

Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI

Abschlussbericht

Auftraggeber:

Vertragsparteien nach § 113 SGB XI koordiniert durch den Verein Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege e.V.

Verantwortliche Autoren:

Karin Wolf-Ostermann, Ursula Kremer-Preiß, Tobias Hackmann

Mitautoren:

Kathrin Seibert, Susanne Stiefler, Thorsten Mehnert, Miriam Bahr, Laura Sulzer, Gwendolyn Huschik, Sören Mohr

Studienkoordination:

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann

Universität Bremen
Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)
Grazer Str. 4
28359 Bremen
Tel.: +49 (0)421 218-68960
E-Mail: wolf-ostermann@uni-bremen.de

Kooperationspartner:

Ursula Kremer-Preiß

Fachbereich Wohnen und
Quartiersgestaltung
Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
Regionalbüro Köln
Gürzenichstrasse 25
50667 Köln
Tel.: +49 30 / 2218298 - 38
E-Mail: ursula.kremer-preiss@kda.de

Dr. Tobias Hackmann

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 23
79100 Freiburg
Tel.: +49 (0)761 766 11 64 802
E-Mail: tobias.hackmann@prognos.com

Studienteam:

Kathrin Seibert (IPP)
Susanne Stiefler (IPP)
Miriam Bahr (KDA)
Thorsten Mehnert (KDA)
Laura Sulzer (Prognos AG)
Gwendolyn Huschik (Prognos AG)
Sören Mohr (Prognos AG)

Unter Mitarbeit von:

Teresa Witzke, Benedikt Preuß (IPP)

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung

Die intensive Diskussion der Umsetzungsprobleme neuer Wohnformen hat in den vergangenen Jahren zum Teil den Blick darauf verstellt, zu prüfen, ob diese jeweils bedarfsgerecht sind und als Wohn- und Versorgungsform die notwendigen qualitativen Anforderungen für Pflegebedürftige erfüllen. Mit zunehmender Verbreitung neuer Wohnformen wird eine Systematisierung der Qualitätsdiskussion, die den besonderen Anforderungen verschiedener Wohnformtypen gerecht wird, erforderlich. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass mit dem Anfang 2017 in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige damit beauftragen, ein bundesweites Konzept und Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI zu entwickeln und zu erproben. Dieser Abschlussbericht beschreibt die von August 2017 bis Juni 2018 von der Universität Bremen in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe und der Prognos AG durchgeführten Entwicklungsschritte und Ergebnisse der „ersten Testung“ eines Instruments zur Qualitätsberichterstattung, zur Beratung und zur internen und externen Qualitätssicherung.

Methodisches Vorgehen

Zur Entwicklung eines Instruments zur Qualitätsberichterstattung und Qualitätssicherung kam ein mehrstufiges Verfahren unter Einbezug qualitativer und quantitativer Methoden zur Anwendung. Zunächst erfolgten eine Aufarbeitung des Bezugsrahmens und eine Abbildung bestehender Rahmenbedingungen sowie eine Typisierung neuer Wohnformen auf Basis der Auswertung von Literatur zum Spektrum neuer Wohnformen. Zur Bestimmung relevanter Qualitätsmerkmale, -kriterien, -anforderungen und Versorgungsauscomes in neuen Wohnformen wurden eine Leitfadenganalyse und eine Literaturrecherche durchgeführt sowie mittels einer Aufarbeitung des ordnungs- und leistungsrechtlichen Rahmens bestehende Regelungen abgebildet. In einer bundesweiten Online-Befragung von Akteuren in Angeboten neuer Wohnformen (n=166) wurden Erfahrungen und Meinungen zu Qualitätsmerkmalen und damit verbundenen Herausforderungen erhoben. Experten- und Praktikerworkshops mit Vertreterinnen und Vertretern des MDK, Krankenkassen, Heimaufsichten, Wohnaufsichtsbehörden sowie Praktikerinnen und Praktikern (n=24) wurden zur Einschätzung der Relevanz der Qualitätsmerkmale, zur Ermittlung möglicher Indikatoren und zur Bewertung und Gestaltung möglicher Qualitätssicherungsverfahren eingebunden. Eine weitere Literaturrecherche zur Identifikation von Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale diente, zusammen mit den bis dahin erarbeiteten Ergebnissen, der Auswahl von Qualitätsmerkmalen, -kriterien und -indikatoren. Die Auswahl der Qualitätsindikatoren folgte der Methode des nominalen Gruppenkonsenses, deren Ergebnis die Erstellung einer exemplarisch zu testenden Version des Qualitätsinstruments war. In einer ersten explorativen Felderprobung des Instrumentes in Angeboten neuer Wohnformen (n=5) sowie mit drei Vertreterinnen und Vertretern von Beratungsinstitutionen und Prüfinstanzen beurteilten die Teilnehmenden die Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit, Praktikabilität und Datenverfügbarkeit der Indikatoren. Auf der Grundlage dieser Untersuchungsschritte und unter Hinzuziehung juristischer Expertise wurde ein Vorschlag für ein Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen erarbeitet, das in diesem Abschlussbericht vorgestellt wird.

Bei der nachfolgenden zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse wird immer wieder auch Bezug auf die methodische Vorgehensweise genommen, weil der Weg der prozesshaften Erstellung des Konzeptes letztlich das zentrale Ergebnis der Untersuchung ist.

Ergebnisse

Entwicklungsstand neuer Wohnformen

Zu Beginn der Untersuchung wurde das breite Feld der „neuen ambulanten Wohnformen“ – von Mehrgenerationenwohnprojekten, über Betreutes Wohnen oder Servicewohnen bis hin zu ambulanten Pflegewohngemeinschaften, ambulantiserten Einrichtungen oder Quartierskonzepten – beschrieben, da hierzu derzeit keine umfassenden Systematisierungen vorliegen. Es wurde die konzeptionelle Vielfalt dargelegt und eine Zuordnung in vier Wohnformtypen vorgenommen. Ebenso wurde versucht, deren Verbreitung zu quantifizieren – wobei die vorgenommenen Schätzungen nur eine grobe Orientierung geben können. Nach den ausgewerteten Quellen kann davon ausgegangen werden, dass aktuell zwischen 50.000 und 100.000 Pflegebedürftige einen Wohnortwechsel vorgenommen haben und in neuen Wohnformen leben. Ebenso wurden Ergebnisse zu bisher nachgewiesenen Versorgungsauscomes neuer Wohnformen zusammengetragen. Die Analyse nationaler und internationaler Literatur liefert insgesamt kein eindeutiges Bild einer grundsätzlich besseren Versorgung aufgrund eines Wohnformtyps insbesondere gegenüber einer Versorgung in klassischen Wohnsettings der Langzeitpflege. Effekte zeigen sich aber auf Bewohnerebene in umfassenden Konstrukten wie Lebensqualität. Weiterhin wurde herausgearbeitet, worin das „Neue“ dieser Wohnformen liegt, um ihren besonderen Charakter in ihrer Zwischenstellung zwischen klassischen häuslichen und stationären Wohnsettings deutlich zu machen. „Neue ambulante Wohnformen“ sind nicht im zeitlichen Sinne als neue, noch nie da gewesen Wohnformen zu begreifen, da einige der Konzepte schon mehrere Jahrzehnte auf dem Markt etabliert sind. Ihre Innovation liegt darin, Lösungen für besondere Herausforderungen der klassischen Wohn- und Versorgungssettings zu entwickeln. So unterschiedlich die neuen ambulanten Wohnformen auch sind, ihre gemeinsame Besonderheit liegt in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit, aus der heraus sie neue Wohn- und Versorgungsbausteine miteinander kombinieren und so Versorgungssicherheit und Selbstbestimmung in besonderer Weise ausbalancieren. Diese gemeinsame Besonderheit ist bei der Erstellung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung zu berücksichtigen.

Zielausrichtung des Konzeptes: Fünf Qualitätsmerkmale

Zur Erstellung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung für neue Wohnformen waren zunächst die einzelnen Konzeptbestandteile herauszuarbeiten. Als Bestandteile zur Erstellung eines Konzeptes sind zum einen eine Zieldefinition und zum anderen eine Definition der Umsetzungsstrategien erforderlich.

Daher wurde in einem ersten Schritt die **Zielrichtung für das Konzept** der Qualitätssicherung durch die Definition von Qualitätsanforderungen für neue ambulante Wohnformen herausgearbeitet. Die Definition der Qualitätsanforderungen basiert auf einem nutzer- und sachbezogenen Qualitätsverständnis. Unter Qualität wird die Übereinstimmung von Kundenerwartungen mit den Leistungen der Wohnangebote unter Berücksichtigung anerkannter fachlicher Standards verstanden. Sowohl die Nutzererwartungen an neue Wohnformen,

als auch Expertenmeinungen zu fachlichen Anforderungen in den Bereichen Wohnen, Soziales, Hilfe und Pflege wurden zur Definition von Qualitätsanforderungen zusammengetragen und anschließend einer ordnungs- und leistungsrechtlichen Prüfung bezüglich ihrer Regelungsrelevanz unterzogen. Auf dieser Basis wurden **fünf zentrale Qualitätsmerkmale** – sog. Soll-Niveaus – herausgearbeitet, die als Anforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind, damit sie ihrer besonderen Stellung zwischen Heim und Häuslichkeit für Pflegebedürftige gerecht werden können:

