozialer Einbindung von den Projekten erfüllt wird. Die Prozentzahl der umgesetzten Nutzererwartungen zur sozialen Einbindung positioniert die Projekte von 0 bis 100 Prozent in der Raumtiefe. Projekte, die besonders hohe Teilhabechancen durch soziale Einbindung gewährleisten, befinden sich im hinteren Teil des Würfels.

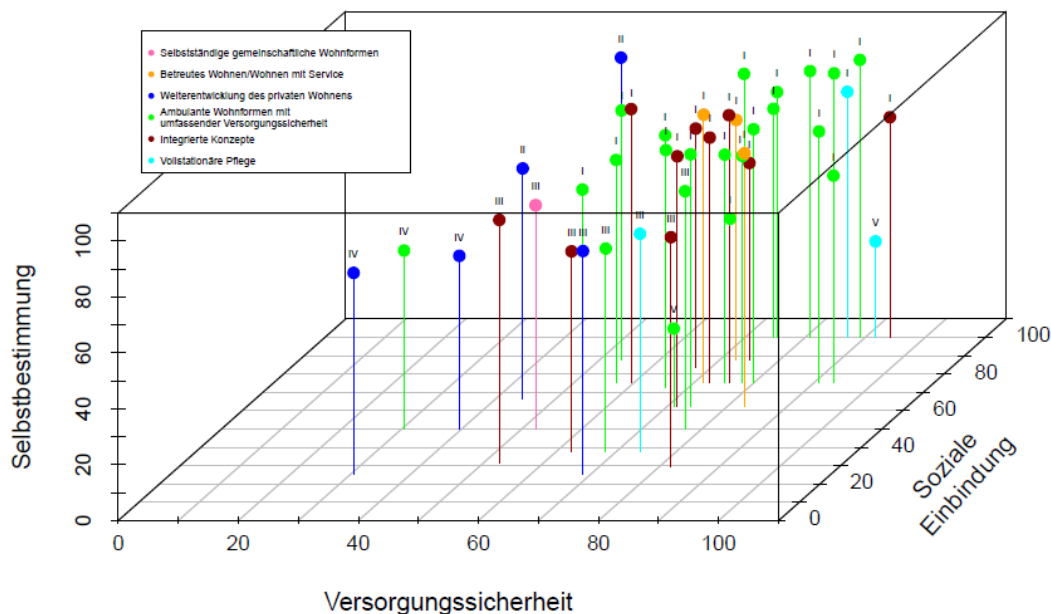
Die Nadeln im Scatterplot machen deutlich, wo sich die Projekte im Hinblick auf die erfüllten Nutzererwartungen bezüglich der Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und soziale Einbindung verorten. Projekte, die in besonders starkem Maße die Nutzererwartungen für alle drei Bereiche erfüllen, positionieren sich vor allem rechts oben in der Würfeltiefe. Die unterschiedlichen Farben der Nadeln machen deutlich, welche alten Wohnformtypen sich an welcher Stelle im Würfel befinden. Zwar gibt es Kumulationen bei den alten Wohnformtypen „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ und „Vollstationäre Pflege“, von denen sich viele im hinteren Würfelteil befinden. Aber der Scatterplot visualisiert noch einmal deutlich, dass alle „alten“ Wohnformtypen sich sehr unterschiedlich positionieren und er zeigt, wie wenig die alte Wohnformtypisierung greift, um Wohnformen nach Nutzerbedürfnissen zu verorten.

Abbildung 6-1: Verteilung der einzelnen Projekte in Bezug auf den Erfüllungsgrad von Nutzererwartungen



Die nachfolgende Abbildung zeigt die Verteilung der Modellprojekte nach den neuen Wohnformtypen. Die Modellprojekte verteilen sich im Scatterplot auf die neuen Wohnformtypen I bis V (für die Wohnformtypen VI bis VIII gab es keine Projektbeispiele). Zwar lassen sich die Mehrzahl der Modellprojekte dem Wohnformtyp I (höhere Versorgungssicherheit, höhere Selbstbestimmung, stärkere soziale Einbindung) zuordnen und daher befindet sich die Mehrzahl der Projekte im hinteren rechten Bereich des Scatterplots. Jedoch gibt es durchaus unterschiedliche Schwerpunktsetzungen im Hinblick auf die erfüllten Nutzererwartungen, was in der unterschiedlichen Verteilung der Modellprojekte auch nach der neuen Wohnformtypisierung deutlich wird. Da die Farben der Nadeln die alten Wohnformtypen symbolisieren, macht auch diese Übersicht noch einmal deutlich, wie unterschiedlich die alten Wohnformen den Nutzererwartungen nachkommen.

Abbildung 6-2: Verteilung der einzelnen Modellprojekte nach den definierten neuen Wohnformtypen



I = Wohnformtyp höhere Versorgungssicherheit, höhere Selbstbestimmung, stärkere soziale Einbindung

II = Wohnformtyp geringere Versorgungssicherheit, höhere Selbstbestimmung, stärkere soziale Einbindung

III = Wohnformtyp höhere Versorgungssicherheit, höhere Selbstbestimmung, geringere soziale Einbindung

IV = Wohnformtyp geringere Versorgungssicherheit, höhere Selbstbestimmung, geringere soziale Einbindung

V = Wohnformtyp höhere Versorgungssicherheit, geringere Selbstbestimmung, stärkere soziale Einbindung

## 6.2.4 Fazit

Um das aktuell schon und in Zukunft sicher noch breiter werdende Spektrum an neuen Wohnformen zu klassifizieren, sind Typisierungen erforderlich, die vor allem Nutzerinnen und Nutzern Orientierung geben, was sie vom jeweiligen Wohnangebot erwarten können, und die es Leistungsanbietern ermöglichen, ihre Angebote noch passgenauer auf die Nutzerbedarfe auszurichten.

Bisherige Typisierungsformen werden diesen Anforderungen nur teilweise gerecht. Daher wurde im Untersuchungskontext ein neues Wohnformtypisierungsschema entwickelt, das gezielt die Einordnung neuer Wohnformen aus Nutzerperspektive ermöglichen

soll. Acht Wohnformtypen wurden definiert, die in unterschiedlicher Kombination zentralen Nutzerbedürfnissen in Bezug auf den Erhalt der Selbstständigkeit durch Gewährleistung von Versorgungssicherheit, die Sicherung einer individuellen Lebensführung durch Stärkung der Selbstbestimmung sowie die Förderung von Teilhabechancen durch Stärkung der sozialen Einbindung gerecht werden.

Im Untersuchungszusammenhang wurde ebenso ein erstes Zuordnungsschema für die nutzerorientierte Wohnformtypisierung entwickelt. Es wurde im Rahmen der mündlichen Nutzerbefragung ermittelt, welche Erwartungen die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich an neue Wohnformen stellen. Anschließend wurden Merkmale bestimmt, mit denen die Umsetzung dieser Erwartungen überprüft werden kann. Zur Überprüfung der Nutzererwartungen wurden 26 Merkmale aus dem Bereich „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“, 31 Merkmale für den Bereich „Individuelle Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ und sechs Merkmale zur Sicherung der „Teilhabe durch soziale Einbindung“ identifiziert. Die Bestimmung der Merkmale erfolgte auf der Grundlage von Expertenwissen, Praxisempfehlungen und wissenschaftlichen Studien zur Gestaltung bedarfsgerechter Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige. Da dieses Erfahrungswissen sich nicht immer speziell auf neue Wohnformen bezieht und evidenzbasierte Ergebnisse für den Bereich neuer Wohnformen kaum vorliegen, kann dies nur eine erste Annäherung sein. Das entwickelte Zuordnungsschema bedarf in Zukunft einer systematischen Vertiefung.

Auf der Grundlage der schriftlichen Trägerbefragung wurde überprüft, wie die Projekte die Merkmale und damit die Nutzererwartungen umsetzen. Der ermittelte Erfüllungsgrad der Nutzererwartungen ermöglichte eine Zuordnung zu den acht Wohnformtypen. Nach dieser Überprüfung lassen sich rund zwei Drittel aller Projekte dem Wohnformtyp I zuordnen, weil sie eine höhere Versorgungssicherheit, ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung und höhere Chancen auf soziale Einbindung im Sinne der Nutzererwartungen gewährleisten. In diesem Wohnformtyp sind vor allem „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“ aber auch „Betreutes Wohnen“, „Integrierte Konzepte“ oder „Vollstationäre Pflege“ der alten Wohnformtypisierung vertreten. Diese Projektmischung macht deutlich, wie wenig die alte Wohnformtypisierung greift, wenn man die Nutzerbedürfnisse bei der Zuordnung von Wohnformen in den Mittelpunkt rückt. Jedes fünfte Projekt lässt sich dem Wohnformtyp III zuordnen. Auch sie bieten höhere Versorgungssicherheit und ein umfassendes Maß an Selbstbestimmung zum Erhalt der individuellen Lebensgewohnheiten. Die Teilhabechancen sind hier jedoch eingeschränkter. Hierzu gehören „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“, „Vollstationäre Pflege“, „Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“ und „Integrierte Konzepte“ der

alten Wohnformtypisierung. Jedes zehnte Projekt lässt sich dem Wohnformtyp II oder Wohnformtyp IV zuordnen. Sie können nur ein geringeres Maß an Versorgungssicherheit zum Erhalt der Selbstständigkeit gewährleisten. Hierzu gehören Projekte der alten Wohnformtypisierung wie „Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit“, aber auch einige Projekte der alten Wohnformtypisierung „Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit“. Kein Projekt entspricht den Wohnformtypen **VI, VII und VIII**, die im unteren Bereich der Skala im Hinblick auf den Erfüllungsgrad von Nutzerbedürfnissen stehen.

Die günstige Positionierung der Projekte bei den Wohnformtypen ergibt sich evtl. daraus, dass ein größerer Teil von ihnen gezielt Fördermittel erhalten hat, um Nutzerbedürfnisse noch passgenauer erfüllen zu können. Daher verorten sich viele Projekte eher bei den Wohnformtypen, die besonders den Nutzerbedürfnissen gerecht werden. In der gesamten Wohn- und Versorgungslandschaft neuer Wohnformen wird diese Verteilung sicher anders ausfallen.

## 7 Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragbarkeit

Im nachfolgenden Kapitel werden die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragbarkeit der Neuerungen der Projekte, die auf Basis der in den Kapiteln 2, 3, 4 und 5 berichteten Befragungen der Träger/Initiatoren, Mitarbeitenden sowie der Angehörigen und der Bewohnerschaft erarbeitet wurden, dargelegt. Vor diesem Hintergrund werden Empfehlungen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung zur Weiterentwicklung bestehender Rahmenbedingungen gegeben.

Übertragbarkeit bedeutet Wissen, Erfahrungen und Strukturen von einem Kontext in einen anderen Kontext zu transferieren. Ein solcher Transferprozess<sup>66</sup> kann auf unterschiedliche Weise erfolgen:

- Transfer durch Verstetigung über den geförderten Zeitraum hinaus (nachhaltige Verbreitung)
- Transfer durch Übernahme in andere (Träger-)Kontexte (horizontale Verbreitung)
- Transfer durch Veränderung der Rahmenbedingungen (vertikale Verbreitung) (Kohlmeyer 2004)

Als eine spezifische Form des Transfers ist die nachhaltige Verstetigung der erzielten Innovationen über den geförderten Projektzeitraum hinaus anzusehen. Der Transfer bezieht sich hierbei nicht auf die räumliche Übertragung von A nach B, sondern auf die Übertragung des innovativen Wissens aus dem Entwicklungs- in den Anwendungskontext mit dem Zweck der dauerhaften Anwendung im Regelbetrieb. An dieser Stelle wird auf die horizontale und vertikale Verbreitung eingegangen.und

In diesem Kapitel wird untersucht, wie es gelingen kann, die Neuerungen der Projekte im Modellprogramm in anderen Orten und in anderen Versorgungssettings zu etablieren.. Wo liegen die Herausforderungen für die Übertragung auf andere Träger, welche Anpassungen sind aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen erforderlich? Welche Aktivitäten sind evtl. zur Unterstützung des Transferprozesses notwendig? Die Darstellung basiert auf den Untersuchungsergebnissen, dabei im Wesentlichen auf Angaben der Projektträger und relevanter örtlicher Akteure im Rahmen der Vor-Ort-Gespräche, auf den Erfahrungen der Projektteilnehmenden im Rahmen der Programmtagungen sowie auf den Erfahrungen der Expertinnen und Experten in den Expertenworkshops.

---

<sup>66</sup> In diesem Kontext werden die Begriffe Übertragbarkeit und Transfer synonym verwendet.



## 7.1 Rahmenbedingungen zur horizontalen Verbreitung (Organisationsspezifische Rahmenbedingungen)

Träger und Initiatoren, die sich auf den Weg machen wollen, solche neuen Wohnformen zusätzlich in ihr Leistungsportfolio aufzunehmen oder ihre bestehenden Angebote entsprechend umstrukturieren wollen, müssen in verschiedener Hinsicht Transferleistungen erbringen:

### 7.1.1 Leistungsstrukturierung verändern

Die Besonderheiten neuer Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit müssen in die Organisationskultur integriert werden. Dies bedarf organisatorischer Transferleistungen:

- Zu den Besonderheiten gehört, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern neuer Wohnformen genannten Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu rücken und hier insbesondere ihre Bedürfnisse nach Versorgungssicherheit und Selbstbestimmung sowie sozialer Einbindung auszubalancieren. Gleichzeitig ist in neuen Wohnformen die veränderte Rolle der Bewohnerschaft oder ihrer Vertreterinnen und Vertreter zu berücksichtigen. Zur Besonderheit neuer Wohnformen gehört, dass die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter verantwortlich in die Prozesse der Umsetzung eingebunden bleiben und dass sie für die Übernahme dieser Selbstverantwortung Begleitung und Unterstützung erhalten. Diese Besonderheit neuer Wohnformen erfordert teilweise einen **Perspektivwechsel** und Änderungen im Organisationsbetrieb. Erforderlich ist die Fixierung dieser Besonderheiten neuer Wohnformen im (Träger-) **Leitbild** und in den Betreuungskonzepten. Ebenso bedarf es einer Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeitenden und anderer an der Leistungserbringung beteiligten Akteure für diesen Perspektivwechsel. Es geht darum, immer wieder diese besondere Bewohnerperspektive und weniger strukturelle Handlungsanforderungen in den Mittelpunkt ihrer Tätigkeiten zu rücken. Diese Haltung kann nicht einfach verordnet werden, dafür ist ein diskursiver Prozess erforderlich, der Anpassungszeiten und regelmäßiger Reflektionen bedarf.
- Ebenso sind **Verfahren** zu implementieren, um diese **Nutzerorientierung** in der Praxis zu gewährleisten. So bedarf es entsprechender Instrumente zur Bedürfniserfassung sowie Verfahren zur Kontrolle der Bedürfnisberücksichtigung (Beschwerdemanagement). Auch der Sicherung der Ergebnisqualität wird von Trägerseite organisatorisch besondere Bedeutung bei der Integration solcher neuen

Wohnformen in sein Leistungsspektrum zukommen müssen, wenn er den Besonderheiten neuer Wohnformen gerecht werden will.

- Die konsequente Orientierung an den Nutzerbedürfnissen bedeutet für Träger/Initiatoren neuer Wohnformen bei der Leistungsgestaltung, der Wahrung von Versorgungssicherheit auch bei sich veränderndem Hilfebedarf, der Sicherung individueller Lebensweisen und insbesondere der Sicherung der sozialen Einbindung ein besonderes Augenmerk zu widmen. Es erfordert vor allem **flexible** Leistungsgestaltung und auch Offenheit für **neue Lösungen in der Leistungsgestaltung**. Insbesondere beim Erhalt der Versorgungssicherheit ist dies gefordert – sowohl was die Kombination der notwendigen Leistungen angeht, um Versorgungssicherheit bei sich veränderndem Hilfebedarf zu sichern, als auch was die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Leistungserbringern betrifft. Auch sind flexible Lösungen zur Wahrung der individuellen Lebensweise gefordert. Auf den Programmtagungen diskutierten die Teilnehmenden zwar die Herausforderungen der individuellen modularen Leistungsgestaltung und Angehörige berichteten in den Vor-Ort-Befragungen, wie aufwändig für sie zum Teil die individuelle Leistungszusammenstellung geworden ist. Jedoch sahen die meisten in pauschalen Leistungspaketen nicht die richtige Lösung, um den Nutzerbedürfnissen gerecht zu werden. Modullösungen kommen der Besonderheit neuer Wohnformen nach, individuelle Versorgungslösungen zu entwickeln; sie werden auch von den Angehörigen und der Bewohnerschaft favorisiert, wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen. Ebenso gilt es sich den Herausforderungen der sozialen Einbindung noch einmal stärker zu stellen. Die vielfältigen Möglichkeiten, auch bei Pflegebedarf autonom in eigenen Wohnbereichen leben zu können, lösen die Probleme der Vereinsamung nicht. Wie schon im Behindertenbereich durch den Ausbau ambulanter Strukturen die soziale Integration zur besonderen Herausforderung geworden ist, wird man sich mit der verstärkten Ambulantisierung im Pflegebereich auch neuen Wegen zur Sicherung der sozialen Einbindung bei der Leistungsgestaltung öffnen müssen. Ein wichtiger Schritt wäre eine größere Verbreitung solcher Wohnformen, um vertraute Kontakte im Wohnumfeld erhalten zu können. Die Aufgabe ihrer vertrauten sozialen Kontakte haben viele Bewohnerinnen und Bewohner, die in neue Wohnformen umgezogen sind, beklagt. Die wohnortnahe Versorgung mit solchen neuen Wohnformen bleibt bisher eine Herausforderung.