- **Versorgungskontinuität:** Eine besondere Herausforderung ambulanter Wohnsettings stellt die Sicherung einer qualifizierten Versorgung auch bei sich veränderndem Hilfe- und Pflegebedarf dar. Ältere und pflegebedürftige Menschen, die in neue ambulante Wohnformen umziehen, erwarten mehr Sicherheit bei der Versorgung als in klassischen ambulanten Wohnsettings, auch um die Wohnkontinuität zu erhalten. Dieser Erwartungshaltung konnten in der Vergangenheit nicht immer alle neuen ambulanten Wohnformen gerecht werden – Umzüge aus dem Betreuten Wohnen, aus selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen aus Quartiersprojekten oder auch aus ambulanten Pflegewohngemeinschaften in Wohnangebote mit mehr Versorgungssicherheit waren erforderlich. Als Qualitätsanforderung an neue ambulante Wohnformen ist daher der Aspekt der Versorgungskontinuität besonders in den Blick zu nehmen, um den Bedürfnissen Pflegebedürftiger gerecht zu werden. Es gilt, die Kontinuität einer fachlich qualifizierten Versorgung auch bei wachsendem Hilfe- und Pflegebedarf zu erhalten.
- **Nutzerorientierung:** Gleichzeitig sollen auch bei Wohnsettings mit hoher Versorgungssicherheit die individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft gewahrt werden. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entscheiden sich vielfach für neue ambulante Wohnformen, weil sie sich hier ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung erhoffen und mehr Möglichkeiten zum sozialen Austausch wünschen. Die Gewährleistung verlässlicher Unterstützungsleistungen mit individuellen Vorstellungen und Bewohnerbedürfnissen auszuagieren, bleibt jedoch auch in neuen ambulanten Wohnformen eine Herausforderung. Um den Bedarfen Pflegebedürftiger gerecht zu werden, stellt daher die Nutzerorientierung eine weitere besondere Qualitätsanforderung an neue ambulante Wohnformen dar.
- **Selbstbestimmung/Selbstverantwortung:** Grundlage für die Gewährleistung der Nutzerorientierung ist die Selbstbestimmung der Bewohnerschaft. Im Rahmen ihrer Selbstbestimmung legen die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter fest, wie die Wohnung und der Tagesablauf zu gestalten sind und welche Leistungen und Leistungsanbieter geordert werden. Die Sicherung der Selbstbestimmung stellt eine grundgesetzlich geregelte Anforderung an alle und damit auch an neue ambulante Wohnformen dar. Sie ist als besondere Qualitätsanforderung zu benennen, weil in ambulanten Wohnformen mit der Selbstbestimmung die Übernahme von Selbstverantwortung für die Umsetzung verbunden ist. Die Bewohnerschaft und ihre Angehörige können zwar Teile der Umsetzungsverantwortung z. B. an einen Pflegedienst abgeben, aber anders als in klassischen stationären Wohnsettings bleibt ein Teil der Umsetzungsverantwortung bei neuen ambulanten Wohnformen immer bei der Bewohnerschaft und ihren Vertreterinnen und Vertretern. Konstitutiv für neue Wohnformen mit ambulanter Versorgung ist daher, dass die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen

und Vertreter die Umsetzung bestimmen und gleichzeitig selbstverantwortlich eingebunden bleiben. Die Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stellt in der Praxis neuer ambulanter Wohnformen eine besondere Herausforderung dar, weil u. U. Leistungserbringer Selbstbestimmungsmöglichkeiten eingrenzen (weil z. B. tatsächliche Wahlfreiheit nicht gewährleistet wird) oder weil Pflegebedürftige und ihre Vertreterinnen und Vertreter nicht in der Lage sind, der geforderten Selbstverantwortung gerecht zu werden. Daher gilt es, die Realisierung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in den neuen ambulanten Wohnformen als weitere Qualitätsanforderung besonders in den Blick zu nehmen.

- **Koordination:** Um die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter zu befähigen, Selbstverantwortung für die Umsetzung zu übernehmen und um Versorgungskontinuität auch bei ambulanter Versorgung zu gewährleisten, sind vielfältige Leistungen von unterschiedlichen Akteuren – von der Bewohnerschaft und ihren Vertreterinnen und Vertretern über professionelle Leistungserbringer bis hin zu zivilgesellschaftlich Engagierten – erforderlich. Das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure in geteilter Verantwortung im Sinne einer pluralistischen Mixtur ist konstitutiv für neue Wohnformen mit ambulanter Versorgung in ihrer Stellung zwischen Häuslichkeit und Heim. Es gibt nicht einen verantwortlichen Träger, der alle Leistungen aus einer Hand organisiert, sondern es gibt viele Verantwortliche, die zusammenwirken müssen. Eine besondere Herausforderung in neuen Wohnformen bleibt es, die vielfältigen Akteure und unterschiedlichen Leistungen passgenau aufeinander abzustimmen. Daher kommt der Koordination in neuen ambulanten Wohnformen als Qualitätsanforderung besondere Bedeutung zu.
- **Transparenz:** Das komplexe Zusammenwirken der vielfältigen Akteure erfordert in besonderer Weise Transparenz über die Gesamtprozesse. Wer welche Leistungen erbringt, wie Verantwortlichkeiten verteilt sind, wie die Umsetzungsprozesse geregelt sind, ist für Pflegebedürftige und ihre Vertreterinnen und Vertreter in neuen ambulanten Wohnformen nicht immer durchschaubar. Damit eine Umsetzung in geteilter Verantwortung und ein synergetisches Zusammenwirken gelingen und die Bewohnerschaft ihre Selbstverantwortung in diesen komplizierten Gemengelagen wahrnehmen kann, ist der Sicherung der Transparenz als Qualitätsanforderung in neuen ambulanten Wohnformen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Die benannten fünf Qualitätsmerkmale bilden die zentralen Qualitätsanforderungen für alle neuen ambulanten Wohnformen. Eine Differenzierung von speziellen Qualitätsanforderungen für einzelne Wohnformen oder Wohnformtypen wurde nicht vorgenommen. Die Definition von „übergreifenden/globalen Qualitätsanforderungen“ erfolgte aus zwei Gründen. Zum einen ist das Feld der ambulanten neuen Wohnformen sehr dynamisch. Eine Definition von einzelnen Qualitätsanforderungen für jede Wohnform kann den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen kaum gerecht werden. Immer wieder entstehen neue Modelle und vielfältige unterschiedliche Bausteine und Wohnformen werden miteinander kombiniert. Dies macht es immer schwerer, spezielle Qualitätsanforderungen für einzelne Wohnformen zu bestimmen, da sie mit ihrer Formulierung bereits nicht mehr aktuell sind. Zum anderen sollte mit den definierten Qualitätsanforderungen der Wesenskern neuer ambulanter Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit gewährleistet werden. Interessen-

tinnen und Interessenten an neuen ambulanten Wohnformen – und hier insbesondere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen – erwarten diesen besonderen Kern, sonst würden sie sich für ein klassisches häusliches oder stationäres Wohnsetting entscheiden. Will man diesen Erwartungen gerecht werden, dann sind Qualitätsanforderungen zu definieren, die sicherstellen, dass diese Besonderheit neuer ambulanter Wohnformen auch umgesetzt wird. Zudem bieten die eher allgemein gehaltenen Qualitätsmerkmale einen einheitlichen Rahmen für eine Qualitätssicherung, die jedoch genügend Raum bietet, damit die Akteure der Wohnformen die Qualitätssicherung nach ihren individuellen Vorstellungen ausgestalten können. Es ist z. B. nicht zielführend, als Qualitätsanforderung für alle neuen Wohnformen die Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung oder die Vorhaltung von Begegnungsräumen zu definieren, wenn in den Wohnprojekten dieser Bedarf nicht besteht. Die allgemeine Forderung, sich bei der Leistungsgestaltung an den Nutzerbedarfen zu orientieren, lässt genügend Raum für die individuelle Ausgestaltung.

Inhaltliche Konkretisierung: Operationalisierung von 93 Indikatoren

Nach der Bestimmung der Zielrichtung waren für die Entwicklung eines Konzeptes der Qualitätssicherung weiterhin Erfordernisse für die Umsetzung zu definieren. In einem zweiten Schritt galt es daher für das Konzept den Anwendungsbezug zu erarbeiten, wie die Qualitätsanforderungen umzusetzen sind und wie deren Einhaltung überprüft werden kann. Hierzu gehört vor allem die Entwicklung von Instrumenten, in denen inhaltlich dargelegt wird, was konkret bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale zu beachten ist. Ebenso gehörte die Definition von Handlungsanweisungen dazu, wann, wie, wo und von wem die Qualitätssicherung zu gewährleisten ist.

Um zu definieren, **was** bei der Qualitätssicherung zu beachten ist, wurden die fünf Qualitätsmerkmale operationalisiert. Es wurden auf der Grundlage allgemeiner Erfahrungen relevante Qualitätskriterien herausgearbeitet, die Eigenschaften zur Erfüllung der Soll-Niveaus umfassen. Nach einem mehrstufigen Verfahren wurden anschließend 93 Indikatoren zur Erfassung des Umsetzungsgrades der Qualitätskriterien ermittelt. Die **Indikatoren/Kriterien-Sammlung** ist ein weiterer Bestandteil der Konzepterstellung. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die bestimmten Qualitätskriterien in den fünf Qualitätsmerkmalen und der dazugehörigen Anzahl der Indikatoren. Es wurde explizit darauf hingewiesen, dass diese Sammlung nur ein erster Einstieg in die Konkretisierung der Qualitätsmerkmale ist. Die Sammlung basiert auf allgemeinen und weniger auf speziellen Erfahrungen neuer ambulanter Wohnformen und bedarf in Zukunft explizit einer Validierung, wie die Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund speziell der Erfahrungen neuer ambulanter Wohnformen zu operationalisieren sind.

Tabelle 1: Übersicht über Qualitätsmerkmale, Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren

Qualitätsmerkmal	Qualitätskriterien	Anzahl der Indikatoren (davon möglich extern prüfungsrelevant)
Selbstbestimmung/ Selbstverantwortung	Selbstbestimmung bei den Leistungen	25 (6)
	Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung	
	Selbstbestimmung beim Wohnen	
	Förderung der Selbstbestimmung	
	Unterstützung der NutzerInnen zur Bildung autonomer Entscheidungen/ Übernahme von Verantwortung	
	Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen	
Nutzerorientierung	Erfassung der Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/ Ressourcen	16 (6)
	Berücksichtigung der Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/ Ressourcen bei der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen	
	Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen	
	Beschwerdemanagement	
Versorgungskontinuität	Rund-Um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit	23 (10)
	Patientensicherheit/Krisensicherung	
	Personelle Kontinuität	
	Abstimmung von Leistungen	
Koordination	Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess klären	16 (3)
	Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern	
	Verlässliche Regelungen zur Kooperation schaffen	
	Konfliktmanagement	
Transparenz	Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	13 (2)
	Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform	
	Dokumentation	

Definition der Anwendungsfelder: Schwerpunkte der Qualitätsanforderungen

Es wurde für den Anwendungsbezug des Konzeptes definiert, **wo** – also in welchen Wohnformen – welche Qualitätsanforderungen im Sinne eines modularen Qualitätssicherungssystems schwerpunktmäßig gelten sollten. Da die Qualitätsmerkmale die Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen sichern sollen, sind die operationalisierten Kriterien/Indikatoren als Anforderungen an *alle* neuen ambulanten Wohnformen zu stellen. Gleichwohl wurden Empfehlungen abgegeben, auf welche Qualitätsmerkmale welche Wohnformen einen besonderen Fokus legen sollten, da sich in der Praxis hier besondere Umsetzungsherausforderungen stellen. Für weitgehend „selbstverantwortete Wohnformen“ wird empfohlen, die Kriterien/Indikatoren des Qualitätsmerkmals „Versorgungskontinuität“ aber auch „Koordination“ und „Transparenz“ verstärkt zu beachten, da aufgrund der fehlenden Gesamtverantwortung sich in der Praxis hier besondere Herausforderungen stellen. Demgegenüber können bei eher „trägerverantworteten Wohnformen“ die Kriterien/Indikatoren der

Qualitätsmerkmale „Nutzerorientierung und Selbstbestimmung“ als besonders relevant eingestuft werden. Praxiserfahrungen zeigen, dass die Wahrung der Einflussmöglichkeiten der Bewohnerschaft in solchen Wohnformen eine besondere Herausforderung ist.

Konkretisierung der Qualitätssicherungsverfahren: Instrumente für Beratung, interne Qualitätssicherung und externe Prüfung und Qualitätsberichterstattung

Weiter war zu bestimmen, **wann und wie** die definierten Anforderungen berücksichtigt werden sollen. Hierzu wurden – wieder im Sinne eines modularen Qualitätssicherungssystems – **unterschiedliche Instrumente** für verschiedene Qualitätssicherungsverfahren zusammengestellt und eine **Ausfüllanleitung** erstellt, die Hilfe bei der Anwendung geben soll. Ein umfassendes Instrument mit allen Indikatoren kann im Kontext der Beratung Anwendung finden (siehe „**Checkliste zur Beratung und internen Qualitätsprüfung**“, Tabelle 21, Kapitel 6.5.1). Dabei sind zunächst alle Indikatoren als beratungsrelevant zu verstehen, können jedoch abhängig vom Anlass der Beratung und der Form des Wohnangebots eingeschränkt zutreffen. Die Gesamtheit aller 93 Indikatoren in der Beratung anzusprechen, ermöglicht umfassend die besonderen Anforderungen an neue ambulante Wohnformen deutlich zu machen und Interessierte an solchen Wohn- und Versorgungsformen für deren Qualitätsanforderung zu sensibilisieren sowie Hinweise zu geben, wie die fünf Qualitätsmerkmale umgesetzt werden können. Dieses Instrument wäre daher auch für die interne Qualitätsprüfung eine solide Grundlage. Mit dem Instrument „*Checkliste für Beratung*“ wird so Hilfestellung geben, die *Soll-Anforderungen* umzusetzen.

Auf der Grundlage eines Expertenkonsensverfahrens, der explorativen Felderprobung sowie der Einbeziehung von Experten- und Praxiserfahrungen aus den Workshops wurde die Anzahl der Indikatoren auf diejenigen reduziert, die besondere Herausforderungen bei der Qualitätssicherung darstellen (siehe „**Checkliste zur Beratung und internen Qualitätsprüfung**“, Tabelle 21, Kapitel 6.5.1). Es wird explizit darauf hingewiesen, dass die Auswahl dieser Indikatoren nicht evidenzbasiert überprüft werden kann, da zu den qualitätssichernden Indikatoren in neuen Wohnformen bisher kaum empirisch belastbare Ergebnisse vorliegen und auch aufgrund des kurzen Untersuchungszeitraums keine evidenzbasierte Prüfung der Indikatoren vorgenommen werden konnte. Auf Grundlage bisher vorliegender Erfahrungswerte wurde eine reduzierte Indikatorenliste (mit 60 von 93 Indikatoren) zusammengestellt, die zur ersten Orientierung wichtige zu berücksichtigende Anforderungen bei der Umsetzung und der internen Qualitätsprüfung benennt.

Da eine externe Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI nur dann erfolgen kann, wenn ein leistungsrechtlicher Bezug vorliegt, wurde zudem überprüft, welche Kriterien/Indikatoren leistungsrechtlich relevant sind. Diese 27 Indikatoren können im Rahmen der nach § 113 SGB XI vorgeschriebenen externen Qualitätsprüfungen und verpflichtenden Qualitätsberichterstattung überprüft werden, wobei im Einzelfall jeweils vorab zu prüfen ist, ob sie aufgrund landesrechtlicher oder vertraglicher Regelungen relevant sind. Mit dem Instrument „**Checkliste zur externen Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung**“ (Tabelle 22, Kapitel 6.5.2) werden Hilfestellungen geben, diese *leistungsrechtlich relevanten Anforderungen* in neuen Wohnformen zu überprüfen. Im Rahmen des erarbeiteten Konzeptvorschlags für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen – siehe unten – sind diese Instru-

mente jedoch lediglich als ein Baustein zu verstehen, der Orientierung bei der Ausgestaltung der individuellen von den Wohnformen auszugestaltenden Qualitätssicherung geben kann.

Bestimmung der Verantwortlichkeiten

Im Rahmen des zu definierenden Anwendungsbezugs für das Konzept war weiter zu klären, durch **wen** die Qualitätssicherung in neuen ambulanten Wohnformen erfolgen soll oder kann. Es musste definiert werden, wer für die Qualitätssicherung verantwortlich ist und von wem die Instrumente der Qualitätssicherung zu nutzen sind und durch wen die Qualitätsprüfung erfolgen soll. Hierfür wurden die **Verantwortlichkeiten der Qualitätssicherung** in neuen ambulanten Wohnformen auf der Grundlage des bestehenden rechtlichen Rahmens herausgearbeitet. In ambulanten Wohnformen liegt **immer eine Form der Selbstverantwortung** bei der Bewohnerschaft vor. Würde ein Träger die gesamte Verantwortung übernehmen, wäre es keine ambulante Wohnform mehr, sondern eine Heimeinrichtung. Es ist aber möglich, dass Träger Teile der Verantwortung übernehmen und die Bewohnerschaft bei ihren selbstverantwortlich zu regelnden Aufgaben unterstützen.

Steuern die Bewohnerinnen und Bewohner überwiegend selbst die Umsetzung des Wohnangebotes, sind sie auch hauptverantwortlich für die Qualitätssicherung des gesamten Prozesses. Bei überwiegend **selbstverantworteten Wohnformen** entscheiden die Bewohnerinnen und Bewohner oder gemeinsame Bewohnergremien – wenn mehrere zusammenleben – über das Wohn- und Leistungsangebot und auch über die Art der Qualitätssicherung. Die Leistungserbringer (Vermieterinnen und Vermieter, Hilfs- und Pflegedienste) sind verantwortlich für die Qualität ihrer jeweiligen Teilleistung, jedoch nicht für die gesamte Qualität in dem Wohnangebot. Die Leistungsträger (Kassen, Sozialhilfeträger) können auch nur Qualitätsanforderungen für die jeweilige Teilleistung stellen, für die die Leistungserbringer von den Leistungsträgern Mittel erhalten, jedoch nicht an die Gesamtleistung, da die ambulanten Wohnangebote nicht selbst – wie stationäre Einrichtungen – Vertragspartner der Leistungsträger sind. Die Qualitätssicherung für das gesamte Wohnangebot kann hier nur individuell, freiwillig und intern in Selbstverantwortung der Bewohnerschaft und der an der Umsetzung beteiligten Akteure ausgehandelt werden.

In überwiegend **trägerverantworteten Wohnformen** übernehmen Träger zumindest Teile der Gesamtverantwortung für die Umsetzung einer ambulanten Wohnform. Die Bewohnerinnen und Bewohner bleiben zwar weiter in der Verantwortung (sonst würden sie ja in einem Heim leben), jedoch geben sie einen Teil der Verantwortung ab und nehmen dafür u. U. Einschränkungen in der Selbstverantwortung in Kauf. Verantwortlich für die Qualitätssicherung ist in diesen Wohnformen neben der Bewohnerschaft und deren Vertreterinnen und Vertretern dann auch der Träger, der steuernde Gesamtleistungen erbringt. Da der Leistungserbringer aber i. d. R. nicht Vertragspartner der Sozialleistungsträger für die gesamte Steuerung, sondern lediglich Vertragspartner für einzelne Leistungen ist, kann eine verpflichtende, extern zu überprüfende Qualitätssicherung für die Gesamtprozesse in neuen ambulanten Wohnformen auch in diesem Falle nur erfolgen, wenn explizit Leistungsbausteine in Anspruch genommen werden für gesamtsteuernde Aufgaben (wie z.B. über § 38a SGB XI für ambulante Pflegewohngemeinschaften). Ohne diesen Leistungsbezug ist auch hier nur eine freiwillige, individuelle und interne Qualitätssicherung möglich.