## 7.1.2 Personalentwicklung gewährleisten

Diese Veränderungen in der Organisationsstruktur erfordern auch eine entsprechende Personalentwicklung:

- Zum einen geht es darum, die Mitarbeitenden systematisch für diese veränderte Perspektive zu sensibilisieren und auch andere **Qualifikationen** zu vermitteln. Mitarbeitende berichteten in den Vor-Ort-Gesprächen von anderen geforderten Kompetenzen (z. B. mehr Betreuung und Begleitung als medizinische Pflege, mehr ganzheitliches Arbeiten, mehr Koordination, mehr Ermöglichung von Selbstverantwortung). Oft fehlen jedoch in der Bildungslandschaft spezifische Qualifizierungsangebote für Mitarbeitende, um sie auf die besondere Arbeit in neuen Wohnformen vorzubereiten, wie z.B. Qualifizierungsangebote zum sozialraumorientierten Arbeiten oder zu den Verantwortungsrollen in ambulanten Pflegewohngemeinschaften. Die Untersuchungsergebnisse haben gezeigt, dass nur wenige Mitarbeitende besondere Fortbildungen zu neuen Wohnformen als Vorbereitung besucht haben. Die Übertragbarkeit solcher neuen Wohnformen macht auch eine Anpassung der Fort- und Weiterbildungslandschaft für die Besonderheiten neuer Wohnformen erforderlich. Die Qualifikationsanpassung ist dabei als fortlaufender Prozess zu verstehen. Erfahrungen der Projekte zeigen, dass vor allem bei Umstrukturierungen bestehender (stationärer) Wohnformen in solche neuen Wohnformen die „Entinstitutionalisierung der Mitarbeitenden“ einer **fortlaufenden Begleitung** bedarf. Die Einbindung fachlicher Kompetenzen wie z. B. Mediation oder Supervision hat sich bei solchen Umstrukturierungsprozessen als hilfreich erwiesen. Auf den Programmtagungen berichteten die Projektakteure zudem von der Notwendigkeit zum Erfahrungsaustausch, gerade weil viele Neuland betreten und der Mitarbeiterstamm in diesen oft kleinteiligen Wohnformen sehr begrenzt ist. Gegenseitige Hospitationen wurden als erfolgreiches Instrument für das gegenseitige voneinander Lernen hervorgehoben.
- Zum anderen erfordern die neuen Wohnformen eine andere **Personalzusammensetzung**. In neuen Wohnformen für Pflegebedürftige ist nicht alleine pflegerisches Fachpersonal gefordert. Es bedarf verstärkt Personal, das **Betreuung**, Begleitung und Koordinationsaufgaben übernimmt. Ganzheitliche Alltagsbegleitung hat eine besondere Schlüsselrolle in neuen Wohnformen. Einzelne Projekte des Modellprogramms haben die besondere Stellung von solchen Betreuungskräften durch organisatorische Vorkehrungen implementiert. Sie haben ihnen eine Schlüsselstellung gegeben, wo alle Informationen und Planungen für die Bewohnerschaft zusammenlaufen. Dies erfordert auch,

dem Zusammenwirken von Pflege und Betreuungskräften ein besonderes Augenmerk zu widmen. Auf den Pro-grammtagungen plädierten Vertreterinnen und Vertreter der Projekte dafür, Alltagsbegleiterinnen/Alltagsbegleiter bzw. Betreuungskräfte und Pflegekräfte gemeinsam im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes zu qualifizieren. Berichtet wurde von einem speziell entwickelten Curriculum zur Qualifizierung von Mitarbeitenden in Pflegewohnge-meinschaften. Im Ergebnis wird damit die Zusammenarbeit von Pflege und sozialer Betreuung verbessert. Der Trans-fer neuer Wohnformen erfordert auch eine breitere Diskus-sion in der aktuellen Personaldebatte der Pflege. Das aktu-ell verabschiedete Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – (PpSG) konzentriert sich stark auf die Rekrutierung von pflegerischem (vor allem stationärem) Fachpersonal. Die Verbreitung solcher neuen Wohnformen erfordert auch Personal für betreuende, begleitende, koordinierende Tä-tigkeiten vielfach im ambulanten Bereich. Auch für solches Personal gibt es Engpässe auf dem Arbeitsmarkt, wie die Projektträger berichteten. Eine Verbreitung neuer Wohn-formen erfordert ebenfalls eine Verbesserung von deren Arbeitsbedingungen.

### 7.1.3 Sich Kooperationen öffnen

Träger, die neue Wohnformen in ihr Leistungsportfolio aufnehmen wollen, werden ihre Rolle zum Teil verändern müssen. Sie sind nicht mehr nur Leistungserbringer, sondern werden zu Begleitern, Befähigern oder zu Koordinatoren. Sie arbeiten dabei mit einer Vielzahl sehr unterschiedlicher Akteure zusammen. Für einen Transfer sind in diesem Kontext folgende Rahmenbedingungen zu beachten:

- Die Analyse hat gezeigt, dass in neuen Wohnmodellen ei-ne Vielzahl von Akteuren - Betroffene, ihre Angehörigen, Ehrenamtliche, Wohnungsanbieter und professionelle sozi-ale Dienstleister – einschließlich der ambulanten Pflege-dienste – zusammenwirken müssen. Die Akteure haben vielfach Gremien gebildet, um dieses Zusammenwirken zu ermöglichen. Um das synergetische Zusammenwirken zu gewährleisten, sind **koordinierende** Kräfte erforderlich. Dafür bedarf es entsprechender **personeller Ressourcen**, die bei einem Transfer solcher neuen Wohnformen zu be-rücksichtigen sind.
- Eine besondere Bedeutung kommt **zivilgesellschaftlichen Akteuren** in den Kooperationsverbänden neuer Wohnfor-men zu. Die Analyse hat gezeigt, dass die Umsetzung neuer Wohnformen vielfach nur in enger Zusammenarbeit und Einbindung von ehrenamtlichen Kräften und Angehöri-gen gelingt. Die Zusammenarbeit mit Angehörigen und Eh-

renamtlichen war für einige Projekte eine besondere Herausforderung. Der Transfer neuer Wohnformen erfordert kreative Lösungen – zum einen um Ehrenamtliche und Angehörige für die Mitarbeit in solchen neuen Wohnformen zu gewinnen und zur verantwortlichen Übernahme von Leistungen zu befähigen. Zum anderen bedarf es Strukturen, die auch bei der Einbindung zivilgesellschaftlicher Potenziale eine verlässliche Leistungserbringung für Pflegebedürftige gewährleisten. In diesem Zusammenhang wurden in den Vor-Ort-Gesprächen z. B. Tandemlösungen von Ehrenamtlichen vorgeschlagen, bei anderen Projekten sichert der Träger im Sinne eines Backup die Verlässlichkeit bei den von ehrenamtlichen oder Angehörigen erbrachten Leistungen. Hier bedarf es besonderer Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote für Angehörige oder Ehrenamtliche. Auch eine entsprechende Anerkennungskultur für ehrenamtlich Engagierte ist in den neuen Wohnformen zu praktizieren.

- Die koordinierenden Tätigkeiten umfassen zum einen das interne Zusammenwirken der Akteure, zum anderen geht es aber auch um die Kooperation mit dem umgebenden Sozialraum. Mehrere Projektträger wiesen in den Vor-Ort-Gesprächen darauf hin, dass für den Erfolg der neuen Wohnangebote **sozialräumliche Kooperationen** im Sinne übergreifender Netzwerke von besonderer Bedeutung sind. Diese können sehr unterschiedlich gestaltet sein. Zur Sicherung der Zusammenarbeit werden verbindliche Kooperationszusagen als wichtig erachtet. In den Vor-Ort-Gesprächen wurde für den Transfer ein Verbund mit Versorgungsverpflichtung der örtlichen Anbieter für Menschen, die in einem Quartier wohnen, diskutiert. Hier wurde auf die besondere Verantwortungsrolle der Kommune verwiesen, die dann auch die Rahmenbedingungen vorgeben und die Berücksichtigung benachteiligter Personengruppen sicherstellen könnte.

## 7.2 Rahmenbedingungen zur vertikalen Verbreitung (rechtliche Rahmenbedingungen)

Der Transfer neuer Wohnformen hängt nicht nur von entsprechenden organisationspezifischen Veränderungen auf der Seite der Träger oder Initiatoren neuer Wohnformen ab, sondern wird wesentlich auch durch die umgebenden Rahmenbedingungen bestimmt. Bei der Veränderung herkömmlicher Praktiken spielen gesetzliche und ordnungspolitische Rahmenbedingungen sowie administrative Vorgaben oft eine entscheidende Rolle. Und auch die organisationspezifischen Anforderungen an die Träger selbst können vielfach nur durch Veränderungen dieser Rahmenbedingungen gewährleistet werden. Der Transfer neuer Wohnformen er-

fordert damit auch eine Veränderung auf Seiten rechtlicher und administrativer Rahmenbedingungen:

### 7.2.1 Verbesserung der Informationsbasis

Aus den Vor-Ort-Gesprächen und auch im Rahmen der Programmtagungen wurde immer wieder hervorgehoben, dass es insgesamt einer stärkeren Sensibilisierung und Aufklärung über die Besonderheiten neuer Wohnformen bedarf. Dies umfasst nicht nur eine Aufklärung der Initiatoren sowie der Nutzerinnen und Nutzer und ihrer Angehörigen, welche Chancen aber auch welche neuen Aufgaben und Anforderungen auf diese zukommen, wenn sie sich für ein solches Wohnangebot entscheiden. Auch den Leistungsträgern wie den Kassen oder Sozialhilfeträgern, die finanzielle Mittel für Menschen in diesen Wohnformen bewilligen müssen, und den Ordnungsbehörden wie Heimaufsichten oder Bauaufsichtsbehörden oder Prüfbehörden wie dem MDK/MDS, die die qualitätsgesicherte Umsetzung solcher Wohnangebote bewerten müssen, fehlen häufig entsprechende Informationen.

Besondere **Landesfach(Beratungs-)stellen**, die sich um die Verbreitung neuer Wohnformen bemühen und Initiatoren sowie Multiplikatoren beraten und begleiten, gibt es jedoch nur in der Hälfte aller Bundesländer. Eine Verbreitung solcher spezifischen Landesfach-Beratungsstellen für neue Wohnformen würde den Transfer neuer Wohnformen erleichtern. Dort könnte das Fachwissen gebündelt, Multiplikatoren qualifiziert werden und von hier aus könnten Initiativen zur stärkeren Sensibilisierung und Aufklärung über die Chancen, aber auch Herausforderungen bei der Umsetzung neuer Wohnformen transparent gemacht werden. So wäre eine kontinuierliche und professionelle Begleitung zur Sicherung des Transfers gewährleistet.

Auf Bundesebene könnte ein Zusammenschluss der Initiativen, Beratungsstellen und Landes- und Bundesministerien zur Weiterentwicklung neuer Wohnangebote etabliert werden. Möglich wäre es, das Gremium „Bundesarbeitsgemeinschaft Qualität in ambulant betreuten Wohngemeinschaften“ insgesamt auf alle Typen neuer Wohnformen zu erweitern. Diese **Bundesplattform** würde den Erfahrungsaustausch sichern und Abstimmungsprozesse verschiedener Akteure im Kontext neuer Wohnformen ermöglichen. Sie könnte damit als Frühwarnsystem fungieren, um Hindernisse beim Transfer neuer Wohnformen wahrzunehmen und Veränderungsprozesse anzustoßen.

Auch **Informationsmaterial**, das die Besonderheiten neuer Wohnformen aus unterschiedlicher **Akteurs-Perspektive** beschreibt (Nutzerinnen bzw. Nutzer und Angehörige, Initiatoren, Leistungserbringer, Leistungsträger, Ordnungsbehörden), könnte die Informationsbasis für einen Transfer sichern.

## 7.2.2 Anpassungen leistungsrechtlicher Rahmenbedingungen

Für einen Transfer neuer Wohnformen sind daneben insbesondere die ökonomischen Rahmenbedingungen zu sichern, die durch leistungsrechtliche Vorgaben mitbestimmt werden. Anpassungen sind hier in folgenden Bereichen zielführend:

- Die Analysen haben gezeigt, dass von den aktuell bestehenden Leistungsbausteinen im Sozialleistungsrecht, die Umsetzung der pflegerischen Unterstützungsleistungen und die Alltagsorganisation in neuen Wohnformen weitgehend finanzierbar sind. Es fehlt jedoch an einem speziellen Leistungsbaustein, der die Finanzierung der übergeordneten koordinierenden Leistungen ermöglicht. Für Leistungen, durch die die Nutzerinnen und Nutzer befähigt werden, selbstverantwortlich die neuen Wohnformen mitzugestalten, durch die das Zusammenwirken der vielfältigen Akteure gesichert wird und durch die die Aktivierung und Begleitung zivilgesellschaftlicher Akteure ermöglicht wird, gibt es aktuell keine Regelfinanzierung. Die erforderliche Vernetzung für das Case- und Care-Management der verschiedenen Beteiligten ist im auf Einzelfallhilfe ausgerichteten Sozialleistungssystem kaum vorgesehen. Sie werden meist – so auch im Modellprogramm – mit zeitlich befristeten Fördermitteln finanziert. Zwar ist für solche koordinierenden Leistungen für Pflegewohngemeinschaften der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI vorgesehen, aber diese Leistungen werden nach aktuellen Praxiserfahrungen häufig für individuelle Betreuungsleistungen genutzt (Klie et al. 2017) und sie stehen anderen neuen Wohnformen wie z. B. Quartieransätzen oder integrierten Wohnformen nicht oder nur in Ausnahmefällen zu. Eine klare inhaltliche Bestimmung dieses Leistungsbausteins, dass solche koordinierenden Aufgaben vor allem mit dem Wohngruppenzuschlag wahrgenommen werden sollen, wäre aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung zielführend. Auch eine Ausweitung des Leistungsbausteins auf andere neue Wohnformen könnte den Transfer neuer Wohnformen durch die **Regelfinanzierung** solcher **koordinierenden/fallübergreifenden Tätigkeiten** sichern. Insgesamt wäre es für den Transfer neuer Wohnformen zielführend, einen bestimmten Anteil der Sozialleistungsaufgaben für die vernetzte fallübergreifende Arbeit einzusetzen. Ebenso regten die Teilnehmenden auf den Programmtagungen an, bei der inhaltlichen Ausgestaltung des „Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg)“ solche Finanzierungsmöglichkeiten zu eröffnen.
- Als weitere leistungsrechtliche Herausforderung für den Transfer neuer Wohnformen zeigt sich die **Finanzierung**



von **Planungs- und Vorlaufkosten**. Die Analyse hat gezeigt, dass gerade die neuen Wohnformen vielfach leistungs- und ordnungsrechtliches Neuland betreten und es im Vorfeld der Umsetzung vielfältiger Aushandlungsprozesse mit den bestehenden Regelungsbehörden bedarf. Auch ermöglichen die häufig sehr kleinteiligen Wohnformen nicht von Anfang an eine volle Auslastung und haben damit in der Vorlaufphase vielfach nicht finanzierte Kosten zu tragen. Während größere Träger nach den Untersuchungsergebnissen eher in der Lage sind, die Finanzierung solcher Vorlaufkosten zu bewältigen, haben kleinere Initiativen und damit auch vielfach Initiatoren in ländlichen Räumen dafür kaum finanzielle Ressourcen. Insgesamt sollte nach Ansicht der wissenschaftlichen Begleitung überdacht werden, ob hier die Initiatoren von neuen Wohnformen alleine die Kosten für das Beschreiten ungewohnter Wege tragen sollten. Insbesondere für **kleinere Initiatoren** sollte die Umsetzung solcher neuen Wohnformen durch finanzielle Unterstützung in der Vorlaufphase erleichtert werden. Zu überdenken ist, ob die nach § 45e SGB XI vorgesehene Anschubfinanzierung zur baulichen Anpassung von Pflegewohngemeinschaften, die aktuell eher selten in Anspruch genommen wird (Klie et al. 2017), zur Finanzierung der Vorlaufkosten insbesondere kleinerer Initiativen solcher neuen Wohnformen genutzt werden könnte. Dies könnte den Transfer auch im **ländlichen Raum** erleichtern, der sich mit der Etablierung neuer Wohnformen häufig besonders schwertut.

- Eine Erfahrung aus den Vor-Ort-Gesprächen und den Programmtagungen war weiterhin, dass die sehr unterschiedliche Bewilligungspraxis für leistungsrechtliche Ansprüche die Umsetzung erschwert. Dies betrifft nicht nur unterschiedliche Vorgehensweisen bei einzelnen Kassen z. B. bei der Bewilligung des Wohngruppenzuschlags nach § 38a SGB XI. Es fehlen Abstimmungen zwischen den Leistungsträgern – also zwischen Kranken-/Pflegekassen und Sozialhilfeträgern, um die Finanzierung solcher Wohnformen zu erleichtern. Ebenso ist die Gewährungspraxis für einzelne sozialhilferechtliche Leistungsbausteine teilweise von Land zu Land oder Kommune zu Kommune unterschiedlich. Bestehende Regelungen zur Vereinheitlichung der Bewilligungspraxis erscheinen noch nicht ausreichend praxistauglich. Für einen Transfer neuer Wohnformen sollten die bisherigen Vorgehensweisen zu **Vereinheitlichung der Bewilligungspraxis** auf den Prüfstand gestellt werden.
- Die flexible Leistungsgestaltung, die von den Leistungserbringern erwartet wird, sollte nach Ansicht der wissenschaftlichen Begleitung auch im Leistungsrecht ihre Ent-



sprechung finden. Angeregt wurde auf den Programmtagungen, die Leistungsansprüche nicht mehr in festen Leistungskategorien in Form starrer (Sachleistungs-)Module zu gewähren, sondern flexibel einsetzbare Budgetleistungen zu ermöglichen. Auch wird es gerade für neue Wohnformen wichtig, die **starren Sektorengrenzen zu überwinden**, weil bei ihnen die Grenzen immer fließender werden – wie die Praxisbeispiele zeigen. Unabhängig von der jeweiligen Wohnform und leistungsrechtlichen Zuordnung (ambulant/stationär) sollten Pflegebedürftige ihre individuell notwendigen Leistungen flexibel zusammenstellen und gleiche Leistungen erhalten können. Dies könnte eine Vielfalt von Wohn-/Versorgungskonzepten ermöglichen und damit den Transfer neuer Wohnmodelle fördern.

### 7.2.3 Anpassung in den ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen

Für einen Transfer neuer Wohnformen sind weiterhin administrative Vorgaben zur Ausgestaltung der Wohnangebote, die über ordnungsrechtliche Vorgaben bestimmt werden, wesentlich. Ordnungsrechtliche Vorgaben sichern die Qualität der Wohnangebote und tragen somit dazu bei, dass die Besonderheiten neuer Wohnformen in der Praxis auch zur Umsetzung kommen. Ordnungsrechtliche Vorgaben können aber auch die Umsetzung der Besonderheiten neuer Wohnformen beeinträchtigen, gerade weil neue Wohnformen sehr flexibel agieren müssen, um der geforderten Nutzerorientierung in ganz unterschiedlichen Konstellationen gerecht zu werden. Die Projektergebnisse geben nach Ansicht der Evaluatoren Hinweise auf Anpassungen, die den Transfer neuer Wohnformen sichern:

- Zum einen erfordert dies eine systematische Diskussion, wie Qualität in neuen Wohnformen zu sichern ist. Während die Diskussion über die Qualitätssicherung in klassischen stationären oder ambulanten Wohnsettings seit Jahren intensiv geführt wird, fehlt eine solche theoriegeleitete und wissenschaftlich übergreifende Aufarbeitung – die nicht nur einzelne Aspekte ausgewählter Wohnformen, sondern die Besonderheiten der neuen Wohnformen insgesamt in den Blick nimmt – bisher weitgehend. Wie unterschiedlich die Auffassungen zur **Qualitätssicherung** für neue Wohnformen sind, wurde im Rahmen der Expertenworkshops deutlich. Einige Expertinnen und Experten sprechen sich dagegen aus, wie in den klassischen Wohn- und Versorgungsettings umfassende Qualitätsstandards für neue Wohnformen zu definieren und deren Umsetzung mit entsprechenden Qualitätssicherungsinstrumenten und Qualitätsprüfverfahren einzufordern. Die Bestimmung von Soll-Werten – insbesondere die Übertragung von Qualitätsanforderungen aus dem stationären Setting – berge die Gefahr, dass das Besondere, die einzigartige Qualität der

Aushandlung zwischen den beteiligten Akteuren durch solche Festlegungen gefährdet sei. Klie et al. (2017) kommen so z. B. für ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften zu dem Schluss, dass die Entwicklung spezifischer Qualitätskriterien oder Qualitätssicherungsinstrumente nicht erforderlich sei. Andere Expertinnen und Experten betonen, dass in diesen neuen Wohnformen vulnerable Personen leben, die bei der Leistungserbringung eines besonderen Schutzes bedürfen und deshalb entsprechende Qualitätssicherungsverfahren notwendig seien. Einigkeit bestand darin, durch mehr Aufklärung die Besonderheiten neuer Wohnformen transparenter zu machen und damit über eine Stärkung der Beratung zur Qualitätssicherung beizutragen. Bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsverfahren sind Experimentierspielräume offen zu halten, um eine passgenaue Qualitätssicherung unter Beteiligung der Akteure zu ermöglichen. Im Expertenworkshop wurde davor gewarnt, einheitliche standardisierte Strukturqualitäts-Anforderungen vorzugeben. Zielführend seien eher Vorgaben zur Steuerung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne der Besonderheiten neuer Wohnformen. Die wissenschaftliche Begleitung empfiehlt daher als Qualitätsanforderungen **übergreifend** die Besonderheiten neuer Wohnformen in den Fokus zu rücken. Interessierte an neuen Wohnformen erwarten diese Besonderheiten, sonst würden sie sich für klassische Wohnsettings entscheiden. Und wenn Qualität bedeutet, den Nutzererwartungen gerecht zu werden, gilt es in Qualitätssicherungsverfahren diese Besonderheiten neuer Wohnformen – wie die konsequente Nutzerorientierung, die stärkere Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei gleichzeitiger hoher Unterstützung im kooperativen Welfare Mix – besonders in den Blick zu nehmen. Diese übergreifenden Qualitätsanforderungen müssen so offen sein, dass sie individuelle Gestaltungsspielräume für die sehr unterschiedlichen und sich verändernden neuen Wohnformen ermöglichen. Die Offenheit soll die Zusammenstellung individueller und **modularer** Qualitätsanforderungen sichern, die die spezifischen Anforderungen in den jeweiligen neuen Wohnformen berücksichtigen. Bei der Definition der Qualitätsanforderungen für das eigene Wohnangebot und bei den Verfahren der Qualitätssicherung gilt es, gezielt die Betroffenen und Akteure neuer Wohnformen zu **beteiligen** – im Sinne der stärkeren Selbstverantwortung – und evtl. diese Selbstbeteiligung bei der Qualitätssicherung zu unterstützen. Auch hierfür bedarf es Unterstützung, damit die Betroffenen dies leisten können. Eine solche mehr individuell und modular mit den Betroffenen und Akteuren auszuhandelnde Qualitätssicherung, die auf den Besonderheiten neuer Wohnformen basiert, gewährt, dass der besondere Charakter neuer Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit gewahrt

wird. Sie schafft die notwendige Flexibilität, um in diesem Rahmen die individuellen Schwerpunkte im Sinne der Nutzerbedarfe setzen zu können und integriert im Sinne der Stärkung der Selbstverantwortung eine beteiligungsorientierte Qualitätskontrolle. Sie eröffnet auch für die Zukunft einen qualitätssichernden Rahmen, wenn immer wieder neue Wohnmodelle auf den Markt treten, die andere Leistungsbausteine kombinieren. Die damit gewährte Flexibilität ist gleichzeitig ein wichtiges Instrument, um den Transfer solcher neuen Wohnformen zu sichern.

- Neben einer Gewährung von Flexibilität, die bei ordnungsrechtlichen Vorgaben der Besonderheit neuer Wohnformen gerecht wird, wurden in den Diskussionen insbesondere einzelne ordnungsrechtliche Vorgaben hervorgehoben, die einer Verbreitung aktuell besonders im Wege stehen. Berichtet wurde auf den Programmtagungen von nicht immer abgestimmten Vorgaben zwischen dem Leistungs- und dem Ordnungsrecht (z. B. geforderte Wohnungsgrößen für neue Sonderwohnformen nach dem Baurecht und Deckelung von Wohnungsgrößen für Sozialhilfebedürftige). Ein Transfer neuer Wohnformen bedarf auch hier einer **starken Vereinheitlichung**. Besonders problematisiert wurden die sehr unterschiedlichen heimrechtlichen Regelungen in den Ländern, die für neue Wohnformen regional ganz unterschiedliche Rahmenbedingungen setzen. Aber auch für Brandschutzregelungen und andere baurechtliche Anforderungen (z. B. zur Barrierefreiheit, Wohnungsgrößen) gibt es in den Ländern vielfach unterschiedliche Vorgaben. Die sehr heterogene Verbreitung neuer Wohnformen wird auch auf diese sehr unterschiedlichen ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen zurückgeführt. Eine Verbreitung neuer Wohnformen bedarf auch hier einer stärkeren Vereinheitlichung in den Vorgaben. Expertenvorschläge, in Anlehnung an die „Musterbauordnung“ auch heimrechtliche Empfehlungen auf Bundesebene bzw. über die Heimrechtsreferenten der Länder zur Vergleichbarkeit der Anforderungen für neue Wohnformen zu erarbeiten (Klie et al. 2017), sind zu unterstützen. Dabei erscheint es zielführend, auf Landesebene ein Gesamtkonzept für den Umgang mit neuen Wohnformen zu implementieren, wie z. B. in Hamburg. Hier werden schon in der Planungsphase – insbesondere für Pflegewohngemeinschaften – bauordnungsrechtliche, sozialleistungsrechtliche, aber auch heimrechtliche Fragen in städtebauliche Zusammenhänge integriert. Solche Gesamtkonzepte sollten auch Lösungen für ordnungsrechtliche Genehmigungsprozesse berücksichtigen. Gerade langwierige Baugenehmigungen können den Transfer neuer Wohnformen erheblich beeinträchtigen, wie die Erfahrungen einiger Projekte zeigen, die aufgrund von

fehlenden Genehmigungen nicht umgesetzt werden konnten.

### 7.3 Fazit

Die Übertragung der neuen Wohnformen in andere Kontexte erfordert sowohl organisationsspezifische Anpassungen als auch Veränderungen in den umgebenden Rahmenbedingungen. Träger oder Initiatoren, die solche neuen Wohnformen umsetzen oder ihr Leistungsportfolio in diese Richtung umstrukturieren wollen, werden in ihrer Organisationskultur Anpassungen vornehmen müssen, um den besonderen Anforderungen neuer Wohnformen gerecht zu werden. Die Umsetzung der Besonderheit neuer Wohnformen – nämlich das Ausbalancieren der Nutzerbedürfnisse nach Versorgungssicherheit, Selbstbestimmung und sozialer Einbindung – gilt es durch Flexibilisierung der Leistungsgestaltung, systematische Personalentwicklung sowie eine Öffnung für neue Formen der Zusammenarbeit zu gewährleisten. Der Transfer neuer Wohnformen hängt aber nicht nur von entsprechenden organisationsspezifischen Veränderungen auf der Seite der Träger oder Initiatoren neuer Wohnformen ab, sondern wird wesentlich auch durch die umgebenden Rahmenbedingungen bestimmt. Dies schließt sowohl eine Verbesserung der Informationsbasis über neue Wohnformen auf allen Ebenen, als auch Veränderungen im Leistungs- und Ordnungsrecht ein. Hier könnten Vereinheitlichungen bei den rechtlichen Vorgaben und Qualitätssicherungsverfahren die den Besonderheiten neuer Wohnformen entsprechen, wesentliche Faktoren zur Sicherung ihrer Übertragbarkeit sein.

## 8 Zusammenfassung

In diesem Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung differenziert für die einzelnen Kapitel.

### **Gesamtschau der Projekte nach ausgewählten Strukturdaten (Kapitel 2)**

In Kapitel 2 wurden die Projekte nach ausgewählten Strukturdaten betrachtet. Grundlage bildete eine schriftliche Befragung von 44 Projektträgern. Zusammenfassend lässt sich Folgendes festhalten:

- Hinsichtlich ihrer organisatorischen und rechtlichen Merkmale weisen die Projektträger eine große Bandbreite auf. Die verschiedenen Trägerarten in Deutschland sind unter ihnen vertreten. Unter den Projektträgern befinden sich einige, in denen Wohnungsunternehmen Kooperationspartner sind. Leistungsrechtlich handelt es sich in den meisten Fällen um ambulante Angebote.
- Die regionale Verteilung der Projekte bzw. der Projektstandorte nach verschiedenen Lagemerkmalen ist nicht gleichmäßig und ergibt auch kein repräsentatives Abbild der Wohnorte der älteren Bevölkerung im Bundesgebiet. Ländliche Standorte sind deutlich unterrepräsentiert. Nahezu alle Bundesländer sind mit mindestens einem Projekt vertreten.
- Die große Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer ist pflegebedürftig und weist dabei vorwiegend einen höheren Pflegegrad auf. Nutzerinnen und Nutzer mit einem 24-Stunden-Präsenz-Bedarf und/ oder mit einer demenziellen Erkrankung sind nach Angaben der Projektträger nahezu regelhaft vertreten. Zusammenfassend bedeutet dies, dass die Nutzerinnen und Nutzer der neuen Wohnformen in den Projekten überwiegend einen hohen Unterstützungsbedarf haben.
- Der Großteil der Standorte weist ein breites Leistungsspektrum auf. An zwei Dritteln bis zu drei Vierteln aller Standorte werden die meisten der abgefragten Leistungen (u. a. Betreuungs- und Aktivierungsangebote, Gruppenangebote zur Freizeitgestaltung, Beratungs- und Vermittlungsleistungen) angeboten. In den weitaus meisten Projekten (86 %) ist die Versorgung über Nacht sichergestellt und dies sogar zu einem großen Teil über die Anwesenheit von Mitarbeitenden.
- Im Personaltableau kommt quantitativ den Pflegekräften die wichtigste Rolle zu. Weiterhin verfügen viele über Betreuungskräfte und Mitarbeitende, die u. a. hauswirtschaftliche Dienstleistungen erbringen, auch wenn sie im Vergleich zu Pflegekräften schwächer vertreten sind. Die eingesetzten Ehrenamtlichen

nehmen einen relevanten Umfang ein, sie werden bei drei Vierteln aller Projekte eingesetzt, bei einem Viertel sind es vier oder mehr ehrenamtliche Kräfte.

- Die Projekte zeichnen sich durch eine große Konzeptvielfalt aus. Das Spektrum reicht von weiterentwickelten Wohnformen im häuslichen Bereich, welche vielfältige Versorgungsbausteine integrieren, bis hin zu Vollversorgungssettings, die sich vor allem der Sicherung der Selbstbestimmung und der individuellen Lebensführung der Bewohnerschaft verstärkt widmen. Diese hybriden Wohnformen lassen sich traditionellen Wohnkonzepten nur schwer zuordnen.