Konzeptvorschlag

Auf der Basis der vorab berichteten Entwicklungsschritte und der Klärung des rechtlichen Rahmens, innerhalb derer sich die neuen Wohnformen bewegen, wurde ein Konzeptvorschlag für die (bundeseinheitliche) Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickelt:

- Aufgrund der Verantwortlichkeiten und sofern keine speziellen Leistungsbausteine für die Gesamtsteuerung von Leistungsträger in Anspruch genommen werden, können keine verbindlichen Vorgaben zur externen Qualitätssicherung der Gesamtprozesse in neuen ambulanten Wohnformen vorgegeben werden. Vorgeschlagen wurde, dass das Konzept zur Qualitätssicherung in diesem Fall die Akteure in die Lage versetzt, für sich Qualitätsanforderungen zu formulieren und freiwillig **ein individuelles Qualitätssicherungskonzept** zu erarbeiten, das der Besonderheit neuer ambulanter Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Häuslichkeit und Heim gerecht wird. Die Herausarbeitung der Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen wie sie in den fünf Qualitätsmerkmalen zusammengefasst wurden, kann dabei eine Rahmung geben und ihnen helfen, Schwerpunkte für ihre Wohnform besonders in den Blick zu nehmen. Die operationalisierten Kriterien und Indikatoren können erste Hilfestellung für die konkrete individuelle Ausgestaltung geben und die Ausfüllanleitung kann den Akteuren der Wohnformen zudem Hilfestellung bei der internen Überprüfung geben. Welche Schwerpunktsetzung eine neue ambulante Wohnform im Hinblick auf die aufbereiteten Qualitätsanforderungen vornimmt, kann für die Gesamtprozesssteuerung nur von den Umsetzungsverantwortlichen – Bewohnerschaft, ihren Vertreterinnen und Vertretern, den Leistungserbringern und zivilgesellschaftlich Engagierten der Umsetzung – ausgehandelt werden. Die Qualitätsmerkmale sowie die definierten Indikatoren in den Instrumenten sind als Orientierungshilfen – nicht als verpflichtende Vorgaben – zu verstehen.
- Die Überprüfung, ob solch ein individuelles Qualitätssicherungskonzept entwickelt wurde und umgesetzt wird, bleibt ebenso in der Verantwortung der Bewohnerschaft/ihrer Vertreterinnen und Vertreter, wenn die Verantwortlichen keine Leistungen nach SGB XI für gesamtsteuernde Aufgaben in Anspruch nehmen. Neue Wohnformen unterliegen dann nicht den Anforderungen der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI. Die Qualitätsprüfung, ob ein individuelles Qualitätssicherungskonzept erarbeitet wurde und auch umgesetzt wird, kann nur über **freiwillige interne Qualitätsprüfungen** erfolgen. Empfohlen wird, diese freiwillige Entwicklungsarbeit der Umsetzungsverantwortlichen bei der Erstellung und Überprüfung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes gezielt zu unterstützen. Es sollte die Bildung von Qualitätssicherung-Gremien gefördert oder bestehende Gremien (z. B. Bewohnerbeiräte im Betreuten Wohnen, Auftraggebergemeinschaften in Pflegewohngemeinschaften, lokale Verantwortungsgemeinschaften in Quartierskonzepten, Vorstände von selbstständigen Wohngemeinschaften) unterstützt werden, damit der Aspekt der Qualitätssicherung – vor allem wenn hilfe- und pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner in der Wohnform leben – gezielt dort thematisiert wird. Die Unterstützung solcher Gremien kann durch **Beratung oder durch Qualifizierung** erfolgen. Auch dafür kann das entwickelte Beratungsinstrument genutzt werden. Eine verpflichtende Beratung für alle Akteure neuer Wohnformen – wie sie u. a. im Rahmen der Expertenworkshops empfohlen wurde – kann auch hier nicht erfolgen, solange kein Leistungsbezug nach SGB XI vorliegt, da solche

Wohnformen dann nicht in die Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI eingebunden werden können.

- Eine **Verpflichtung, ein individuelles Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln**, kann erst erfolgen, wenn ein **leistungsrechtlicher Bezug** für die Entwicklung eines solchen Konzeptes gegeben ist. Dabei geht es nicht um den Bezug von einzelnen Pflegeleistungen – hier sind Qualitätssicherungsverfahren anderweitig geregelt – sondern um Leistungen für **gesamtsteuernde Aufgaben**, um Unterstützungsarrangements für Pflegebedürftige in Selbstverantwortung im pluralistischen Mix zu gewährleisten. Leistungen nach dem Sozialleistungsrecht beziehen sich i. d. R. jedoch auf individuelle Unterstützungsleistungen und weniger auf Gesamtsteuerungsprozesse. Für Pflegewohngemeinschaften gibt es zwar solche Leistungen nach § 38a SGB XI – hier werden Präsenzkkräfte von den Mitgliedern der ambulanten Pflegewohngemeinschaften beauftragt, betreuende, verwaltende oder organisatorische Tätigkeiten zu übernehmen. Seltener werden diese Regelleistungen jedoch für gesamtsteuernde Leistungen genutzt. Auch stehen für andere neue Wohnformen solche Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben bisher kaum zur Verfügung. Für ein bundeseinheitliches Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wird vorgeschlagen, diesen Leistungsbaustein § 38a SGB XI auf solche gesamtsteuernden Aufgaben zu fokussieren und zu erweitern. Die Gewährung sollte zum einen gezielt an die Übernahme solcher Gesamtsteuerungsaufgaben gebunden werden, die die Bewohnerschaft in ihrer Selbstverantwortung unterstützen. Gleichzeitig sollte die Leistungsgewährung nicht nur auf ambulante Pflegewohngemeinschaften fokussiert werden. Pflegebedürftige sollten unabhängig von ihrem Wohnort die gleichen Möglichkeiten haben, Leistungen zu erhalten, die ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung unterstützen. Neue ambulante Wohnformen, die in einer pluralistischen Mixtur Unterstützungsarrangements für Pflegebedürftige in Selbstverantwortung gewährleisten, sollten diesen Leistungsbaustein in Anspruch nehmen können. Die Gewährung solcher SGB XI-Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben sollte gezielt damit verknüpft werden, die neuen Wohnformen bei der Entwicklung und Umsetzung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes zu unterstützen.
- Bei Gewährung eines solchen Leistungsbausteins könnte eine **externe Qualitätsprüfung** erfolgen, deren Prüfzyklen sich an üblichen Regelungen zur Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich orientieren. Leistungserbringer, die Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben erhalten, könnten im Rahmen der allgemeinen Prüfung im ambulanten Bereich von den Prüfbehörden überprüft werden, ob sie die **individuelle Qualitätsentwicklung** in den neuen ambulanten Wohnformen auch **systematisch begleiten**. Wir schlagen vor, folgende Begleitschritte zu prüfen:
 - Information der Bewohnerinnen und Bewohner/ihrer Vertreterinnen und Vertreter/ehrenamtlich Mitwirkender, was sind Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen – hier könnten die definierten fünf Qualitätsmerkmale eine Orientierung für die Leistungserbringer geben,
 - Moderation der gemeinsamen Diskussion, welche Kriterien und Indikatoren konkret für das individuelle Qualitätssicherungskonzept ausgewählt werden sollen – hier kann die Kriterien/Indikatoren-Sammlung eine Orientierung geben,

- schriftliche Darstellung des individuellen Qualitätssicherungskonzeptes und Sicherung der Verbreitung,
- Unterstützung bei der Entwicklung von Verfahren, wie das individuelle Qualitätssicherungskonzept regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden kann – hier können die Instrumente und die Ausfüllanleitung eine Orientierung geben.

Zur Konkretisierung dieser Begleitschritte wurde eine eigene Checkliste entwickelt. Die externe Qualitätsprüfung bezieht sich nach diesem Konzeptvorschlag also nicht auf die Kontrolle, ob einzelne vorab und extern definierten Qualitätsanforderungen umgesetzt werden, sondern auf die Kontrolle, ob der Prozess zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungssystems entsprechend fachlich begleitet wurde. Ein solches Konzept der Qualitätssicherung belässt die Akteure neuer Wohnformen in ihrer besonderen Verantwortungsrolle – was ja neue Wohnformen von Heimeinrichtungen unterscheidet – und eröffnet genügend Spielraum, je nach Besonderheit des eigenen Wohnkonzeptes und nach den individuellen Bedarfen der Bewohnerschaft, die Schwerpunkte bei der Qualitätssicherung passgenau zu definieren. Mit einem eigenen Leistungsbaustein könnte zudem fachliche Unterstützung für vulnerable Personen, die mit der Definition und Umsetzung individueller Qualitätsanforderungen überfordert sind, gewährleistet werden. Damit eine solche Unterstützung auch fachlich gesichert erfolgt, wird vorgeschlagen, den Empfehlungen aus dem Expertenworkshop zu folgen und eine **verpflichtende Beratung oder Teilnahme an einer speziellen Qualifizierung** über die Besonderheiten neuer Wohnformen als **Voraussetzung für den Leistungsbezug** solcher SGB XI-Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben vorzugeben.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Mit dieser Studie liegt erstmalig ein Konzept zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen vor, welches jedoch aufgrund der Anforderung einer bundeseinheitlichen Eignung zwar umfassend ist, jedoch in der spezifischen Ausformulierung allgemeiner bleibt. Der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI entstammt einerseits leistungsrechtlichen Fragestellungen, soll aber andererseits alle Akteure in allen Typen neuer Wohnformen berücksichtigen und gleichzeitig keine explizit pflegebezogenen Qualitätskriterien für ambulante Leistungserbringer entwickeln, um Doppelungen zu vermeiden.

Obgleich bei der Entwicklung insbesondere der länderspezifisch ordnungsrechtliche Rahmen aufgearbeitet wurde, ist nicht auszuschließen, dass länderspezifische Gegebenheiten den Erfüllungsgrad einzelner Indikatoren beeinflussen. Gesonderte Qualitätsanforderungen für spezifische Personengruppen lassen sich nicht aus dem Instrument ableiten und müssen Gegenstand einer möglichen nachträglichen Spezifizierung bleiben. Das vorgestellte Konzept erfüllt die Anforderung, sowohl für die interne und externe Qualitätssicherung, -prüfung und kann auch für die Gestaltung der Beratung genutzt werden.

Aufgrund der unzureichenden Evidenzlage von Versorgungsauscomes sowie Qualitätskriterien und -indikatoren in neuen Wohnformen in der (inter)nationalen Literatur und der in

dieser Studie lediglich exemplarisch erfolgten Erprobung der Instrumente beruhend auf einem engen zeitlichen Entwicklungsrahmen, ist eine Weiterentwicklung der hier vorliegenden Instrumente zur Qualitätsberichterstattung und Qualitätssicherung zu befürworten. Für diese Weiterentwicklung des Instrumentariums ist daher zukünftig eine umfassende Evaluation als nächster Schritt anzudenken. Zudem sollte im Rahmen einer möglichen Weiterentwicklung der Fokus auf die Stärkung und Qualifizierung von Beratungsangeboten, eine mögliche Erweiterung von Melde- und Anzeigeformen, die Schaffung von Anreizsystemen sowie die personelle Ausstattung gelegt werden.