### **Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen und ihre Umsetzung (Kapitel 3)**

Qualität wird in diesem Untersuchungskontext als Übereinstimmung der Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer mit den Leistungen der neuen Wohnformen unter Berücksichtigung anerkannter fachlicher Standards definiert. Die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen stellen daher den Bezugsrahmen zur Beurteilung der Qualität in diesem Forschungskontext dar. 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.

Die Qualität der Wohnprojekte im Modellprogramm wurde auf zwei Wegen untersucht:

Zum einen wurden die **Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer** zu Beginn der Modellförderung erfasst und zum Ende der Förderung wurde untersucht, inwieweit die Leistungen der neuen Wohnformen mit den Nutzererwartungen übereinstimmen. Die Untersuchung basiert auf mündlichen Befragungen von Nutzerinnen und Nutzern der Projekte (n=101 Baseline-Befragung und n=58 Wiederholungsbefragung). Im Ergebnis zeigt sich Folgendes: Erfüllt haben sich die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer vielfach in Bezug auf die Versorgungssicherheit. Kritischer wurden hier die Personalsituation (zu wenig Pflegepersonal, zu wenig Zeit, zu häufiger Wechsel des Pflegepersonals) und die Kosten bewertet. Zufrieden ist die Mehrheit mit der Wahrung der individuellen Lebensgewohnheiten – vor allem in Bezug auf den Erhalt der Privatsphäre durch individuelle Rückzugsräume. Mehrheitlich erfüllt haben sich auch die Erwartungen an die Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Leistungserbringung – vor allem durch die Sicherung vielfältiger Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten. Hohe Erwartungen hatten die befragten Nutzerinnen und Nutzer an das soziale Zusammenleben. Zufrieden sind die Nutzerinnen und Nutzer mit den Freizeitangeboten und Kommunikationsmöglichkeiten vor Ort und der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten und Bedürfnisse bei der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens. Jede

bzw. jeder Fünfte ist jedoch nicht zufrieden mit der Zusammensetzung der Mitbewohnerschaft, jede bzw. jeder Sechste wünscht sich mehr Kontakt zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen oder Freunden/Nachbarn.

Zum anderen wurde untersucht, inwieweit die Projekte **fachliche Qualitätsanforderungen** erfüllen. So wurden definierte Qualitätsmerkmale überprüft, die nach Expertenmeinungen, Erfahrungen von Praktikern oder aufgrund von wissenschaftlichen Studien als Anforderungen an (neue) Wohnformen für Pflegebedürftige gestellt werden. Die untersuchten Merkmale sind Qualitätsanforderungen, um „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“, „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ sowie „Teilhabe durch soziale Einbindung“ zu gewährleisten. Die Überprüfung der Merkmale erfolgte anhand von schriftlichen Befragungen von Trägern (n=44 Projekte mit n=60 Standorten), Nutzerinnen und Nutzern (n=459) und Angehörigen (n=79) sowie auf Basis von Vor-Ort-Interviews mit den Mitarbeitenden (n=44 Projekte). Die Ergebnisse werden im Folgenden differenziert für die drei Qualitätsanforderungen vorgestellt.

#### *Qualitätsanforderung „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“*

Hier wurden ausgewählte Qualitätsmerkmale von der Barrierefreiheit der Wohnung über Hilfen in der Haushaltsführung, den Beratungsleistungen bis hin zu Rund-um-die-Uhr-Betreuung, grund- und behandlungspflegerischen Leistungen sowie Personalsituation und Organisation untersucht. Nach Angaben der *Träger* gibt es in den Projekten vielfältige Unterstützungsleistungen, die eine selbstständige Lebensführung auch bei Beeinträchtigungen ermöglichen. Sie gaben an, dass in der Mehrzahl der Projekte ein Verbleib auch bei schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen möglich ist, sodass die Wohn- und Versorgungskontinuität gesichert ist. Eine Herausforderung bleibt dies allerdings in Privatwohnungen der angestammten Häuslichkeit. In einigen Projekten kann zudem die eingeschränkte Barrierefreiheit die Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner mit Mobilitätseinschränkungen beeinträchtigen. Auch wurden für intensiv Pflegebedürftige oder Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen Grenzen der Versorgungssicherheit seitens der Träger benannt. Als besondere Herausforderungen nannten die Mitarbeitenden im Rahmen der Qualitätssicherung die Koordination der vielfältigen Leistungen und die Kooperation der vielfältigen Akteure, die diese Versorgungssicherheit gewährleisten.

Aus Sicht der befragten *Nutzerinnen und Nutzer* besteht bei der überwiegenden Mehrheit allgemein eine hohe Zufriedenheit mit den Unterstützungsleistungen zur Sicherung einer selbstständigen Lebensführung. Über 90 Prozent der schriftlich befragten Nutzerinnen und Nutzern sind „weitgehend“ oder „ganz“ zufrieden mit

den Alltagshilfen und den pflegerischen Hilfen. Jede bzw. jeder Fünfte befürchtet aber bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes wieder umziehen zu müssen und bedauert, dass im Wohnprojekt Hilfen nicht Rund-um-die-Uhr verfügbar sind. Diese Abweichung zwischen den o. g. Angaben der Träger und der Nutzerbewertung könnte auch eine Folge der von einigen Nutzerinnen und Nutzern als unzureichend erlebte Information und Aufklärung über das Leistungsangebot sein. Zwar ist die Mehrheit der Nutzerinnen und Nutzer zufrieden mit den Informationen zum Leistungsangebot der Wohnprojekte. Jede bzw. jeder Siebte fühlte sich jedoch unzureichend informiert. Von den befragten Angehörigen kritisierte fast jede bzw. jeder Vierte, unzureichend über die Leistungen und Abläufe dieser neuen Wohnangebote informiert zu sein. Hoch geschätzt werden die Kompetenz der Mitarbeitenden und der respektvolle Umgang des Personals mit den Bewohnerinnen und Bewohnern – jede bzw. jeder zehnte Befragte auf der Nutzerseite und sogar jede bzw. jeder Vierte auf der Angehörigenseite kritisiert aber den Zeitmangel des Personals. Die Koordination der vielfältigen Leistungserbringer wird ebenso nicht von jeder bzw. jedem positiv bewertet. Nutzerinnen und Nutzer, die von mehreren Personen Hilfen im Alltag erhalten, sind zu einem Viertel nicht zufrieden mit der Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer.

#### *Qualitätsanforderung „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“*

Hier wurden ausgewählte Qualitätsmerkmale zu Rückzugsbereichen, individuellen Gestaltungsmöglichkeiten des Wohnangebotes, der Wählbarkeit von Hilfen sowie der Erfassung und Wahrung persönlicher Bedürfnisse bei der Leistungserbringung untersucht. Auf die Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten und die Selbstbestimmung wird den Angaben der *Projektträger* zufolge zwar grundsätzlich viel Wert gelegt. Die Umsetzung gelingt in der Praxis jedoch nicht immer. Gewahrt werden individuelle Rückzugsräume und die Privatsphäre. Auch eine systematische Erfassung von Nutzergewohnheiten erfolgt bei den meisten Projekten. So wird die regelmäßige Abfrage von Nutzerbedürfnissen und -gewohnheiten in drei Viertel der Projekte durchgeführt (schriftliche Trägerbefragung, n=59). Ebenso wird ein zumindest vertragsrechtlich hohes Maß an Wahlfreiheit für die im Projekt angebotenen Leistungen in den meisten Projekten realisiert. Häufiger nicht gewährt wird allerdings ein Mitspracherecht bei der Auswahl neuer Bewohnerinnen und Bewohner. Mitspracherechte bei der Auswahl neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in *Gemeinschaftswohnformen* (schriftliche Trägerbefragung, n=37) gewährleisten nur rund zwei Drittel dieser Projekte. Auch gibt es nicht überall Bewohnergremien zur Durchsetzung der Nutzerbedürfnisse. Ebenso ist ein systematisches Beschwerdemanagement noch nicht überall verankert. In den neuen Wohnformen, in denen vom Träger systematisch Beschwerdemanagement umgesetzt werden kann, ist die Beschwerdebearbeitung bei nur einem Drittel syste-



matisch geregelt (schriftliche Trägerbefragung, n=41). Die Mitarbeitenden sahen in den Gesprächen vor Ort in der individuellen Gestaltbarkeit das größte Potenzial dieser neuen Wohnangebote. Zugleich betonen sie, dass umfassende Selbstbestimmungsmöglichkeiten in den Wohnformen mit einer zunehmenden Selbstverantwortung korrespondieren. Die Wahrnehmung dieser Selbstverantwortung und die Begleitung der Bewohnerschaft und ihrer Vertreterinnen bzw. Vertreter bei der Wahrnehmung ihrer Selbstverantwortung betrachten viele Mitarbeitende als besondere Herausforderung neuer Wohnformen.

Die befragten *Nutzerinnen und Nutzer* äußerten eine große Zufriedenheit mit den individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Wohnung, der Wahrung der Privatsphäre und der Orientierung des Tagesablaufs an ihren Gewohnheiten und Bedürfnissen. Die oben genannten Einschränkungen in den Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten werden von der Bewohnerschaft bestätigt. Die Angehörigen äußerten ebenfalls eine große Zufriedenheit mit der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Gewohnheiten der Bewohnerschaft. Sie konstatieren jedoch vielfach Einschränkungen in den Mitbestimmungsrechten. Jeder vierte Angehörige ist mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Alltagsorganisation nicht zufrieden. Jeder fünfte Angehörige hat auch angegeben, dass der Umgang mit Beschwerden nicht seinen Vorstellungen entspricht. Die mit der eröffneten Selbstbestimmung auferlegte Forderung nach mehr Übernahme von Verantwortung erlebt zudem über ein Viertel der befragten Angehörigen als zusätzliche Belastung.

#### *Qualitätsanforderung „Teilhabe durch soziale Einbindung“*

Hier wurden ausgewählte Qualitätsmerkmale zur Gestaltung der Begegnungsräume, zum Freizeit- und Kommunikationsangebot, zu Hilfen bei der Kontaktpflege, zum wertschätzenden Umgang des Personals sowie zu Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Leistungsgestaltung untersucht. Nach der *Trägerbefragung* bieten die Wohnprojekte vielfältige günstige Rahmenbedingungen zur Sicherung der Teilhabe. Sie halten in der überwiegenden Zahl Gemeinschaftsräume vor, auch wenn diese nicht immer barrierefrei sind. Sie unterstützen Begegnung und sozialen Austausch durch ein umfassendes Freizeit- und Kommunikationsangebot. Ebenso binden sie die Ressourcen von Angehörigen und Ehrenamtlichen umfassend ein und schaffen infrastrukturelle Rahmenbedingungen, damit sich die Bewohnerschaft, die Angehörigen und Ehrenamtlichen einbringen können. Die Sicherung der Beteiligung der Bewohnerschaft, der Angehörigen und Ehrenamtlichen wird von den Mitarbeitenden vielfach als Kern ihres Wohnprojekts gesehen.

Die Nutzerinnen, Nutzer und Angehörigen haben hohe Erwartungen an die soziale Einbindung. Vielfach war der soziale Aspekt bei der Auswahl des Wohnangebots entscheidend. Insgesamt gibt es

auch hier eine allgemeine hohe Zufriedenheit. Jede bzw. jeder zehnte Befragte äußerte sich als „weniger oder gar nicht zufrieden“ mit den sozialen Kontaktmöglichkeiten (bei Wohnen, bei den Alltagshilfen und bei gesundheitlichen Hilfen äußerte sich nur jede bzw. jeder Sechzehnte so kritisch). Da ältere und pflegebedürftige Menschen sich in allgemeinen Zufriedenheitsbefragungen insgesamt wenig kritisch äußern, sollten die vorliegenden Ergebnisse besonders in den Blick genommen werden. Bestätigt wird die größere Unzufriedenheit in diesem Bereich durch mehrfache kritische Äußerungen zu speziellen Fragen der sozialen Einbindung. So werden die Begegnungsorte, Freizeitangebote und Hilfen zur sozialen Einbindung zwar mehrheitlich positiv bewertet, jedoch gibt es einige Nutzerinnen und Nutzer, die weder die Begegnungsorte, noch die sozialen Unterstützungsangebote nutzen. So nutzt jede bzw. jeder sechste schriftlich Befragte weder die Orte der Begegnung noch die Freizeitangebote des Projektes. Auch wünscht sich fast die Hälfte der Bewohnerschaft mehr Kontakt zu Angehörigen, Freunden oder Mitbewohnerinnen und -bewohnern. Es gibt Hinweise in den Untersuchungsergebnissen, dass die geäußerte Unzufriedenheit der befragten Bewohnerschaft im Bereich der sozialen Einbindung mit nicht entsprochenen Kontaktwünschen zusammenhängt. Aufgrund der mangelnden Nähe zum alten vertrauten Wohnort von rund drei Vierteln der Bewohnerschaft, könnten auch bauliche Rahmenbedingungen Ursache für die als unzureichend erlebte soziale Einbindung sein. Eine größere Verbreitung solcher Wohnformen könnte die soziale Einbindung evtl. erleichtern. Aber es dürften auch das soziale Unterstützungsangebot und die gewährten Beteiligungsmöglichkeiten für Bewohnerinnen, Bewohner und Angehörige der Wohnprojekte selbst sein, die noch einmal auf ihre Passgenauigkeit zur Sicherung sozialer Teilhabe zu überprüfen sind.

#### **Wirtschaftlichkeit neuer Wohnformen (Kapitel 4)**

In Kapitel 4 wurde die Wirtschaftlichkeit der Projekte aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht. Die wesentlichen Ergebnisse werden im Folgenden differenziert für die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer, die Perspektive der Projektträger und die volkswirtschaftliche Perspektive dargestellt. Die Auswertungen basieren auf schriftlichen Befragungen von Nutzerinnen und Nutzern (n=459) sowie Trägern der Projekte.

##### *Wirtschaftlichkeit aus Nutzerperspektive*

Die Ergebnisse der schriftlichen Nutzerbefragung zeigen die Heterogenität der Nutzerinnen und Nutzer hinsichtlich deren finanzieller Lage auf. So schätzen etwa 37 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer die eigene finanzielle Situation als sehr gut bis gut ein. Weitere 39 Prozent als eher gut und die verbleibenden 24 Prozent als eher schlecht bis schlecht. Diese Heterogenität zeigt sich auch bei der Verteilung der verfügbaren Nettoeinkommen sowie beim Bildungsstand, welcher erwartungsgemäß positiv mit der Einschätzung der

eigenen wirtschaftlichen Lage korreliert ist. Eine wichtige im Rahmen der Evaluation zu beantwortende Fragestellung lautet, ob die ambulanten Wohnformen von Menschen mit geringem Einkommen, sowie insbesondere mit Sozialhilfebezug, finanzierbar sind. Der Anteil der Sozialhilfebeziehenden über alle Bewohnerinnen und Bewohner lag bei etwa 29 Prozent, bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegegrad bei 35 Prozent. Der Anteil über die fünf Pflegegrade verläuft dabei ansteigend (Pflegegrad 1: 29 %, Pflegegrad 5: 54 %). Insofern zeigt sich, dass für fast die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer die Versorgung in den hier untersuchten Wohnformen wirtschaftlich möglich ist, da in diesen Fällen der Sozialhilfeträger einen Großteil bis hin zu den kompletten Kosten für diese Bewohnerschaft übernimmt.

Zugleich macht die Analyse der Trägerperspektive deutlich, dass es in Einzelfällen zu Problemen bei der Erstattung der Kosten durch den Sozialhilfeträger kommt. So wurde einzeln berichtet, dass die stationäre Pflege für Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher vom Sozialhilfeträger anerkannt und erstattet werde, die Kosten in den ambulanten Wohnformen aber nicht. Insofern ist die Versorgung von Menschen mit geringem Einkommen in den hier untersuchten ambulanten Wohnformen möglich, sofern die Finanzierung durch den Sozialhilfeträger gesichert ist.

#### *Wirtschaftlichkeit aus Trägerperspektive*

Die quantitative Analyse der Wirtschaftlichkeit der Projekte des Wohnformtyps *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit* und vergleichbarer Projekte des Wohnformtyps *Integrierte Konzepte* aus Perspektive ihrer Träger hat unter anderem ergeben, dass die Kosten für den Bau und Umbau von Gebäuden und Wohnungen im Durchschnitt den größten Anteil an allen Vorlaufkosten ausmachen. Bei den laufenden Kosten dominieren die Kosten für das Pflege- und Betreuungspersonal, bei den Erlösen die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (insbesondere § 36 und § 38 SGB XI) gefolgt von Eigenbeiträgen der Bewohnerinnen und Bewohner. Aufgrund der Fallzahl von nur 23 Projekten sind diese Ergebnisse allerdings nicht repräsentativ für alle Projekte des Modellprogramms.

Aus der qualitativen Befragung der Projektträger aller Wohnformtypen (n=43) geht hervor, dass die Projekte zum Erhebungszeitpunkt mehrheitlich ein tendenziell ausgeglichenes oder positives betriebswirtschaftliches Ergebnis erzielten. Mit am häufigsten als Gründe für ein tendenziell positives Ergebnis von den Projektträgern genannt wurden wirtschaftlich gesetzte Preise, eine relativ gute Auslastung ihrer Projekte im Zeitverlauf sowie der Einsatz von Fördermitteln. Umgekehrt führten mehrere der befragten Träger von Projekten mit negativem betriebswirtschaftlichem Ergebnis – dies sind etwa ein halbes Dutzend – letzteres auch auf die Unterauslastung ihrer Projekte infolge von Krankenhausaufenthalten

und verzögerten Neuvermietungen zurück. Die befragten Träger derjenigen Projekte, die fortgeführt werden sollen, rechneten mehrheitlich mit einem zukünftig ausgeglichenen oder positiven betriebswirtschaftlichen Ergebnis ihrer Projekte. Risiken stellen dabei aus Sicht mehrerer Befragter vor allem die bereits genannte Unterauslastung der Projekte sowie die teilweise uneinheitliche Bewilligungspraxis der Kostenträger dar.

### *Wirtschaftlichkeit aus volkswirtschaftlicher Perspektive*

Im abschließenden Unterkapitel zur Wirtschaftlichkeit aus der volkswirtschaftlichen Perspektive wurde analysiert, welche Kosten den Sozialleistungsträgern (Pflege- und Krankenversicherung), dem Sozialhilfeträger und den privaten Haushalten in den verschiedenen Pflegesettings (ambulante professionelle Pflege in der Häuslichkeit, stationäre Pflege und ambulante Wohnformen nach § 45f SGB XI) entstehen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass die hier ausgewählten ambulanten Wohnformen – die sich im Wesentlichen auf den Wohnformtyp *Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit stützen* – mit etwa 3.622 Euro pro Monat das teuerste Versorgungssetting darstellen.<sup>67</sup> So liegen die Gesamterlöse um etwa 18 Prozent bzw. 59 Prozent über den Gesamterlösen in der stationären bzw. professionell ambulanten Pflege. Diese Unterschiede lassen sich sehr gut über das eingesetzte Personal in den verschiedenen Pflegesettings erklären. So liegt die Betreuungsrelation (gemessen über versorgten Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft) in der stationären (ambulant professionellen Pflege) um etwa 20 Prozent (59 %) unterhalb des Wertes in den untersuchten ambulanten Wohnformen. Darüber hinaus weisen die drei Pflegesettings erhebliche Unterschiede im Professionsmix des eingesetzten Personals auf. So werden in den ambulanten Wohnformen deutlich weniger Pflegebedürftige durch Pflegefachkräfte versorgt als in den anderen beiden Versorgungssettings, während der Anteil der Betreuungskräfte und der Pflegehilfskräfte in den ambulanten Wohnformen deutlich ausgeprägter ist. Die Unterschiede im Anteil des Pflegefachpersonals erklären sich aus den nicht vorhandenen Vorgaben (etwa analog zur Fachkraftquote in der stationären Pflege). Gleichwohl erfordert der hohe Anteil an demenziell erkrankten Nutzerinnen und Nutzern in den ambulanten Wohnformen ein hohes Maß an Betreuungspersonal.

Hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen wird deutlich, dass die Mehrkosten für das Personal in den ambulanten Wohnformen nach § 45f SGB XI gegenüber der stationären Pflege im Wesentlichen über die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (60 %), höhere Leistungen der Hilfe zur Pflege (23 %) sowie Sonstige Er-

---

<sup>67</sup> Davon entfallen 1.368 Euro auf private Leistungen, 1.339 Euro auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung, 442 Euro auf Leistungen der Sozialhilfe, 373 Euro auf Leistungen der Häuslichen Krankenpflege und 101 Euro auf sonstige Erlöse.

löse wie weitere Fördermittel und Eigenleistungen des Trägers (16 %) finanziert werden. Die deutlich geringeren Leistungen in der professionellen ambulanten Pflege werden zu einem größeren Anteil von den Kassen (SPV: 42 % & HKP: 13 %) getragen, während der Kassenanteil in den ambulanten Wohnformen bei etwa 47 Prozent (SPV: 37 % & HKP: 10 %) liegt. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass das zusätzliche Personal in den ambulanten Wohnformen nicht zu einem höheren Eigenbeitrag der Nutzerinnen und Nutzer gegenüber der stationären Pflege führt, allerdings liegt er etwas höher als in der professionellen ambulanten Pflege. Die Mehrkosten gegenüber der stationären Pflege werden demnach durch das Versichertenkollektiv in Form der Kassen und des Sozialhilfeträgers sowie aus Eigenmitteln des anbietenden Trägers finanziert.

### **Nachhaltigkeit neuer Wohnformen (Kapitel 5)**

In Kapitel 5 wurde in den Blick genommen, welche Herausforderungen sich den Projektträgern bei der Sicherung der Nachhaltigkeit in unterschiedlichen Bereichen stellen, welche Möglichkeiten und Maßnahmen sich ihnen zur Sicherung des langfristigen Fortbestehens ihrer Projektansätze bieten und welche Unterstützung sie sich vom Gesetzgeber und den Leistungsträgern wünschen. Basis bildeten schriftliche und mündliche Befragungen von 44 bzw. 43 Projektträgern.

Der Selbstauskunft der befragten Projektträger zufolge steht es gut um die Nachhaltigkeit der erprobten neuen Wohnformen. Die überwiegende Zahl rechnet mit einem Fortbestand des eigenen Projekts. Für die Zukunftsfähigkeit der neuen Wohnformen spricht auch die Einschätzung der Akteure vor Ort, die bezeugen, dass diese auf einen großen Bedarf treffen.

Werden die von den Projektträgern aufgeführten Herausforderungen im Einzelnen betrachtet, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Allein die große Zahl der angeführten Herausforderungen lässt darauf schließen, dass der Fortbestand vieler Projekte kein Selbstläufer ist. Nach Einschätzung einiger Projektträger wird eine nachhaltige Projektumsetzung nur gelingen, wenn das Leistungsangebot verringert wird, Eigenmittel eingesetzt oder Finanzierungslücken durch Querfinanzierungen ausgeglichen werden.

Die von den Projektträgern erwähnten Herausforderungen sind überwiegend mit denjenigen Aspekten der neuen Wohnformen verbunden, die auch ihre Besonderheiten gegenüber herkömmlichen Versorgungsangeboten ausmachen. Das betrifft beispielsweise – je nach Wohnformtyp – das Quartiersmanagement, die Projektkoordination in einem Vernetzungsprojekt, die Zusammenarbeit mit der Auftraggeber-Gemeinschaft einer Wohngruppe oder die Alltagsbegleitung durch Betreuungskräfte.

Diese Herausforderungen resultieren auch daraus, dass die ordnungspolitischen Grundlagen der Versorgungsstrukturen erst in Teilen auf die neuen Wohnformen umgestellt wurden. Das zeigt sich an den Äußerungen der Projektträger, die hier nochmal beispielhaft zur Veranschaulichung angeführt werden:

- Die rechtlichen Grundlagen sind teilweise noch nicht eindeutig genug formuliert (Beispiele: Wofür darf der Wohngruppenzuschlag verwendet werden? Wann handelt es sich um eine gemeinschaftliche Wohnform?) oder nicht ausreichend aufeinander abgestimmt.
- Die Bewilligungs- und Aufsichtsbehörden behandeln die Wohnformen uneinheitlich, weil sie nicht mit diesen vertraut sind, aber auch, weil die rechtlichen Grundlagen Interpretationsspielräume lassen.
- Für bestimmte Leistungen, denen eine zentrale Bedeutung für die neuen Wohnformen zukommt, sind die Zuständigkeiten der Finanzierung noch nicht geklärt, beispielsweise für das Quartiersmanagement. Das gleiche gilt für bestimmte Angebote der technischen Unterstützung (AAL-Elemente) oder die Koordinierung der Arbeit mit Ehrenamtlichen.
- Nicht zuletzt ist auch das Personal nicht immer ausreichend vorbereitet. Die besonderen Anforderungen der Arbeit in einer ambulanten Pflegewohngemeinschaft sind dem Altenpflegepersonal zum Teil noch nicht bekannt. Außerdem sind erst wenige Betreuungskräfte, die in der Alltagsbegleitung eingesetzt werden können, auf dem Arbeitsmarkt.

Diese Auswahl verdeutlicht, dass es weiterer Anpassungsprozesse bedarf, damit die neuen Wohnformen ohne qualitative Einschränkungen fortgeführt und verbreitet werden können. Die Projektträger sehen Möglichkeiten, selbst auf die Herausforderungen zu reagieren. So versuchen sie, gute Vernetzungsstrukturen aufzubauen, schaffen verbindliche Kooperationsbeziehungen, bilden selbst aus und bieten ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Fortbildungen an.

Allerdings benötigen sie auch Unterstützung von Gesetzgeber und Leistungsträgern. Von diesen wünschen sie sich klare und verlässliche rechtliche Rahmenbedingungen einschließlich einer einheitlichen Bewilligungspraxis, die Finanzierung von Leistungen wie dem Quartiersmanagement bzw. dem Case- und Care-Management sowie Unterstützung dabei, dass geeignetes Personal zur Verfügung steht.

Neben diesen Herausforderungen, die mit den besonderen Merkmalen neuer Wohnformen verbunden sind, gibt es auch allgemeine Herausforderungen, die neue Wohnformen genauso betreffen wie alle anderen Angebote der Altenpflege. Dazu gehört vor allem die angespannte Personalsituation bei den Pflegefachkräften.

Nachhaltigkeit kann an dieser Stelle nur durch allgemeine Verbesserungen auf dem Pflegearbeitsmarkt erreicht werden.

### **Neue Typisierung der Wohnformen nach Nutzerbedürfnissen (Kapitel 6)**

Um das aktuell schon breite und in Zukunft sicher noch breiter werdende Spektrum an neuen Wohnformen zu klassifizieren, sind Typisierungen erforderlich, die vor allem Nutzerinnen und Nutzern Orientierung geben, was sie vom jeweiligen Wohnangebot erwarten können, und die es auch Leistungsanbietern ermöglichen, ihre Angebote noch passgenauer auf die Nutzerbedarfe auszurichten.

Bisherige Typisierungsformen werden diesen Anforderungen nur teilweise gerecht. Daher wurde ein neues Wohnformtypisierungsschema entwickelt, das Orientierung geben kann, inwieweit die neuen Wohnformen Nutzerbedürfnisse umsetzen. Acht Wohnformtypen wurden definiert, die in unterschiedlicher Kombination zentralen Nutzerbedürfnissen in Bezug auf den Erhalt der Selbstständigkeit durch Gewährleistung von Versorgungssicherheit, der Sicherung einer individuellen Lebensführung durch Stärkung der Selbstbestimmung sowie der Förderung von Teilhabechancen durch Stärkung der sozialen Einbindung gerecht werden.

Es wurde im Rahmen der mündlichen Nutzerbefragung ermittelt, welche Erwartungen die Nutzerinnen und Nutzer mehrheitlich an neue Wohnformen stellen. Anschließend wurden Merkmale bestimmt, mit denen die Umsetzung dieser Erwartungen überprüft werden kann. Zur Überprüfung der Nutzererwartungen wurden 26 Merkmale aus dem Bereich „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“, 31 Merkmale für den Bereich „Individuelle Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung“ und sechs Merkmale zur Sicherung der „Teilhabe durch soziale Einbindung“ identifiziert. Die Bestimmung der Merkmale erfolgte auf der Grundlage von Expertenwissen, Praxisempfehlungen und wissenschaftlichen Studien zur Gestaltung bedarfsgerechter Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige. Da dieses Erfahrungswissen sich nicht immer speziell auf neue Wohnformen bezieht und evidenzbasierte Ergebnisse für diesen Bereich neuer Wohnformen kaum vorliegen, kann dies nur eine erste Annäherung sein. Das entwickelte Zuordnungsschema bedarf in Zukunft einer systematischen Vertiefung.

Auf der Grundlage der schriftlichen Trägerbefragung wurde überprüft, wie die Projekte die Merkmale und damit die Nutzererwartungen umsetzen. Wenn die Projekte die Hälfte aller Merkmale erfüllen, wurde davon ausgegangen, dass sie hohe Chancen zur Sicherung der Selbstständigkeit, Lebensweltorientierung und Teilhabe ermöglichen. Nach dieser Überprüfung lassen sich rund zwei Drittel aller Projekte dem Wohnformtyp I zuordnen, weil sie eine höhere Versorgungssicherheit, ein hohes Maß an Selbstbestimmung und sozialer Einbindung im Sinne der Nutzererwartungen

gewährleisten. Jedes fünfte Projekt lässt sich dem Wohnformtyp III zuordnen. Auch sie bieten höhere Versorgungssicherheit und ein umfassendes Maß an Selbstbestimmung zum Erhalt ihrer individuellen Lebensgewohnheiten. Die Teilhabechancen sind hier jedoch eingeschränkter. Jedes zehnte Projekt lässt sich dem Wohnformtyp II oder dem Wohnformtyp IV zuordnen. Sie können nur ein geringeres Maß an Versorgungssicherheit zum Erhalt der Selbstständigkeit gewährleisten. Kein Projekt entspricht dem Wohnformtyp VIII, das im Hinblick auf den Erfüllungsgrad von Nutzerbedürfnissen am Ende der Skala steht.

Die günstige Positionierung der Projekte bei den Wohnformtypen resultiert vermutlich aus der Positivauswahl der Projekte, die konzeptionell die Umsetzung der Nutzerorientierung berücksichtigen sollten. Die Projekte haben zudem gezielt Fördermittel erhalten, um Nutzerbedürfnisse noch passgenauer erfüllen zu können. Daher verorten sich viele Projekte eher bei den Wohnformtypen, die besonders den Nutzerbedürfnissen gerecht werden. In der Praxis wird diese Verteilung bei neuen Wohnformen vermutlich anders ausfallen.

### **Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Übertragbarkeit (Kapitel 7)**

In Kapitel 7 wurden die für eine erfolgreiche Übertragbarkeit neuer Wohnformen erforderlichen Rahmenbedingungen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung thematisiert. Dabei muss die begrenzte Projektanzahl bei der Bewertung berücksichtigt werden. Sie erlaubt lediglich eine tendenzielle Beurteilung. Die Übertragung der neuen Wohnformen in andere Kontexte erfordert sowohl organisationsspezifische Anpassungen, aber auch Veränderungen in den umgebenden Rahmenbedingungen. Träger oder Initiatoren, die solche neuen Wohnformen umsetzen oder ihr Leistungsportfolio in diese Richtung umstrukturieren wollen, werden nach Ansicht der Evaluatoren in ihrer Organisationskultur Anpassungen vornehmen müssen, um den besonderen Anforderungen neuer Wohnformen gerecht zu werden. Die Umsetzung der Besonderheit neuer Wohnformen gilt es durch Flexibilisierung der Leistungserbringung, systematische Personalentwicklung sowie eine Öffnung für neue Formen der Zusammenarbeit zu gewährleisten. Der Transfer neuer Wohnformen hängt aber nicht nur von entsprechenden organisationsspezifischen Veränderungen auf der Seite der Träger oder Initiatoren neuer Wohnformen ab, sondern wird wesentlich auch durch die umgebenden Rahmenbedingungen bestimmt. Dies schließt sowohl eine Verbesserung der Informationsbasis über neue Wohnformen auf allen Ebenen, als auch Veränderungen im Leistungs- und Ordnungsrecht ein. Hier sind Vereinheitlichungen bei den rechtlichen Vorgaben und Qualitätssicherungsverfahren, die den Besonderheiten neuer Wohnformen gerecht werden, wesentliche Faktoren zur Sicherung ihrer Übertragbarkeit.