Inhalt

1	Hintergrund	1
2	Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen	2
2.1	Qualitätsdiskussion in neuen Wohnformen	2
2.2	Zum Qualitätsverständnis	3
3	Untersuchungsdesign	8
3.1	Leitfadenanalyse	8
3.2	Literaturanalysen	9
3.3	Rechtliche Prüfungen	11
3.4	Online-Befragung	11
3.5	Experten-/Praktikerworkshops	13
3.6	Entwicklung eines bundeseinheitlichen Konzeptes	14
3.7	Felderprobung der Instrumente	17
3.8	Gesamtübersicht zum Untersuchungsdesign	18
4	Entwicklungs- und Forschungsstand neuer ambulanter Wohnformen	20
4.1	Spektrum und Wohnformentypisierung	20
4.1.1	Wohnen in Gemeinschaft: Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen	21
4.1.2	Wohnen mit Betreuung/Service: Ambulante Wohnformen mit Betreuung/Service	22
4.1.3	Wohnen mit Pflege: Ambulante Pflegewohnformen	23
4.1.4	Ambulante integrierte Wohnformen	24
4.2	Versuch einer Quantifizierung	25
4.2.1	Schätzungen zu Anzahl und Versorgungsgraden	25
4.2.2	Einschätzung der Relevanz für Pflegedürftige	30
4.3	Ergebnisse zu Versorgungsoutcomes	35
5	Analyse zur Ermittlung der Qualitätsanforderungen	38
5.1	Qualitätsanforderungen aus Nutzersicht	38
5.2	Qualitätsanforderungen aus Expertensicht (Leitfadenanalyse)	40
5.3	Qualitätsanforderungen nach leistungs- und ordnungsrechtlicher Prüfung	45
5.3.1	Wohnformtypübergreifende rechtliche Aspekte	46
5.3.2	Rechtliche Regelungen nach Wohnformtypen	53
5.3.3	Zusammenfassung	63
5.4	Qualitätsanforderungen aus Initiatorsicht	65
5.4.1	Die Stichprobe der Online-Befragung	65
5.4.2	Wohnen/Wohnumfeldgestaltung	68

5.4.3	Teilhabe/Beratung	69
5.4.4	Versorgung	70
5.4.5	Zusammenfassung	72
6	Entwicklung von Konzeptbestandteilen	74
6.1	Definition der Zielausrichtung des Konzeptes	75
6.1.1	Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“	79
6.1.2	Qualitätsmerkmal „Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“	83
6.1.3	Qualitätsmerkmal „Nutzerorientierung“	85
6.1.4	Qualitätsmerkmal „Koordination“	88
6.1.5	Qualitätsmerkmal „Transparenz“	92
6.2	Konkretisierung der Konzeptinhalte – Operationalisierung der Qualitätsmerkmale	94
6.2.1	Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“	96
6.2.2	Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“	98
6.2.3	Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Nutzerorientierung“	100
6.2.4	Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Koordination“	102
6.2.5	Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Transparenz“	104
6.2.6	Kriterien-/Indikatoren-Sammlung	106
6.3	Bestimmung der Anwendungsfelder	108
6.3.1	Qualitätsanforderungen in unterschiedlichen Wohnformtypen	108
6.3.2	Qualitätsanforderungen in unterschiedlichen Wohnformträgerschaften	110
6.4	Konkretisierung der Qualitätssicherungsverfahren	111
6.4.1	Überblick über Qualitätssicherungsverfahren	111
6.4.2	Qualitätssicherungsverfahren in der Praxis – Erfahrungen und Empfehlungen zu Gestaltungsanforderungen	117
6.5	Entwicklung von Instrumenten für unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren	125
6.5.1	Instrument zur Beratung und internen Qualitätsprüfung	125
6.5.2	Instrument zur externen Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung	142
6.5.3	Felderprobung der Instrumente	148
6.6	Klärung der Verantwortlichkeiten	151
6.6.1	Verantwortungszuständigkeiten	151
6.6.2	Verantwortlichkeiten für die Qualitätssicherung	153
6.7	Zusammenfassende juristische Einordnung	155

7	Vorschlag für ein (bundeseinheitliches) Konzept für die Qualitätssicherung neuer Wohnformen nach § 113 SGB XI	157
7.1	Inhaltliche Ausrichtung des Konzeptes	157
7.2	Umsetzungsgestaltung des Konzeptes	159
7.3	Prüfregelungen für das Konzept	161
7.4	Rahmenbedingungen für das Konzept	166
8	Ausblick: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren	168
9	Literaturverzeichnis	173
Anhang 1:	Suchbegriffe und Trefferverläufe Rapid Review zu Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale	180
Anhang 2:	Stellungnahme des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), Universität Bremen	187
Anhang 3:	In die Ergebnisdarstellung des zweiten Rapid Reviews zur Operationalisierung der Qualitätsmerkmale einbezogene Studien	201
Anhang 4:	Ergebnisse Rapid Review zu Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale	206
Anhang 5:	Kriterien und Indikatoren in den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) ambulant und stationär, den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB X (MuG) und bei Hasseler et al.	244
Anhang 6:	Anschreiben und Fragebogen für die Online-Befragung	271
Anhang 7:	Felderprobung: Hintergrundinformation und Anleitung, Check- bzw. Prüfliste	288
Anhang 8:	Ergebnisübersicht der Felderprobung	315
Anhang 9:	Zusammenfassende Ergebnisdarstellung der Qualitätsmerkmale	358
Anhang 10:	Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung	359
Anhang 11:	Literaturanalyse zu Versorgungsauscomes neuer Wohnformen	422
Anhang 12:	Ergebnisse der Online-Befragung	450
Anhang 13:	Ausfüllanleitung	478
Anhang 14:	Schwerpunktindikatoren für verschiedene Wohnformtypen und Wohnformträgerschaften	532
Anhang 15:	Ausgewählte Leitfäden für die Bestimmung von Qualitätsanforderungen	544

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Qualitätsmerkmale, Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren	VIII
Tabelle 2: Arbeitspakete, methodisches Vorgehen und Zeitverlauf der Studie	8
Tabelle 3: Suchbegriffe für Wohnformtypen	10
Tabelle 4: Übersicht zum Verteiler der Multiplikatoren	12
Tabelle 5: Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Praktikerworkshop	14
Tabelle 6: Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Expertenworkshop	14
Tabelle 7: Spektrum an ambulanten neuen Wohnformen (eigene Darstellung 2017)	21
Tabelle 8: Szenarien für mögliche Bestands- und Bedarfszahlen des Betreuten Wohnens	27
Tabelle 9: Pflegebedürftige in neuen Wohnformen (eigene Berechnungen 2017)	34
Tabelle 10: Rücklauf der Online-Befragung nach Angebotsform	66
Tabelle 11: Rücklauf nach Bundesländern, Online-Befragung	67
Tabelle 12: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnen, Online-Befragung	68
Tabelle 13: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnumfeldgestaltung, Online-Befragung	69
Tabelle 14: Zentrale Herausforderungen im Bereich Teilhabe, Online-Befragung	70
Tabelle 15: Zentrale Herausforderungen im Bereich Beratung, Online-Befragung	70
Tabelle 16: Herausforderungen im Bereich Alltagshilfen, Online-Befragung	71
Tabelle 17: Zentrale Herausforderungen im Bereich Betreuung, Online-Befragung	72
Tabelle 18: Zentrale Herausforderungen im Bereich Pflege, Online-Befragung	72
Tabelle 19: Übersicht über Qualitätsmerkmale und Qualitätskriterien/-indikatoren	107
Tabelle 20: Anwendung der Qualitätsmerkmale in verschiedenen Wohnformtypen	108
Tabelle 21: Qualitätssicherungsinstrument für neue Wohnformen: Checkliste zur Beratung (93 Qualitätsindikatoren) und internen Qualitätsprüfung (60 Qualitätsindikatoren – in der Bezeichnung hervorgehoben)	128
Tabelle 22: Qualitätssicherungsinstrument für neue Wohnformen: Checkliste zur externen Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung	143

Tabelle 23: Externe Qualitätsprüfung: Checkliste: Begleitprozesse zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes“	163
Tabelle 24: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Versorgungskontinuität – Definitionen von Versorgungsqualität in den einbezogene Studien (n=17) und bei Hasseler et al. (2016)	206
Tabelle 25: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Selbstverantwortung – Definitionen von Versorgungsqualität in den einbezogene Studien (n=8)	209
Tabelle 26: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Nutzerorientierung – Definitionen von Nutzerorientierung in den einbezogene Studien (n=23)	210
Tabelle 27: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Koordination – Definitionen von Koordination in den einbezogenen Studien (n=28)	213
Tabelle 28: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Transparenz – Definitionen von Transparenz in den einbezogene Studien (n=6)	216
Tabelle 29: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Versorgungskontinuität – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=17)	217
Tabelle 30: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Selbstverantwortung/Selbstbestimmung – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=8)	222
Tabelle 31: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Nutzerorientierung – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=23)	223
Tabelle 32: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Koordination – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=28)	232
Tabelle 33: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Transparenz – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=6)	241
Tabelle 34: Ordnungsrechtliche Einordnung neuer Wohnformen als stationäre Einrichtung	359
Tabelle 35: Bezüge zu den Qualitätsmerkmalen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI – stationäre Pflegeeinrichtungen	361
Tabelle 36: Bezüge zu den Qualitätsmerkmalen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI - ambulante Pflegeeinrichtungen	367
Tabelle 37: Bezüge zu Regelungen in den Vergütungsvereinbarungen für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 89 SGB XI, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	373
Tabelle 38: Bezüge zu Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 132a SGB V, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	380

Tabelle 39: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulante (selbstorganisiertes) gemeinschaftliches Wohnen	382
Tabelle 40: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulante betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen)	388
Tabelle 41: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulantes Pflegewohnen (Ambulante Pflegewohngemeinschaften – trägerverantwortet)	397
Tabelle 42: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulante integrierte Wohnformen (Fokus: Quartierskonzepte)*	416
Tabelle 43: Übersicht Literatursauswahl 1 – vergleichende Studien	437
Tabelle 44: Übersicht Literatursauswahl 2 – nicht-vergleichende Studien	442
Tabelle 45: Übersicht zum Verteiler der Multiplikatoren	451
Tabelle 46: Rücklauf der Online-Befragung nach Angebotsform	453
Tabelle 47: Rücklauf nach Bundesländern, Online-Befragung	455
Tabelle 48: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnen, Online-Befragung	460
Tabelle 49: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnumfeldgestaltung, Online-Befragung	460
Tabelle 50: Zentrale Herausforderungen im Bereich Teilhabe, Online-Befragung	461
Tabelle 51: Zentrale Herausforderungen im Bereich Beratung, Online-Befragung	461
Tabelle 52: Herausforderungen im Bereich Alltagshilfen, Online-Befragung	462
Tabelle 53: Zentrale Herausforderungen im Bereich Betreuung, Online-Befragung	463
Tabelle 54: Zentrale Herausforderungen im Bereich Pflege, Online-Befragung	463