## 9 Fazit

Das Modellprogramm gibt einen Einblick in die **Vielfalt und Dynamik in dem Angebotsportfolio** „neue Wohnformen“ für Pflegebedürftige. Es zeigt die ganze Bandbreite, in der sich häusliche und stationäre Wohnsettings weiterentwickelt haben, um den Bedarfen älterer und pflegebedürftiger Menschen noch besser gerecht zu werden. Dabei sind in zunehmendem Maße Verbundmodelle und hybride Wohnformen entstanden, die eine Zuordnung in die klassischen „ambulanten“ und „stationären“ Wohnsettings kaum mehr gestatten. Dies macht eine **neue Wohnformtypisierung** erforderlich, die konsequent die Bedarfslagen der Pflegebedürftigen – und weniger ordnungs- sowie leistungsrechtliche Anforderungen oder die leistungsorientierten Konzeptionierungen – in den Mittelpunkt der Verortung rückt. Im Rahmen des Modellprogramms ist ein erster Vorschlag für eine solche nutzerorientierte Wohnformtypisierung erarbeitet worden, der in Zukunft einer Weiterentwicklung bedarf.

Ebenso hat das Modellprogramm einen wichtigen Beitrag geleistet, die **Besonderheiten neuer Wohnformen** in ihrer „Zwischenstellung zwischen Häuslichkeit und Heim“ herauszuarbeiten. Trotz der großen Heterogenität der Projekte des Modellprogramms konnten Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden, die das Besondere der untersuchten neuen Wohnformen ausmachen. Ihre Innovation besteht darin, Antworten auf die Herausforderungen der klassischen häuslichen oder stationären Wohnsettings zu entwickeln.

- Sie versuchen, Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit zu erhalten und gleichzeitig eine individuelle Lebensweise mit einem hohen Maß an Selbstbestimmung zu gewährleisten sowie die Teilhabechancen Pflegebedürftiger durch die Unterstützung der sozialen Einbindung zu stärken. Diese Nutzerbedürfnisse – versuchen sie in besonderer Weise auszubalancieren und der *Nutzerorientierung ganzheitlich gerecht* zu werden. Der Erfassung der Nutzerbedürfnisse und der Sicherung ihrer Umsetzung widmen sie daher besondere Aufmerksamkeit.
- Zur Umsetzung dieser ganzheitlichen Zielrichtung binden sie viele Akteure ein und erbringen Unterstützungsleistungen im *Hilfemix* und *in geteilter Verantwortung*. Bei den professionellen Akteuren gibt es einen Mix an Pflege-, Präsenz- und Betreuungskräften, Case- und Care-Managerinnen und -managern sowie weiteren Dienstleistern im Bereich Hauswirtschaft oder medizinischer Versorgung, die mit der Bewohnerschaft ihren Angehörigen und Ehrenamtlichen zusammenwirken.

- Typisch ist die Verantwortungsteilung. Nicht mehr nur ein Träger alleine trägt die Verantwortung für die Umsetzung. Die *Selbstverantwortung* der Bewohnerschaft und ihrer Vertreterinnen und Vertreter wird bei der Umsetzung gezielt gestärkt – auch in verstärkt anbietergestützten Wohnformen. Die Bewohnerschaft und ihre Angehörigen werden unterstützt, verantwortlich an der Umsetzung mitzuwirken. Ehrenamtliche werden aktiviert und wirken vielfach an der Umsetzung mit.
- Dem *Case- und Care-Management* kommt meist eine besondere Bedeutung zu. Die Aufgaben des Betreuungspersonals im Personalmix werden aufgewertet, es übernimmt koordinierende Tätigkeiten, die das verantwortliche Einbringen der unterschiedlichen Akteure sichern, aufeinander abstimmen und transparent machen. Die aktuelle Personaldebatte zur Behebung des Pflegenotstandes muss daher breiter geführt werden, wenn man solche neuen Wohnformen verstärkt umsetzen will. Es bedarf in Zukunft nicht nur Pflegefachkräfte, die die medizinische und pflegerische Versorgung sichern, sondern für solche neuen Wohnformen braucht man vor allem auch Fachkräfte im Bereich der Betreuung und Koordination.

Das Modellprogramm hat deutlich gemacht, dass eine Verbreitung solcher neuen Wohnformen aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wünschenswert erscheint. Denn diese neuen Wohnformen werden vielfach positiv bewertet im Sinne der **Ergebnisqualität**:

- Die *Bewohnerinnen und Bewohner* schätzen zum einen die hohe Versorgungssicherheit, die sie dort erhalten – auch wenn die Umsetzung in einzelnen Projekten eine Herausforderung bleibt und noch verbessert werden sollte, um dem Wunsch nach Versorgungs- und Wohnkontinuität ganz gerecht zu werden. Die hohe Versorgungssicherheit wird durch einen hohen Personaleinsatz garantiert, wobei die 50-prozentige Fachkraftquote der stationären Pflege hier nicht umgesetzt wird. Besonders sind die Bewohnerinnen und Bewohner mit der Sicherung der Privatheit und dem hohen Maß an individueller Gestaltung der Leistungserbringung zufrieden. Ebenso schätzen sie die Möglichkeiten, Einfluss auf die Leistungsgestaltung zu nehmen und sich dort auch nach Bedarf einzubringen. Sie äußern sich zudem positiv über die Teilhabechancen in ihren Wohnangeboten, auch wenn sich ihre besonders hohen Erwartungen an die soziale Einbindung nicht überall erfüllt haben. Nach den Ergebnissen des Modellprogramms ist generell die Sicherung sozialer Teilhabe bei der Ergebnisqualitätssicherung in Wohnformen für Pflegebedürftige noch einmal genauer in den Blick zu nehmen.

- Auch die *Angehörigen* äußerten sich vielfach positiv. Vor allem fühlten sie sich durch die neuen Wohnangebote in ihrer Sorge um den pflegebedürftigen Angehörigen entlastet, auch wenn die Übernahme von Selbstverantwortung für viele noch ungewohnt ist und einer entlastenden Begleitung bei der Umsetzung bedarf.
- Ebenso bewerteten die *Mitarbeitenden*, die sich bewusst für eine Tätigkeit in solchen neuen Wohnformen entschieden haben, diese vielfach positiv. Sie schätzen, dass sie sich ganzheitlicher in die Betreuung der Pflegebedürftigen einbringen können und eigenverantwortlicher die Leistungsgestaltung steuern können. Einzelne Träger berichten von höherer Mitarbeiterzufriedenheit und geringeren Personalwechslern. Neue Wohnformen können daher auch unter dem Gesichtspunkt der Personalrekrutierung und Personalentwicklung ein interessanter Baustein für das Portfolio von Leistungserbringern sein.
- Auch berichteten die ausgewählten Träger und Initiatoren der neuen Wohnformen, die in eine wirtschaftliche Betrachtung einbezogen wurden, tendenziell von ausgeglichenen oder positiven *betriebswirtschaftlichen* Ergebnissen. Jedoch sind im Vergleich zu klassischen ambulanten und stationären Settings die Kosten für solche neuen Wohnformen überdurchschnittlich, was sich primär durch den überdurchschnittlichen Personaleinsatz erklären lässt. Die Nutzerinnen und Nutzer haben vielfach die hohen Kosten in diesen neuen Wohnformen beklagt. Dennoch sind neue Wohnformen auch für Sozialhilfebeziehende nutzbar, wie die Ergebnisse des Modellprogramms zeigen. Die Finanzierung erfolgt aus vielfältigen sozialleistungsrechtlichen Bausteinen (SGB XI, SGB V, SGB XII). Sie ist weitgehend leistungsrechtlich gesichert, auch wenn die Mittelgewährung praktisch nicht immer klar geregelt ist (für manche Leistungen wie z. B. Aufbau oder Koordination konnte nur durch die Fördermittel des Modellprogramms eine Finanzierung ermöglicht werden).

Das Modellprogramm hat aber auch deutlich gemacht, dass die Umsetzung neuer Wohnformen mit vielfältigen **Herausforderungen** verbunden ist, die gleichzeitig in den Blick genommen werden müssen, wenn man neue Wohnformen mit hoher Ergebnisqualität verbreiten will:

- *Initiatoren* müssen eine Haltung in der Konzeptionierung und Leistungserbringung einnehmen, die stärker die Nutzerorientierung und Selbstverantwortung in den Blick nimmt. Dies erfordert auch eine Personalentwicklung, die für diese Themen besonders sensibilisiert und befähigt. Besondere Personalqualifizierungen sind vor allem bei

Umstrukturierungen von klassischen zu neuen Wohnformen erforderlich. Die Leistungserbringung in geteilter Verantwortung erfordert weiterhin eine hohe Flexibilität in der Leistungsgestaltung sowie Kreativität in der Sicherung der Verlässlichkeit und Kontinuität – gerade auch in Bezug auf die personelle Kontinuität, die vielfach von Angehörigen und der Bewohnerschaft bemängelt wurde. Gleichzeitig sind zusätzliche Leistungen gefordert, die eine Koordination der unterschiedlichen Akteure sichern und Angehörige und Ehrenamtliche befähigen, Selbstverantwortung zu übernehmen. Ein besonderes Augenmerk ist zudem auf die Sicherung von Transparenz bei dem Gesamtprozess zu richten. Bewohnerschaft und auch die Angehörigen sind überfordert mit komplexen Strukturen und beklagen die Unklarheiten über die Zuständigkeiten und Regelungen.

- Die übergreifenden *Rahmenbedingungen* haben in den vergangenen Jahren einerseits die Entwicklung neuer Wohnformen vielfach ermöglicht. Neue Leistungsbausteine oder gezielte Förderungen haben die Dynamik in diesem Feld mit angeregt. Andererseits sind übergreifende Rahmenbedingungen nicht immer kompatibel mit den Anforderungen neuer Wohnformen. Es fehlt bei den leistungs- und ordnungsrechtlich Verantwortlichen teilweise an Klarheit, was die Besonderheiten neuer Wohnformen ausmacht und wie diese in den Regelungen zu berücksichtigen sind. Umfassende Aufklärung ist hier gefordert. Es gibt zudem vielfältige unklare und nicht aufeinander abgestimmte ordnungs- und leistungsrechtliche Regelungen. Weiter fehlt es an Finanzierungsmöglichkeiten, um die Besonderheiten neuer Wohnformen – nämlich Nutzerorientierung, Befähigung zur Selbstverantwortung, Koordination der geteilten Verantwortung – außerhalb von Förderung umzusetzen.

Gerade die Gewährleistung dieser Besonderheiten sollte im Rahmen der **Qualitätssicherungsdiskussion** zu neuen Wohnformen in den Mittelpunkt gerückt werden. Nicht die Sicherung von standardisierten Mindeststandards für die jeweils unterschiedlichen Wohnkonzepte und Wohnformtypen der neuen Wohnformen ist gefordert. Es bedarf Qualitätsanforderungen, die die Besonderheit neuer Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit berücksichtigen und Qualitätssicherungsverfahren, die Experimentierspielräume eröffnen und eine aktive Rolle der Akteure bei der Qualitätssicherung ermöglichen, um so die Ergebnisqualität neuer Wohnformen – wie sie das Modellprogramm nachweisen konnte – zu sichern.

## 10 Literaturverzeichnis

- Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. (2004): Forschungsbericht Teil III. Ergebnisse einer mündlichen Befragung von Leitungskräften ambulanter und (teil-)stationärer Einrichtungen zum Pflege-, Betreuungs- und Beratungsangebot für Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen (Altenhilfestrukturen der Zukunft), Bochum.
- 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.
- Amt für Soziale Sicherung München (2014) Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften, München.
- Andersen, C. K. et al. (2004): Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia, in: Health and Quality of Life Outcomes 2, Nr. 52, o. S.
- Arens-Azevedo, U./Behr-Völtzer, C. (2002): Ernährung im Alter, Lehrbuch Altenpflege, Hannover.
- Augurzky, B. et al. (2008): Pflegeheim Rating Report 2008 – Qualität und Wirtschaftlichkeit, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B. et al. (2013): Pflegeheim Rating Report 2013 – Ruhiges Fahrwasser erreicht, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- 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., Kuhlmei, 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 (Hrsg.) (2014): Pflege vor Ort gestalten und verantworten - Konzept für ein Regionales Pflegebudget, Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007): Ergebnisanalyse des Werkstatt-Wettbewerbs Quartier und Handlungsempfehlungen, Köln.
- 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.
- Beuth-Verlag (2006): DIN 77800:2006-09 Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform „Betreutes Wohnen für älter 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 Pflege gesunder 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.
- BMG (2017): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung.
- Böcken, J.; Braun, B.; Repschläger, U. (Hrsg.) (2013): Gesundheitsmonitor 2013 - Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, Gütersloh.
- 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).
- 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.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. (2002): Finanzierung von Wohnberatungsstellen, Berlin.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Hrsg.) (2014): Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung, Bonn.
- 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](http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/Demografie/demografiestrategie-langfassung.pdf?blob=publicationFile&v=2). (vom 06.03.2015).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.) (2017): Häufigste Fragen zum Bundesurlaubsgesetz (BTHG) vom 12. April 2017, Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Berlin.
- 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.) (2012a): Barrieren in Stadtquartieren überwinden, 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.

- COMPASS – Private Pflegeberatung (2010): Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf, COMPASS-Versichertenbefragung, Berlin.
- Cook R./Render, M./Woods, D. (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.
- Destatis (2017a): Pflegestatistik 2015, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergbnisse5224001159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergbnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile) (vom 18.05.2018).
- Destatis (2017b): Ausgaben der Sozialhilfe - Hilfe zur Pflege.
- 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](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 Institut für Vertrauen und Sicherheit im Internet (DIVSI) (2016): Ü60-Studie – Die digitale Lebenswelt der über 60-Jährigen in Deutschland, Hamburg.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum. DV 35/11 AF IV, Berlin.
- 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.
- 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.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2008): Arbeitstexte zur 7. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010a): 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.) (2010b): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung -Implementierung. Unter Mitarbeit von Andreas Büscher. Osnabrück: Hochschule Osnabrück.



- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe. 1. Aktualisierung 2013. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- 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.
- empirica ag & RWTH Aachen University (2017): Entwicklung von nachbarschaftsbezogenen Wohnkonzepten mit Quartierspflegekern. Berlin. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_wohnen\\_45f/projekttyp\\_c/2017-02-28\\_Endbericht\\_Quartierspflegekern.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/2017-02-28_Endbericht_Quartierspflegekern.pdf) (Zugriff am 11.07.2018).
- 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.

- Feil, N. (2013): Validation in Anwendung und Beispiele – Der Umgang mit verwirrten alten Menschen, Weinheim.
- Fischer, T./Dorschky, L./Horváth-Kadner, I. (2016): Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für alte Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen – Bedarfsermittlung und Konzeptentwicklung. Abschlussbericht. Dresden.
- Fischer, T./Worch, A./Nordheim, J./Wulff, I./Gräske, J./Meye, S./Wolf-Ostermann, K. (2011): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für alte, pflegebedürftige Menschen - Merkmale, Entwicklung und Einflussfaktoren, *Pflege* (2011), 24: 97–109.
- 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.
- 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.
- Gräske, J./Kuhlmey, A./Fischer, T./Wolf-Ostermann, K. (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.
- Grüner Haken für Verbraucherfreundliche Pflegeheime (2015): <http://www.vzbv.de/meldung/eingruener-haken-fuer-verbraucherfreundliche-pflegeheime>, vom 11.11.2015.
- Häcker, J./Hackmann, T. (2011): LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2000–2009, *Health Economics*, 21(12), 1427–1443.
- Häcker, J./Hackmann, T./Moog, S. (2009): Demenzkranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung - Ein intertemporaler Kostenvergleich, *Schmollers Jahrbuch*, 129(3), 445–471.
- Hackmann, T./Wölbing, R. (2014): Steigende Sozialausgaben – was die Kommunen schon heute tun können, *Prognos trendletter*, 1/2014.
- Harrington, C./Zimmerman, D./Karon, S./Robinson, J./Beutel, P. (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./Stemmer, R./Weidekamp-Maicher, M. (2016): Abschlussbericht – Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, Berlin.
- Heien, T./Kortmann, K./Schatz, C. (2007): Altersvorsorge in Deutschland 2005 – Forschungsprojekt im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Berlin: TNS Infratest Sozialforschung.
- Heinze, C. (2008): Sturzereignisse, in: Dassen, T. (Hrsg.): *Prävalenzerhebung 2008: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus*, Berlin.
- Heinze, C./Härlein, J./Huhn, S./Mai, M./Mühlberger, H./Nitsch, K./Rißmann, U./van Schayck, A./Simon, M./Ullmann, J./Schuldzinski, W./Walter, H./Weiß, J. (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.
- Heusel, C./Maurer, A./Oswald, F./Wahl, H. (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*
- Hulsker, H. (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung: Ein Anforderungsprofil. In: *Pflege* 14: 39–45.
- Institut Arbeit und Technik (IAT) & Zentrum für Türkeistudien und Integrationsforschung (ZfTI) (2017): Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten. Endbericht. Gelsenkirchen. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_wohnen\\_45f/projekttyp\\_c/2017\\_01\\_IAT-Endbericht\\_tuerkische\\_Migranten.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/2017_01_IAT-Endbericht_tuerkische_Migranten.pdf) (Zugriff am 11.07.2018).
- Institut für Gerontologische Forschung e. V. (2016): Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ) – Endbericht. Berlin. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_wohnen\\_45f/projekttyp\\_c/Endbericht\\_Pflege\\_45\\_Typ-C\\_SWuTiQ\\_final\\_20160715.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/Endbericht_Pflege_45_Typ-C_SWuTiQ_final_20160715.pdf) (Zugriff am 11.07.2018).
- Jann, A. (2015): Age-Wohnmatrix, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 02/2015 (48), 164–168.
- 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 Pflegenden*. 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.
- Klaes, L.; Raven, U.; Reiche, R.; Schüler, G.; Potthoff, P.; von Törne, I.; Schneekloth, U. (2004): *Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Lage.
- Klie, T. (2014): *Welfare-Mix - Elf Thesen*, in: *BBE-Newsletter* 4/2014, 1–5.
- Klie, T./Heislbetz, C./Schuhmacher, B./Keilhauer, A./Rischard, P./Bruker, C. (2017): *Ambulant betreute Wohngruppen – Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen – Abschlussbericht*, Bonn/Freiburg.