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der Konzepterstellung	19
Abbildung 2: Sichtungsverlauf der Literaturanalyse zu Versorgungsauscomes neuer Wohnformen	36
Abbildung 3: Typisierung innerhalb der Wohnformtypen, Online-Befragung	67
Abbildung 4: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Versorgungskontinuität	97
Abbildung 5: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Selbstbestimmung/Selbstverantwortung	100
Abbildung 6: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Nutzerorientierung	102
Abbildung 7: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Koordination	104
Abbildung 8: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Transparenz	105
Abbildung 9: Freiwillige Instrumente der Qualitätssicherung, Online-Befragung	118
Abbildung 10: Institutionen der externen Qualitätsprüfung, Online-Befragung	119
Abbildung 11: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Versorgungskontinuität, Online-Befragung	120
Abbildung 12: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Online-Befragung	121
Abbildung 13: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Nutzerorientierung, Online-Befragung	121
Abbildung 14: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Koordination und Kooperation, Online-Befragung	121
Abbildung 15: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Transparenz der Prozesse, Online-Befragung	122
Abbildung 16: Sichtungsverlauf Literaturanalyse Versorgungsauscomes	422
Abbildung 17: Zeitlicher Verlauf der Online-Befragung	452
Abbildung 18: Typisierung innerhalb der Wohnformtypen, Online-Befragung	454
Abbildung 19: Zentrale Zielgruppen der Wohnangebote, Online-Befragung	456
Abbildung 20: Ordnungsrechtliche Einordnung der Wohnprojekte, Online-Befragung	457
Abbildung 21: Trägerschaft der Wohnprojekte, Online-Befragung	457

Abbildung 22: Anteil der pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer, Online-Befragung	458
Abbildung 23: Pflegegrade der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner, Online-Befragung	458
Abbildung 24: Sicherstellung von Rund-um-die-Uhr-Betreuung im (Wohn-)Angebot, Wohnformtypen, Online Befragung	465
Abbildung 25: Maßnahmen zur Sicherung von Selbstbestimmungsrechten der Nutzerinnen und Nutzer, Online-Befragung	466
Abbildung 26: Wohnformtyp 3 – Maßnahmen zur Sicherung von Selbstbestimmungsrechten der Nutzerinnen und Nutzer, selbst- und trägerverantwortete Angeboten, Online-Befragung	467
Abbildung 27: Sicherung von Selbstbestimmungsrechten durch eine Auftraggebergemeinschaft / ein Bewohnergremium, Online-Befragung	467
Abbildung 28: Wohnformtyp 3 - Sicherung von Selbstbestimmungsrechten durch eine Auftraggebergemeinschaft/ein Bewohnergremium, selbst- und trägerverantwortete Angebote, Online-Befragung	468
Abbildung 29: Genutzte bzw. geplante Instrumente zur Erfassung der Nutzerbedürfnisse, Online-Befragung	469
Abbildung 30: Bei der Bereitstellung des Leistungsangebots beteiligte zivilgesellschaftliche oder professionellen Akteure, Online-Befragung	470
Abbildung 31: Herausforderungen bei der Umsetzung von Transparenz, Online-Befragung	472
Abbildung 32: Freiwillige Instrumente der Qualitätssicherung, Online-Befragung	473
Abbildung 33: Institutionen der externen Qualitätsprüfung, Online-Befragung	474
Abbildung 34: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Versorgungskontinuität, Online-Befragung	475
Abbildung 35: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Online-Befragung	476
Abbildung 36: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Nutzerorientierung, Online-Befragung	476
Abbildung 37: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Koordination und Kooperation, Online-Befragung	476
Abbildung 38: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Transparenz der Prozesse, Online-Befragung	477

Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Health Care Research and Quality	LEFA	Leben mit Familienanschluss
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
AWO	Arbeiterwohlfahrt	MPOC-SP(A)	Measures of Processes of Care for Service Providers working with adult clients (<i>engl.</i>)
BAGüS	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe	MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI
BKK	Betriebskrankenkassen	ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
BMBFSJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
BMU	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit	PKV	Private Krankenversicherung
BWF	Betreutes Wohnen in Gastfamilien	PSG III	Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflege-stärkungsgesetz)
CINAHL	Cummulative Index of Nursing and Allied Health Literature	QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	SGB	Sozialgesetzbuch
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung	SoVD	Sozialverband Deutschland e.V.
HGBP	Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen	VdK	Sozialverband VdK Deutschland e. V.
HmbWBG	Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz	WTG	Wohn- und Teilhabegesetz
ICI	Individualized Care Inventory	WTG LSA	Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz)
IGMR	Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht	WTPG	Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz)
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung	ZWB	Zwischenbericht
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe		

1 Hintergrund

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass mit dem Anfang 2017 in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige damit beauftragen, ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben. Insbesondere sind Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und deren Eignung zu erproben. Die Instrumente sollen dabei nicht bereits Gegenstand der Qualitätssicherung, Qualitätsdarstellung und Qualitätsprüfung der Projekte nach § 113b Absatz 4 SGB XI in der ambulanten bzw. stationären Pflege sein und sich zur bundeseinheitlichen Sicherung der Qualität in neuen Wohnformen eignen.

Im August 2017 erhielten die Universität Bremen, das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Prognos AG durch den Qualitätsausschuss Pflege den Zuschlag für die Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI. Innerhalb der Laufzeit der Studie von zehn Monaten waren dabei sowohl die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der Qualitätsdiskussion in neuen Wohnformen literaturbasiert herauszuarbeiten, Expertinnen und Experten zum Thema durch verschiedene (teil-)standardisierte Befragungen in die Entwicklung der Instrumente einzubinden, geeignete Instrumente zu entwickeln und in einer Feldphase exemplarisch zu erproben. Um die in der Studie vorgesehenen Berichtspflichten einzuhalten, waren neben dem vorliegenden Abschlussbericht zwei Zwischenberichte sowie ein nicht abnahmepflichtiger Zwischenbericht mit Teilergebnissen zu verfassen.

Der vorliegende Abschlussbericht fasst die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen zusammen, stellt die Ergebnisse der Entwicklungsarbeit sowie der (teil-)standardisierten Befragungen und Felderprobung dar und ordnet diese in den Kontext des entwickelten Konzeptes für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen ein. Dabei werden die in den Zwischenberichten präsentierten Teilergebnisse an einigen Stellen unverändert übernommen. Ergänzend finden sich im Anhang dieses Abschlussberichtes eine angeforderte juristische Expertise sowie Materialien, auf die im folgenden Text verwiesen wird.

2 Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen

Dieses Kapitel arbeitet die theoretisch-konzeptionellen Grundlagen auf. Kapitel 2.1 legt die Qualitätsdiskussion und Notwendigkeit der Bestimmung von Qualitätsanforderungen bei neuen Wohnformen dar. Kapitel 2.2 definiert das Qualitätsverständnis, das der Studie zugrunde liegt.

2.1 Qualitätsdiskussion in neuen Wohnformen

In den vergangenen Jahren hat es bezüglich neuer Wohnkonzepte¹ eine intensive Diskussion über Umsetzungsprobleme gegeben. Dies hat zum Teil den Blick darauf verstellt, zu prüfen, ob die neuen Wohnmodelle auch wirklich bedarfsgerecht sind und als Wohn- und Versorgungsform die notwendigen qualitativen Anforderungen für Pflegebedürftige erfüllen. So gab es immer wieder Diskussionen zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen angesichts von Meldungen über Qualitätsmängel bei den entwickelten neuen Wohnmodellen. Solche Qualitätsmängel begründen sich aus dem Fehlen definierter und rechtlich verankerter Qualitätsanforderungen für einzelne Leistungsbereiche (wie allgemeine Betreuung, Quartiersmanagement, Anforderungen an die Wohnraumgestaltung und die Gemeinschaftseinrichtungen), fehlenden spezifischen Qualitätsmanagementverfahren, unklaren Zuständigkeiten bei den Qualitätsprüfungen sowie fehlenden geregelten Qualitätsprüfverfahren (mit Ausnahme einiger heimrechtlicher Regelungen), die über Qualitätsprüfungen der allgemeinen ambulanten Pflegeleistungen hinausgehen. Mit zunehmender Verbreitung neuer Wohnformen wird eine Systematisierung der Qualitätsdiskussion, die den besonderen Anforderungen verschiedener Wohnformtypen gerecht wird, erforderlich.

Während die Diskussionen über die Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung bei der ambulanten Pflege und der stationären Langzeitpflege seit einigen Jahren intensiv geführt und zumindest für die Langzeitpflege Ansätze für ein theorie- und wissenschaftlich geleitetes Qualitätsverständnis erarbeitet wurden (u. a. das heuristische Qualitätsmodell von Hasseler et al. 2016), fehlt eine solche systematische Aufarbeitung der Qualitätsdebatte für den Bereich der neuen Wohnformen noch völlig bzw. befindet sich am Anfang der

¹ Derzeit liegt keine allgemeingültige abschließende Definition des Begriffs der „neuen Wohnformen“ vor. In Abschnitt 6 SGB XI „Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen“ werden in § 45e ambulant betreute Wohngruppen und in § 45f „Konzepte [...]“, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten“ benannt. Der vorliegende Bericht verwendet die Begriffe „neue Wohnformen“, „ambulante Wohnformen“ bzw. „Wohnformen mit ambulanter Versorgung“ synonym für alle Wohnangebote, die ambulante Versorgungsleistungen für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf vorhalten.

Entwicklung. Erste Versuche einer systematischen Aufarbeitung erfolgen aktuell im „GKV-Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“. Das Modellprogramm zielt darauf ab, wissenschaftlich gestützte Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen als Modelle guter Praxis zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Insgesamt wurden 53 Modellprojekte im Rahmen des Modellprogramms gefördert und untersucht, welche Strukturen sie aufweisen, wie sie wirtschaftlich umgesetzt werden, welchen Rahmenbedingungen sie sich stellen müssen und wie ihre Qualität aus Nutzerperspektive zu beurteilen ist².

Zwar gibt es breite Qualitätsdiskussionen vor allem für den Wohnformtyp der „ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften“ und es wurden auch für andere Wohnformtypen zahlreiche Qualitätsmerkmale oder Qualitätsindikatoren auf wissenschaftlicher, fachlicher und gesetzlicher Basis formuliert (u. a. für das Betreute Wohnen siehe DIN 77800, für ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften Klie et al. 2017 sowie Wolf-Ostermann & Gräske 2013). Es fehlt jedoch eine systematische Aufarbeitung, welche Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind, damit sie ihrer besonderen Stellung zwischen den traditionellen „ambulanten“ und „stationären“ Versorgungssettings gerecht werden.

2.2 Zum Qualitätsverständnis

Grundlage für eine solche Aufarbeitung ist zum einen eine Klärung, welches Qualitätsverständnis einer solchen systematischen Betrachtungsweise zugrunde liegt.

Der Begriff der Qualität wird vielfältig genutzt und es gibt aktuell keine einheitliche „universelle und abschließende Definition von Qualität in der Gesundheitsversorgung“ (Blumenstock 2011). Je nach Sektor, Profession oder Position wird unter Qualität jeweils etwas Anderes verstanden. In der Qualitätsdiskussion lassen sich zwei Aspekte bei der Qualitätsdefinition ausmachen (Hasseler et al. 2016):

- **Sachbezogenes Qualitätsverständnis:** Die eine Definition versucht eher allgemein und abstrakt Qualität von der Beschaffenheit der Objekte aus zu definieren. So definiert die DIN ISO Qualität wie folgt: "Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter Ziele oder

² Zum „GKV-Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ siehe https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp.

vorgegebener Erfordernisse bezieht " (DIN ISO 9004/8402). Donabedian (1996) formuliert Qualität im Gesundheitsbereich entsprechend als Grad an Übereinstimmung zwischen den Zielen des Gesundheitswesens und der wirklich geleisteten Versorgung.

- **Nutzerorientiertes Qualitätsverständnis:** Die andere Definition betont, dass Qualität kein absoluter Wert ist, sondern immer in Beziehung zu den Bedürfnissen/Erwartungen der Individuen zu setzen ist. So definieren Seghezzi et al. (2007): „Qualität einer Einheit ist ihre Beschaffenheit, gemessen an den Bedürfnissen der relevanten Kundengruppen“. Auch Campell (2000) hat ein an Individuen orientiertes Verständnis von Qualität.

Das Qualitätsverständnis der **Studie beinhaltet beide Aspekte** von Qualität und fasst diese zusammen. Unter Qualität wird der "Grad der Übereinstimmung von Kundenerwartungen mit den Leistungen unter Berücksichtigung anerkannter fachlicher Standards" (Kämmer 1998) verstanden (siehe auch Hasseler et al. 2016). Diese beiden Aspekte werden der Besonderheit neuer Wohnformen gerecht. Zum einen betont eine solche Definition die Nutzerorientierung dieser Wohnformen, die vielfach auf Initiative der Betroffenen entstanden sind, weil die eher anbieterorientierten Wohn- und Versorgungsangebote ihren Bedürfnissen nicht gerecht wurden. Zum anderen nimmt eine solche Definition in den Blick, dass in diesen neuen Wohnformen vielfach vulnerable Personen leben, deren Versorgung durch Fachlichkeit zu gewährleisten ist.

Aus diesem Qualitätsverständnis ergeben sich folgende Schlussfolgerungen für den Fortgang der Untersuchung:

- Zum einen wird bei der Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung die Bedarfslage der potenziellen und aktuellen Nutzerinnen und Nutzer neuer Wohnformen im Fokus stehen und bei der Bestimmung der Qualitätsanforderungen leitend sein.
- Zum anderen werden bei der Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung Empfehlungen und Erfahrungen – soweit sie über neue Wohnformen oder allgemein zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Wohn- und Versorgungssituation für Pflegebedürftige vorliegen – zu berücksichtigen sein, die eine fachliche Umsetzung der Nutzerbedürfnisse gewährleisten sollen.

Zu fragen ist, welche Kundenerwartungen/Nutzerbedürfnisse und welche fachlichen Standards bei neuen Wohnformen zu berücksichtigen sind, damit sich ihre Qualität einschätzen lässt. Das sach-

sowie subjektbezogene Verständnis von Qualität ist inhaltlich zu bestimmen durch sog. „Soll-Werte“. „Qualität ist frei, aber niemand wird sie kennenlernen, wenn es nicht ein System der Bewertung gibt“ (Katz & Green 1996). Die Bestimmung von **Soll-Werten** für neue Wohnformen, die evtl. auch bei der Qualitätssicherung verbindlich gemacht werden, wird jedoch vielfach kritisch betrachtet. Mahnende Stimmen sehen bei der Übertragung von Qualitätsanforderungen beispielsweise aus dem stationären Setting die Gefahr, dass das Besondere, die einzigartige Qualität neuer Wohnformen gefährdet sei (Klie et al. 2017). Ohne die Bestimmung eines Soll-Wertes ist es jedoch nicht möglich, zu prüfen, wann eine Leistung eine Qualität erfüllt (Elsbernd et al. 2010). Auch Hasseler et al. (2016) betonen, dass es zur Erfassung von Qualität bzw. Überprüfung, ob Erwartungen der Kundinnen und Kunden und fachliche Standards erfüllt werden, erforderlich ist, Qualitätsanforderungen zu definieren. Die Herleitung von Qualitätsanforderungen ist ein erster Schritt für ein systematisches Verständnis von Qualität und die Basis für die Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen und Instrumenten für die Qualitätsberichterstattung oder Beratung. Dies ist auch für neue Wohnformen erforderlich, um ein systematisches Verständnis von Qualität in diesem Setting zu entwickeln.

Um Qualitätsanforderungen zu benennen, werden in der Qualitätsdiskussion sehr unterschiedliche Begriffe verwendet. In Anlehnung an Hasseler et al. (2016) werden in dieser Untersuchung die Begrifflichkeiten wie folgt definiert:

- **Qualitätsanforderungen:** Dieser Begriff ist als Überbegriff zu allen Soll-Werten zu verstehen, die im Rahmen der Untersuchung zur Bestimmung von Qualität verwendet werden. Dies können Qualitätsmerkmale, Qualitätskriterien oder Qualitätsindikatoren sein.
- **Qualitätsbereiche:** Die Qualitätsanforderungen können in unterschiedlichen Bereichen gestellt werden. Qualitätsbereiche umfassen unterschiedliche Handlungsfelder, wo die Qualitätsanforderungen relevant werden. In diesem Kontext wurden etwa die Qualitätsanforderungen in den Handlungsfeldern Wohnen/Umfeldgestaltung, Versorgung (Pflege, Alltagshilfen) und Soziales/Teilhabe untersucht.
- **Qualitätsmerkmale:** Dieser Begriff umschreibt die Anforderungsniveaus, sog. Soll-Niveaus, die an eine Wohnform zu stellen sind. Qualitätsmerkmale sind als eine Art Mindeststandards an die Wohnform zu verstehen, die sich aus der Erwartungshaltung/den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer ergeben (beispielsweise sollte – um die Mobilität von Pflegebedürftigen

im Rahmen ihres Bedürfnisses nach Selbstständigkeit zu sichern – das Wohnangebot möglichst barrierefrei gestaltet sein. „Barrierefreiheit“ ist in diesem Kontext daher als Qualitätsmerkmal für neue Wohnformen aufzufassen).

- **Qualitätskriterien:** Dieser Begriff umfasst Eigenschaften zur Erfüllung der Soll-Niveaus (etwa sind, um das Qualitätsmerkmal „Barrierefreiheit“ zu erfüllen, die Anforderungen der DIN 18040 Teil 2 „Barrierefreies Bauen“ wie eine „bodengleiche Dusche“ umzusetzen. Ist die „bodengleiche Dusche im Wohnprojekt vorhanden“, ist ein Qualitätskriterium für das Qualitätsmerkmal „Barrierefreiheit“ erfüllt. Daneben gibt es noch weitere Qualitätskriterien zur Realisierung des Qualitätsmerkmals „Barrierefreiheit“ wie beispielsweise das Qualitätskriterium „Vorhandensein eines schwellenlosen Zugangs zur Wohnung“).
- **Qualitätsindikatoren:** Dieser Begriff umfasst Orientierungsmaßstäbe zur Erfassung des Umsetzungsgrades der Eigenschaften, es sind konkrete Kenngrößen, um die Umsetzung des Qualitätskriteriums messen zu können (zum Beispiel kann erst dann von der Erfüllung des Qualitätskriteriums „bodengleiche Dusche“ gesprochen werden, wenn nach der DIN 18040 Teil 2 die „Einstiegshöhe zur Dusche max. 2 cm Höhenunterschied“ umfasst).

Im Fokus der Studie steht die Bestimmung von Qualitätsmerkmalen für neue Wohnformen, als Grundlage für die Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems in neuen Wohnformen. Die Bestimmung von Kriterien/Indikatoren zur Messung der Qualität erfordert den Rückgriff auf Referenzwerte und wissenschaftliche (möglichst evidenzbasierte) Erkenntnisse. Da solche wissenschaftlich begründeten Kriterien/Indikatoren für neue Wohnformen vielfach nicht vorliegen, werden Kriterien/Indikatoren, die in anderen Kontexten zur Sicherung bedarfsgerechter Wohn- und Versorgungsformen für Pflegebedürftige ermittelt wurden, herangezogen werden müssen.

Qualität ist ein multidimensionales Konstrukt, daher sind multiple Qualitätsanforderungen für jeden relevanten Bereich zu definieren. Dies gilt insbesondere für neue Wohnformen, die nicht nur Qualitätsanforderungen im Bereich der Pflege zu sichern haben. Da die Bestimmung von Qualitätsanforderungen bei der ambulanten Pflege Gegenstand einer anderen Studie zur Qualitätssicherung ist, nimmt diese Studie vor allem die Qualitätsbereiche, die über die ambulante Pflege hinausgehen, in den Blick. Bei der Bestimmung der Qualitätsanforderungen ist zu berücksichtigen, dass nur solche Qualitätsanforderungen ausgewählt werden, die für die Performanz neuer Wohnformen relevant sind und die durch Leistungen der

neuen Wohnformen beeinflusst werden können. Nur dann lassen sie sich als Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen stellen.