- Klie, T./Schuhmacher, B. (2008): Teilhabe sichern – Verantwortung teilen, in: *Altenheim*, 47(5), 18–22.
- Koch, H. (2014): Privatheit, in R. Ammicht Quinn (Ed.), *Sicherheitsethik* (pp. 125–134). Wiesbaden.
- Koczy, P. (2008): Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern: Abschlussbericht zum Modellvorhaben, Stuttgart, Freiburg.
- Kohlmeier, K. (2004): Dossier Übertragbarkeit von Projektansätzen – gute Modelle machen Schule – Wissenstransfer als Projektauftrag, in: *Leaderforum* 3/2004, Berlin, S. 21–25.
- Korte-Pötters, U./Wingenfeld, K./Heitmann, D. (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.
- Krichbaum, K./Pearson, V./Savik, K./Mueller, C. (2005): Improving resident outcomes with GAPN organization level interventions, in: *Western Journal of Nursing Research*, 27(3), 322–337.
- 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 angenommen 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./Gühne, M./Buscher, H. (2012): Armut im Alter – Ursachenanalyse und eine Projektion für das Jahr 2023, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 232/1, 61–83.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2013): *Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen*. Köln.
- 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./Loss, K./Stachowiak, J./Weigel, R./Schulz, J./Bölting, T./Hoffmann, S./Michel, L. (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.
- Maier et al. (2010): The Quality of Pain Management in German Hospitals. *Deutsches Ärzteblatt International* 107, Nr. 36, 607–614.
- 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.) (2009): *Qualitätsprüfungs-Richtlinien. MDK-Anleitung. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege*, Essen/Berlin.
- 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](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/Fachinfo_PSGII_web_neu_Feb_2017.pdf)).
- Mehnert, T./Kremer-Preiß, U. (2014): *Nachhaltigkeit und Finanzierung. Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.)*, Köln.
- Menner, H. (2004): *Aktivierende und Reaktivierende Pflege*, in: Thür, G. (Hrsg.): *Professionelle Altenpflege. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Wien, New York, S. 23–50.
- Merkur (2017): *Sparwelle im Altenheim: Senioren sind sauer*, abrufbar unter <https://www.merkur.de/lokales/fuerstenfeldbruck/sparwelle-im-altenheim-senioren-sind-sauer-8319120.html>.
- Michell-Auli, P./Kremer-Preiß, U. (2013): *Quartiersentwicklung – KDA-Ansatz und kommunale Praxis*, hrsg. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Mitchell, L./Burton, E./Raman, S. (2003): 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.) (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.
- Nordbayerischer Kurier (2014): Vorwürfe gegen Senivita, <https://www.nordbayerischer-kurier.de/inhalt.heimbetreiber-wandelt-stationaere-in-ambulante-pflege-um-chef-vorgehen-legitim-vorwurfe-gegen-senivita.03cd9400-cc59-4acf-ba15-be771e9e0e04.html>, <https://www.presseportal.de/pm/75892/2871842>.
- 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./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.
- Oswald, F./Naumann, D./Schilling, O./Wahl, H. (2005): Selbständig wohnen in sehr hohen Alter – Ergebnisse aus dem Projekt ENABLE-AGE, Frankfurt am Main.
- Oswald/Wahl (2016): Alte und neue Umwelt des Alterns – Zur Bedeutung von Wohnen und Technologie für Teilhabe in der späten Lebensphase“, in Naegele, G., Olbermann, E., Kuhlmann, A. (Hrsg.): *Teilhabe im Alter gestalten*, Wiesbaden: 113–129.
- Otto, U./Bauer, P. (2004): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen, in: Thiersch, Hans und Grundwald, Klaus (Hrsg.): *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit*, Weinheim, München, S. 195–212.
- Pawlik, M. (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 (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](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html) (vom 12.11.2015).
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 32), Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen.
- Rothgang H./Müller, R./Runte, R./Unger, R. (2017): Barmer Pflegereport 2017: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse
- Rothgang, H./Müller, R./Mundhenk, R./Unger, R. (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. (2001): Ältere Menschen im Betreuten Wohnen, Augsburg.
- Saup, W./Eberhard, A. (2005): Umgang mit Demenzkranken im Betreuten Wohnen: Ein Konzeptgeleiteter Ratgeber, Augsburg.
- Saup, W./Eberhard, A./Huber, R./Koch, K. (2004): Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen, Augsburg.
- Schaeffer, D./ Moers, M./ Steppe, H./ Meleis, A. (2008): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern.



- Schäufele, M. et al. (2008): *Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Qualitätsniveaus in der stationären Altenpflege: Vo. 1, Heidelberg.*
- Schilder, M. (2007). *Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege: Eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktionen und ihrer Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegende (1st ed.). Reihe Pflegewissenschaft, Bern.*
- 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./Köstler, U./Langenhorst, F./Marks, H. (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.*
- Seghezzi, H./Fahrni, F./Herrmann, F. (2007): *Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz, München.*
- Serrano, J./Latorre, J./Gatz, M./Montanes, J. (2004): *Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology, in: Psychology and Aging, 19(2), 272–277.*
- Sirsch, E. (2012): *Schmerzerfassung bei kognitiv eingeschränkten Patienten. Forum Onkologische Pflege, 2 (3), 42-44.*
- 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./Wiest, M./Wurm, S./Huxhold, O. (2013): *Einsamkeitstrends in der zweiten Lebenshälfte. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46 (3), S. 237–241.*
- 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.*
- 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>.*
- Universität zu Köln (2017): *Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen. Endbericht. Ein mehrdimensionaler partizipatorischer Forschungsan-*

- satz zur Entwicklung kultursensibler Wohnmodelle. Köln. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte\\_wohnen\\_45f/projekttyp\\_c/Endbericht\\_Pflege\\_45\\_Typ-B\\_InWo-AB.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/Endbericht_Pflege_45_Typ-B_InWo-AB.pdf) (Zugriff am 11.07.2018).
- 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.
- Viehweger, A./Karmann, A./Uhlmann, M. (2015): Selbständiges Wohnen bis ins hohe Alter – eine volkswirtschaftliche Analyse.
- Voigt-Radloff, S. et al. (2004): Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Älteren, Teil I Fragestellung, Recherche-Strategien und methodische Qualität der Studie, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(6), 444–449.
- 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.
- Williams, S. et al. (2005): Characteristics associated with mobility limitation in long-term care residents with dementia, in: *The Gerontologist* 45(1): 62–67.
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 03–124, Bielefeld.
- Wingenfeld, K./Schaeffer, D. (2001): Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34(2), 140–146.
- Wingenfeld, K./Engels, D. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht, Bielefeld, Köln.
- Wingenfeld, K./Schnabel, E. (2002): Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Im Auftrag des Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Wolf-Ostermann, K./Worch, A./Gräseke, J. (2012): Berliner Beiträge zu Bildung, Gesundheit und Sozialer Arbeit, Band 11, *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz*, Berlin.
- Wolf-Ostermann, K./Gräseke, J. (Hrsg.) (2014): *Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung*, Stuttgart.
- World Health Organization (WHO) (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.



# 11 Anhang

## 11.1 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)
<b>Wohnqualität</b>	
<b>Wohnung/Wohnanlage</b>	
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
Eigenes Zimmer bzw. individuelle Rückzugsmöglichkeiten (nach Möglichkeit vorhanden)	Pflegecharta (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2014), Generali Zukunftsfonds 2012

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Wohnqualität</b>	
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

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Wohnqualität</b>	
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
<b>Wohnumfeld</b>	
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

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Pflegequalität</b>	
<b>Hilfen beim Erhalt elementarer Fähigkeiten</b>	
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
<b>Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen</b>	
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)
<b>Pflegequalität</b>	
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 2010a), 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 2010b), 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)

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Pflegequalität</b>	
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)
<b>Konzept/Organisation</b>	
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)

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Pflegequalität</b>	
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
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

Merkmale	Quelle(n)
<b>Pflegequalität</b>	
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
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, Demenzkrankte 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

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Pflegequalität</b>	
Koordination (Hybridmanagement) verschiedener Akteure	Klie et al. 2017

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Allgemeine Versorgungsqualität</b>	
<b>Info/Beratung</b>	
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
<b>Alltagshilfen</b>	
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

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Allgemeine Versorgungsqualität</b>	
Organisation der Alltagshilfen/hauswirtschaftlichen Dienste (möglichst sachgemäß)	Crößmann & Börner 2005
Organisation von Versorgungsprozessen (möglichst sachgemäß)	Ergebnisse zum trägerinternen Qualitätsmanagement 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)
<b>Betreuung/Begleitung</b>	
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, Kuhlmei & 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

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Finanzierbarkeit aus Nutzerperspektive</b>	
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
<b>Wirtschaftlichkeit aus betriebswirtschaftliche Sicht</b>	
Kostendeckung (nach Nutzergruppen, Preisniveau, Auslastung)	Augurzky et al. 2013
Wirtschaftlichkeit auch nach Anpassung der Versorgungsangebote unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen	Augurzky et al. 2008
<b>Volkswirtschaftliche Perspektive im Kontext der sozialen Sicherungssysteme</b>	
Perspektive der Sozialen Sicherungssysteme (Finanzierbarkeit für soziale Sicherungssysteme bei Verbreitung)	BBSR 2014; Prognos 2014a; Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009b
Ressourceneinsatz (personell, finanziell) in Relation zu den Kosten (möglichst effizient)	Bertelsmann-Stiftung 2014; Prognos 2014b

## Evaluationskriterium 4: Nachhaltigkeit

<b>Merkmale</b>	<b>Quelle(n)</b>
<b>Finanzielle Nachhaltigkeit</b>	
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
<b>Rechtliche Nachhaltigkeit</b>	
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
<b>Organisatorische Nachhaltigkeit</b>	
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
<b>Personelle Nachhaltigkeit</b>	
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



## 11.2 Merkmale zur Wohnformtypisierung

### Merkmale „Selbstständigkeit durch Versorgungssicherheit“

Bereiche	Merkmale
<b>Mobilität</b>	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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)</li><li>• 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)</li><li>• Vollständige Ausstattung der Wohnung ist gewährleistet (eigener Wohn-/Schlafbereich/Küche/Sanitärbereiche)</li><li>• Zugang zu Freibereichen ist individuell möglich</li><li>• Barrierearme Wohnumfeldgestaltung im 500 m Umkreis besteht (mit folgende Kennzeichen: Sitzgelegenheiten, öffentliche Toiletten, weitgehend stufenlose Wegegestaltung, Querungshilfen bei stark befahrenen Straßen, barrierearme ÖPNV-Haltestellen, Orientierungshilfen)</li><li>• Infrastrukturelle Versorgung gesichert (mit folgenden Angeboten: Einkaufsmöglichkeiten, ÖPNV-Haltestelle, Finanzdienstleister, Apotheken/Arzt, Begegnungsmöglichkeiten im Umkreis von 500 m)</li></ul>
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mobilitätsangebote im Wohnprojekt vorhanden (Fahrdienste) oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden</li><li>• Aktivitätsfördernde Angebote im Wohnprojekt vorhanden oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden (Begleit-/Besuchsdienste)</li><li>• Beratung zur barrierearmen Wohnungs-/Zimmeranpassung ist durch das Wohnprojekt gewährleistet oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden</li></ul>
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selbstständigkeitsförderung/Mobilitätsförderung ist Teil des Leitbildes/Betreuungskonzeptes</li><li>• Konzept zur Sturzprophylaxe liegt vor</li><li>• Mitarbeiter-Anleitung zur Förderung der Selbstständigkeit erfolgt</li></ul>

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

Bereiche	Merkmale
<b>Sicherung der Selbstversorgung</b>	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>Technische Vorkehrung zur Aufschaltung von Notrufsystemen ist vorhanden</li> <li>Räumlichkeiten für Beratung (Servicebüro) sind bei Bedarf im Wohnprojekt vorhanden</li> <li>Technische Hilfen (AAL) zur Sicherung der Selbstversorgung sind im Wohnprojekt vorhanden oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe sichergestellt werden</li> </ul>
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>(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</li> <li>Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden durch eigene Mitarbeitende im Wohnprojekt erbracht (Hilfen zur Gestaltung des Tagesablaufs, Aktivierung zu Beschäftigungen) oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden</li> <li>Rund-um-die Uhr-Betreuung wird durch das Wohnprojekt gesichert</li> </ul>

Bereiche	Merkmale
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<p data-bbox="651 416 1445 443">oder kann bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="603 488 1453 551">• Tagespflegeangebote sind im Wohnprojekt vorhanden oder können bei Bedarf vermittelt und durch Externe erbracht werden</li> <li data-bbox="603 595 1474 658">• Nachtpflege/-betreuung wird im Wohnprojekte erbracht oder kann bei Bedarf vermittelt werden und durch Externe erbracht werden</li> <li data-bbox="603 703 1477 766">• Kurzzeitpflegeangebote ist im Wohnprojekt gesichert oder können bei Bedarf vermittelt werden und durch Externe erbracht werden</li> <li data-bbox="603 810 1481 873">• Notfallversorgung ist sichergestellt: durch Rufbereitschaft mit eigenem Personal oder durch externe Notrufsicherung</li> <li data-bbox="603 918 1469 1003">• Anleitung zum Umgang mit Notrufsicherung erfolgt regelmäßig durch eigene Mitarbeitende des Wohnprojektes oder durch externe Dienstleister</li> <li data-bbox="603 1048 1461 1133">• Beratung zu Hilfen der Selbstversorgung erfolgt durch Mitarbeitende des Wohnprojektes oder kann vermittelt werden und durch Externe erbracht werden</li> <li data-bbox="603 1178 1490 1240">• Anleitung von Betreuungspersonen durch Mitarbeitende des Wohnprojektes</li> <li data-bbox="603 1285 1474 1348">• „Schwerste und besondere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit“ sind kein Ausschluss-/Umzugskriterium im Wohnkonzept</li> <li data-bbox="603 1393 1177 1420">• Eigenes Pflege-/Betreuungskonzept liegt vor</li> <li data-bbox="603 1464 1485 1590">• 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)</li> <li data-bbox="603 1635 1430 1697">• Systematische Pflegeprozesssteuerung erfolgt (nach dem PDCA-Zyklus)</li> <li data-bbox="603 1742 1445 1805">• Eigenes internes Qualitätsmanagement ist vorhanden oder wird erstellt</li> <li data-bbox="603 1850 1458 1912">• Systematische Einbindung von Angehörigen/regelmäßige Angehörigenarbeit erfolgt</li> <li data-bbox="603 1957 1481 2020">• Konzept zur Hilfemixgestaltung liegt vor (Systematische Arbeit mit Ehrenamtlichen, Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern)</li> </ul>

Bereiche	Merkmale
<b>Sicherung der Selbstversorgung</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept für ein Hybridmanagement zur Stärkung der Selbstorganisation liegt bei Bedarf vor (zur Abstimmung der Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure)</li> <li>• Fachliche Pflege und Betreuung wird durch Fachkräfte gesichert</li> </ul>
Bereiche	Merkmale
<b>Bewältigung krankheits- oder therapiebedingter Anforderungen</b>	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Räumlichkeiten für therapeutische Angebote sind bei Bedarf im Wohnprojekt vorhanden</li> </ul>
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlungspflegerische Leistungen § 37 SGB V (z. B. Medikamenteneingabe, Blutdruckmessung, Wundversorgung, Injektionen, Inkontinenzversorgung ...) werden von eigenen Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können vermittelt werden.</li> <li>• Hilfen bei allgemeiner Erkrankung zur Alltagsversorgung zu Hause und bei Krankenhausaufenthalten werden von eigenen Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können vermittelt werden.</li> <li>• Therapeutische Angebote sind im Wohnprojekt vorhanden (z. B. Angebot an Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) oder können bei Bedarf vermittelt werden</li> </ul>
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein systematisches Schmerzmanagement wird von Mitarbeitenden des Wohnprojektes angewendet</li> <li>• Die Berücksichtigung von Expertenstandards bei pflegerischen Tätigkeiten durch Mitarbeitende des Wohnprojektes erfolgt (Ernährungsmanagement, Dekubitusprophylaxe, Sturzprophylaxe, Chronischer Wunden, Kontinenzförderung, pflegerisches Schmerzmanagement Akut/chronisch)</li> </ul>

Bereiche	Merkmale
<b>Gestaltung des Alltagslebens</b>	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Räumlichkeiten für Beratung/Servicebüro/ Quartiersstützpunkt bei Bedarf sind im Wohnprojekt vorhanden</li> </ul>
Anforderungen an das Versorgungsangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Beratung zu Alltagshilfen wird von Mitarbeitenden des Wohnprojektes gesichert</li> <li>• Präsenzkkräfte/Betreuungskräfte zur Organisation des Alltagslebens sind regelmäßig angepasst an den Bedarf im Wohnprojekt vorhanden (täglich vor Ort)</li> <li>• 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</li> <li>• Folgende (nicht verordnete) Alltagshilfen werden von Mitarbeitenden des Wohnprojektes erbracht oder können vermittelt werden <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wäschedienste</li> <li>○ Mahlzeitendienste</li> <li>○ Einkaufsdienste</li> <li>○ Wohnungsreinigungsdienste</li> <li>○ Reparaturdienste</li> <li>○ Begleitung bei Behördenangelegenheiten</li> </ul> </li> </ul>
Anforderungen an die Konzeption/ organisatorische Steuerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation/Vernetzung mit externen Dienstleistern im Sozialraum zur Sicherung der Alltagsversorgung erfolgt</li> <li>• Aktivierung örtlicher Ressourcen/Ehrenamtsarbeit erfolgt</li> <li>• Hilfemixgestaltung ist im Betreuungskonzept geregelt</li> </ul>

## Merkmale „Lebensweltorientierung durch Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“

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

Bereiche	Merkmale
<b>Vertragliche Regelungen zur Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung</b>	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trennung von Wohnungs- und Pflege-/Betreuungsanbieter ist gegeben</li> <li>• Wählbarkeit der Leistungen (außer allgemeine Betreuungsleistungen) ist gegeben</li> <li>• Wählbarkeit der Dienstleister ist gegeben</li> <li>• Hausrecht liegt bei der Bewohnerschaft (Abschließbarkeit der Wohnung/Zimmer, Unzugänglichkeit der Wohnungsschlüsse für Unbefugte (Schlüsselkasten), keine speziellen Räumlichkeiten für Pflegedienste)</li> </ul>

Bereiche	Merkmale
<b>Organisatorische Regelungen zur Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung</b>	
Anforderungen an das Wohnangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewohnerschaft organisiert selbst das Wohnprojekt/Eigene Haushaltsführung durch Bewohnerschaft ist gegeben</li> <li>• (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft bei Auswahl der Mitbewohnerschaft ist gewährleistet</li> <li>• (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft über Haushaltsführung/Alltagsgestaltung ist gewährleistet</li> <li>• (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft über die Wohnraumgestaltung ist gewährleistet</li> <li>• (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft bei der Berücksichtigung individueller Gewohnheiten/Bedürfnisse ist gewährleistet</li> <li>• (Mit-)Bestimmung bei der personellen Besetzung</li> <li>• (Mit-)Bestimmung der Bewohnerschaft über die Art der Beteiligungs-/Engagementmöglichkeiten ist gewährleistet</li> <li>• Selbstverwaltung der Gemeinschaftsräume und Finanzmittel durch die Bewohnerschaft ist gegeben</li> <li>• Selbstverwaltungsgremium (Bewohnerbeirat, Auftraggebergemeinschaft) besteht</li> </ul>

Bereiche	Merkmale
<b>Organisatorische Regelungen zur Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal zur Sicherung der Selbstbestimmung ist im Wohnprojekt vorhanden (Präsenzkkräfte, Quartiersmanagement, Betreuungskräfte)</li> </ul>

### Merkmale „Teilhabe durch soziale Einbindung“

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



## 11.3 Neue Wohnformtypisierung im Vergleich zur ursprünglichen Wohnformtypisierung

### Projekttyp A

Nummerierung	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
1	Alles unter einem Dach - Das Döbelner Modell	Typ 4	3. Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	Wohnungsgenossenschaft "Fortschritt" Döbeln eG	Döbeln/Sachsen
2	AmaryllisPLuS. Pflegen, Leben und Selbstgestalten im Quartier	keine Typisierung, Projekt ausgeschieden	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Amaryllis eG	Bonn/Nordrhein-Westfalen
3	Ambulant betreuter Wohnverbund in Kassel-Rothenditmold	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	Heilhaus Kassel gGmbH	Kassel/Hessen
4	Betreutes Wohnen Plus - Entwicklung eines intensivierten niedrighschwelligigen Betreuten Wohnens als Alternative zum Pflegeheim mit individueller Betreuungsintensität	Typ 1	2. Betreutes Wohnen/Wohnen mit Service	Seniorenzentrum Martha-Maria Wüstenrot	Wüstenrot/Baden-Württemberg
5	Chancen für ein gutes Leben - Lebenslanges Wohnen in meinem Quartier	Typ 3	5. Integrierte Konzepte	Hohenlimburger Bauverein eG	Hagen-Hohenlimburg/Nordrhein-Westfalen
6	dehaam - hil-	Typ 3	5. Integrierte Konzepte	Wohnbau Mainz GmbH	Mainz, Pirmasens, Kaisers-

Nummerierung	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
	fe.allen.allzeit.mobil				lautern/Rheinland-Pfalz
7	Dement im Quartier - Wohnen, leben, teilhaben	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	APD Ambulante Pflegedienste Gelsenkirchen GmbH	Gelsenkirchen/Nordrhein-Westfalen
8	DUALIS: Daheim und nicht allein mit Versorgungssicherheit - Sozial-technischer Betreuungsdienst für alleinstehende und demenzerkrankte Menschen	Typ 2	3. Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	Hauspflegeverein Solingen e.V.	Solingen/Nordrhein-Westfalen
9	Ein Dorf hilft sich selbst - wohnen und leben im Quartier	keine Typisierung, Projekt ausgeschieden	5. Integrierte Konzepte	Soziales Netzwerk Ortenberg e. V. (SoNO)	Ortenberg/Baden-Württemberg
10	Entwicklung neuer Wohnformen im Dekanat Meißen	Typ 4	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Caritasverband Meißen e.V.	Meißen/Sachsen
11	Gemeinsam planen, bauen, wohnen, leben im Neubaugebiet "Am Wiesbach"	keine Typisierung, Projekt ausgeschieden	5. Integrierte Konzepte	Ortsgemeinde Gensingen	Gensingen/Rheinland-Pfalz
12	Gillenfeld - auf dem Weg in die sorgende Gemeinschaft	Typ 3	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Genossenschaft am Pulvermaar - eine sorgende Gemeinschaft eG	Gillenfeld/Rheinland-Pfalz
13	Haus Teresa - Gemeindeintegriertes Wohnprojekt für das	Typ 3	6. Vollstationäre Pflege	Franziskanerbrüder vom Heiligen Kreuz	Asbach/Rheinland-Pfalz

Nummerierung	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
	Quartier Asbach				
14	Inklusive Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz mit und ohne geistige Behinderung - Inklusives Wohnen im Alter	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Nachbarschaftsheim Schöneberg Pflegerische Dienstleistungen GmbH	Berlin
15	Kölner Modell - Perspektiven und Unterstützungsstrukturen für Wohngemeinschaften mit Auftraggebergemeinschaft	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Wohnkonzepte Schneider gemeinnützige GmbH	Köln/Nordrhein-Westfalen
16	Neubau eines barrierefreien Gebäudekomplexes mit seniorengerechten und pflegenahen Wohnungen, umrüstbar zu Pflegeplätzen "Pflegenahes Wohnen"	keine Typisierung, Projekt ausgeschieden	5. Integrierte Konzepte	Hospitalstiftung zum Heiligen Geist	Kaufbeuren/Bayern
17	Neue Wege und Konzepte für die Zukunft pflegebedürftiger Menschen - Entwicklung unter Beteiligung bisheriger und zukünftiger Nutzerinnen und Nutzer	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	Ev. Diakoniestiftung Herford	Herford und Spen-ge/Nordrhein-Westfalen

Nummerierung	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
18	Paradigma Hausgemeinschaft?! - Weiterentwicklung der stationären Versorgung im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (PaHaNeu)	Typ 5	6. Vollstationäre Pflege	Evangelisches Johanneswerk	Bielefeld/Nordrhein-Westfalen
19	Pflege@Quartier	Typ 4	3. Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	GESOBAU AG	Berlin
20	Selbstbestimmt Wohnen mit MS: In den eigenen Wänden mit Versorgungssicherheit	Typ 3	1. Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen	doMS e. V.	Köln/Nordrhein-Westfalen
21	Selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaft für türkischsprachige Menschen mit Pflegebedarf	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft mbH	Stuttgart/Baden-Württemberg
22	Vernetztes Wohnen im Quartier trotz Demenz (QuoVadis)	Typ 3	3. Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	Berne/Niedersachsen
23	Weiterentwicklung der stationären Pflege: Ambulantisierung der Hausgemeinschaften	Typ 1	6. Vollstationäre Pflege	BeneVit Holding GmbH	Mössingen/Baden-Württemberg

<b>Nummerierung</b>	<b>Name</b>	<b>Neue Wohnformtypisierung</b>	<b>Alte Wohnformtypisierung</b>	<b>Träger</b>	<b>Ort</b>
24	Wir bleiben daheim - Wohnen im Verbund zuhause und mitten im Stadtteil	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	Diakonisches Werk an der Saar gGmbH	Saarbrücken-Brebach/Saarland
25	Wohnkonzept für pflegebedürftige Menschen und ihre Partnerinnen bzw. Partner (Paarwohnen)	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Albatros gGmbH	Berlin

## Projekttyp B

	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
26	24 h Versorgung/ Pflege im Quartier	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	In der Heimat wohnen GmbH	Bamberg/Bayern
27	Altern gestalten in Gemeinschaft – Leben und Wohnen in St. Alban Bodenheim	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Caritas-Altenhilfe St. Martin Rheinhessen gGmbH	Bodenheim/Rheinland-Pfalz
28	Aufbau eines Qualitäts-Management-Systems für die Organisation der ambulant betreuten Senioren- Wohngemeinschaft Künersberg (Gemeinde Memmingerberg)	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Familiengesundheit 21 e. V.	Memmingen/Bayern
29	Begleitendes Servicewohnen „ZusammenHalt“	Typ 1	2. Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service	Caritas Alten- und Krankenhilfe Brilon gGmbH	Brilon/Nordrhein-Westfalen
30	Leben im Quartier – Wohnen für Generationen	Typ 3	5. Integrierte Konzepte	piano e. V.	Kassel/Hessen
31	LebensZeitLeiwien - Aufbau von Strukturen zum Quartiersmanagement im ländlichen Bereich	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	Club Aktiv e. V. Trier	Trier/Rheinland-Pfalz
32	SeWoGe Merkelbach (Seniorenwohngemeinschaft in Mer-	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender	Ortsgemeinde Merkelbach	Merkelbach/Rheinland-Pfalz

	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
	kelbach)		Versorgungssicherheit		
33	Skipper	Typ 2	3. Weiterentwicklung des Wohnens in der angestammten Häuslichkeit	Caritasverband für Ostthüringen e. V.	Gera/Thüringen

### Projekttyp C

	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
34	Entwicklung von nachbarschaftsbezogenen Wohnkonzepten mit Quartierspflegekern			empirica ag	Berlin
35	Gemeinsam zuhause? Birlikte evde? Wohnalternativen für pflegebedürftige türkische Migrantinnen und Migranten			Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen	Gelsenkirchen, Essen/Nordrhein-Westfalen
36	Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen - Ein mehrdimensionaler partizipatorischer Forschungsansatz zur Entwick-			Universität zu Köln	Köln/Nordrhein-Westfalen

	<b>Name</b>	<b>Neue Wohnformtypisierung</b>	<b>Alte Wohnformtypisierung</b>	<b>Träger</b>	<b>Ort</b>
	lung kultursensibler Wohnmodelle				
37	Öffnung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für Menschen aus benachteiligten Bevölkerungsgruppen – Bedarfsermittlung und Konzeptermittlung			Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung an der Evangelischen Hochschule Dresden gGmbH	Dresden/Sachsen
38	Selbstbestimmt Wohnen und Teilhaben im Quartier (SWuTiQ)			Institut für Gerontologische Forschung e. V.	Berlin



## Projekttyp D

	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
39	ALPHA gGmbH - Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Duisburg-Homberg	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	ALPHA gGmbH Demenzkompetenzzentrum	Duisburg/Nordrhein-Westfalen
40	Ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Stiftung Hospital St. Elisabeth	Eschwege/Hessen
41	Ambulant betreute Wohngemeinschaft im Lorenz-Werthmann-Haus	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Caritasverband für Stadt und Landkreis Göttingen e. V.	Duderstadt/Niedersachsen
42	Ambulante Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Caritasverband Geldern-Kevelaer e.V.	Geldern/Nordrhein-Westfalen
43	ASB-Seniorenhaus Stralsund Ganzheitliches Leben und Wohnen im Alter	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband NORD-OST e. V.	Stralsund/Mecklenburg-Vorpommern
44	Das Sternenhaus - ein kirchliches Wohnhaus für alte Menschen im Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT Halberstadt	Typ 1	5. Integrierte Konzepte	Diakonissen-Mutterhaus CECILIENSTIFT	Halberstadt/Sachsen-Anhalt

	Name	Neue Wohnformtypisierung	Alte Wohnformtypisierung	Träger	Ort
45	Demenz-WG Edelweiß	Typ 3	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Caritasverband München und Freising e. V./ Caritaszentrum München-Nord	München/Bayern
46	Evaluation von ambulant betreuten Wohngemeinschaften	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Volkssolidarität Regionalverband Prignitz-Ruppin	Wittstock/Brandenburg
47	Hausgemeinschaft für Menschen mit Handicap	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	AHK Pflegeteam GmbH	Berlin
48	SeniVita Altenpflege 5.0	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	SeniVita Sozial gGmbH	Bayreuth/Bayern
49	Tagesbegleitung für Menschen mit einer Demenzerkrankung im Wohnstift Niederursel	Typ 1	2. Betreutes Wohnen/ Wohnen mit Service	St. Katharinen- und Weißfrauenstift	Frankfurt/Hessen
50	Villa Ostenallee	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Gerdas Pflegedienst GmbH	Hamm (Westf.)/Nordrhein-Westfalen
51	Wohnen und Leben "Im Krümmel"	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Katharina und Dirk Brettschneider	Engelskirchen/Nordrhein-Westfalen
52	Wohngemeinschaft Tanger-	Typ 5	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender	Vita Amare GmbH	Tangermünde/Sachsen-

	<b>Name</b>	<b>Neue Wohnformtypisierung</b>	<b>Alte Wohnformtypisierung</b>	<b>Träger</b>	<b>Ort</b>
	müde		Versorgungssicherheit		Anhalt
53	Wohngruppe Hofgarten	Typ 1	4. Ambulante Wohnformen mit umfassender Versorgungssicherheit	Betriebsgesellschaft Senioren-Wohnsitz Ratzeburg GmbH & Co. KG	Ratzeburg/Schleswig-Holstein