3 Untersuchungsdesign

Dieses Kapitel legt das Untersuchungsdesign der Studie dar und beschreibt ausführlich die angewendeten Untersuchungsmethoden. In der von August 2017 bis Juni 2018 durchgeführten Studie zur Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI kamen sowohl qualitative als auch quantitative Methoden der Datenerhebung und -analyse (Triangulation) in vier empirischen Arbeitspaketen und einem koordinierenden Arbeitspaket zum Einsatz. Tabelle 2 fasst das methodische Vorgehen in den Arbeitspaketen zusammen, welche nach einer etwa einmonatigen Phase der Vorbereitungszeit zur Schaffung der notwendigen organisatorischen und personellen Voraussetzungen ab September 2017 umgesetzt wurden und in den folgenden Abschnitten dieses Kapitels näher erläutert sind.

Tabelle 2: Arbeitspakete, methodisches Vorgehen und Zeitverlauf der Studie

Arbeitspaket	Methodisches Vorgehen	Zeitpunkt/ Dauer
Aufarbeitung des Bezugsrahmens: Abbildung bestehender Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren der Leistungserbringung in neuen Wohnformen	• Systematische Literaturrecherche	September 2017
	• Rechtliche Prüfungen	Dezember 2017
Entwicklung eines bundeseinheitlichen Konzeptes für eine Qualitätssicherung	• Online-Befragung in neuen Wohnformen	Januar bis Februar 2018
	• Analyse der Qualitätsforschung	März 2018
	• Experten-Workshop mit Vertreterinnen und Vertretern des MDK, Krankenkassen, Heimaufsichten, Wohnaufsichtsbehörden, Praktikerinnen und Praktikern	27. Februar 2018
Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung	• Erstellung einer Synopse	April 2018
	• Erstellung des vorläufigen Instrumentariums für die Erprobung	April 2018
Erprobung der Instrumente in ausgewählten neuen Wohnformen	• Fallstudien zu Praktikabilität und Form der Berichterstattung in unterschiedlichen Wohnformen	Mai 2018
	• Berichtlegung erster ZWB	16. Oktober 2017
Studienkoordination und Berichterstattung	• Berichtlegung zweiter ZWB	23. November 2017
	• Berichtlegung Auswertung Ergebnisse Online-Befragung und Arbeitsstand	13. April 2018
	• Abschlussbericht	08. Juni 2018

3.1 Leitfadenanalyse

Um zu prüfen, welche Qualitätsmerkmale neue Wohnformen erfüllen sollten, damit sie der Besonderheit zwischen Heim und Häus-

lichkeit gerecht werden können, wurden zunächst ca. 50 Arbeitshilfen und Praxisleitfäden unterschiedlicher neuer Wohnformtypen (Typ 1: Ambulante (selbstorganisierte) gemeinschaftliche Wohnformen, Typ 2: Ambulante betreute Wohnformen, Typ 3: Ambulante Pflegewohnformen, Typ 4: Ambulante integrierte Wohnformen) ausgewertet. Untersucht wurde, welche Qualitätsanforderungen dort in den Bereichen Wohnen, Versorgung, Teilhabe aber auch Konzeption und Organisation genannt werden, um ein bedarfsgerechtes Angebot zu sichern. Dies bildete *eine* Grundlage zur Identifizierung von Qualitätsmerkmalen, die als besondere Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind. Die Ergebnisse der Leitfadenganalyse finden sich in diesem Bericht in den Kapiteln 5 und 6 wieder.

3.2 Literaturanalysen

Neben der Leitfadenganalyse wurden verschiedene Literaturanalysen durchgeführt. Sie waren eine weitere Grundlage, um Qualitätsmerkmale sowie Qualitätskriterien/-indikatoren für neue Wohnformen zu identifizieren. Sie ermöglichen aber auch einen Einblick in mögliche Versorgungsauscomes neuer Wohnformen.

Rapid Review zu Versorgungsauscomes neuer Wohnformen

Im Rahmen der Bestandsanalyse wurde zur Identifikation von in der (inter-)nationalen Literatur beschriebenen Effekten des Lebens in Versorgungsformen, die alternativ zu stationären Einrichtungen, außerhalb der herkömmlichen vollstationären Betreuung eine bewohnerorientierte individuelle Versorgung anbieten (Versorgungsauscomes), eine Literatursuche im Form eines Rapid Reviews (vgl. (Tricco et al. 2015)) im September 2017 in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Gerolit und LIVIVO unter Verwendung der in Tabelle 3 gezeigten Suchbegriffe und Synonyme für neue Wohnformtypen durchgeführt. Ergänzend wurden Publikationen des Projektes der Universität Bremen „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ (vgl. Rothgang et al. 2017) auf Relevanz hin gesichtet (Handsuche).

Tabelle 3: Suchbegriffe für Wohnformtypen

Suchbegriffe und Synonyme	
deutschsprachige Suchbegriffe	
Wohnformen für Ältere	Wohngemeinschaft*
Wohnformen für Pflegebedürftige	Seniorenwohngemeinschaft*
Neue Wohnformen	Altenwohngemeinschaft*
Betreutes Wohnen	Mehrgenerationenwohnen
Wohnen mit Service	Hausgemeinschaft*
Servicewohnanlage*	Pflegewohngemeinschaft*
Service-wohnen	Betreute Wohngruppe*
Servicewohnen	Freiburger Modell
Wohnen plus	Demenzwohngruppe*
Begleitetes Wohnen	Pflegehausgemeinschaft*
Wohnen mit Assistenz	Bielefelder Modell
Quartierkonzepte	Pflegewohnen
Integrierte Wohnkonzepte	Ambulantisierung stationärer Einrichtungen
	Stambulant
englischsprachige Suchbegriffe	
supervised flat-sharing	residential community
community	living community
outpatient supervised flats	cade unit
sharing community	cantou
assisted living	green house
service living	group living
group home	small-scale living
shared living	woodside place
shared housing	

Erarbeitung ordnungs-, sozialleistungs- und leistungserbringungsrechtlich relevanter Qualitätsaspekte

Die Ermittlung ordnungs-, sozialleistungs- und leistungserbringungsrechtlich relevanter Qualitätsaspekte basiert auf der Analyse der jeweiligen auf Bundes- bzw. Landesebene geltenden Gesetzestexte. Neben den Sozialgesetzbüchern V, XI sowie XII wurden so auch die Heim-/Wohn- und Teilhabegesetze sowie die entsprechenden Verordnungen der Länder gesichtet³. Auch hierbei flossen die Erkenntnisse des Projekts „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ der Universität Bremen ein. Im Vordergrund der Analyse standen dabei Aspekte und Regelungen der Qualitätssicherung.

Rapid Review zu Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale

Eine weitere Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und LIVIVO im März 2018 diente der Identifikation von möglichen, in der (inter-)nationalen Literatur beschriebenen Kriterien und Indikatoren zur Operationalisierung der ausgewählten Qualitätsmerkmale. Dies begründete die Auswahl und Formulierung der in das zu testende

³ Vgl. <https://www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/> [09.10.2017].

Qualitätsinstrument einbezogenen Items. Die einbezogenen Suchbegriffe und Trefferverläufe sind dem Anhang 1: *Suchbegriffe und Trefferverläufe Rapid Review zu Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale* zu entnehmen.

3.3 Rechtliche Prüfungen

Die Entwicklung des Konzeptes zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen erfolgte unter Einbindung juristischer Expertise. Zur Bewertung des in der Studie entwickelten Konzeptes und der Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI im Hinblick auf zu beachtende Anforderungen im Kontext der Pflegeversicherung wurde eine juristische Stellungnahme vom Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) der Universität Bremen erstellt. Im Rahmen der juristischen Expertise wurden sowohl die Gesamtkonzeption wie auch die ausgewählten Qualitätsmerkmale sowie die ausgewählten Kriterien/Items des zu erprobenden Instruments, welche für eine externe Qualitätsprüfung geeignet schienen, überprüft. Auch wurde die in der Studie entwickelte Typisierung der neuen Wohnformen unter Hinzuziehung des IGMR diskutiert. Die Ergebnisse fließen an den gegebenen Stellen in die Darstellung ein.

3.4 Online-Befragung

Im Rahmen einer Online-Befragung von Akteuren in neuen Wohnformen im Januar und Februar 2018 wurden Erfahrungen und Meinungen allgemein zu Qualitätsanforderungen und ihren Herausforderungen bei der Umsetzung ermittelt. Ein inhaltlicher Schwerpunkt lag auf der Bewertung der durch die anderen Untersuchungsschritte herauskristallisierten Qualitätsmerkmale. Es wurde untersucht, wie diese aus der Perspektive der Initiatoren neuer Wohnformen beurteilt werden, um die besondere Qualität neuer Wohnformen zu erfassen. Hierbei wurde ein dreistufiges Verfahren durchgeführt:

Im ersten Schritt wurden Anfang Dezember 2017 sogenannte „Multiplikatoren“⁴ kontaktiert. Die Multiplikatoren wurden gebeten, ihnen bekannte Wohnangebote der vier Wohnformtypen ambulanter Wohnformen zu übermitteln⁵. Bei der Zusammenstellung der Multiplikatoren wurde auf eine möglichst heterogene Auswahl sowie Be-

⁴ Als Multiplikatoren wurden Personen und/oder Institutionen ausgewählt, die Kenntnisse über bestehende Wohnangebote, deren Träger oder deren Nutzerinnen und Nutzer aufweisen und ihnen bekannte neue Wohnformen benennen können.

⁵ Folgende Informationen zu den Angeboten wurden abgefragt: Angebotsname, Wohnformtyp sowie Kontaktdaten.

zug zur regionalen Ebene geachtet. Die Ermittlung der Kontaktdaten erfolgte über eine systematische Internetrecherche. Darüber hinaus wurden bestehende Kontaktdaten des Evaluationsteams aufgenommen. Insgesamt wurden über 1.800 Multiplikatoren angeschrieben.⁶ Tabelle 4 gibt eine Übersicht über den Verteiler der Multiplikatoren. Über die Rückmeldung der Multiplikatoren wurde ein Verteiler von etwa 1.500 Wohnangeboten neuer Wohnformen für die Online-Befragung zusammengestellt. Darüber hinaus wurde den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Möglichkeit eingeräumt, weitere ausgewählte Multiplikatoren zu übermitteln. Über diesen Weg wurden weitere 29 Kontaktpersonen erfasst.

Tabelle 4: Übersicht zum Verteiler der Multiplikatoren

Multiplikatoren zur Sammlung von Angeboten neuer Wohnformen	
Akteure (Anzahl)	Beschreibung
Deutsche Alzheimergesellschaft (101)	Landesverbände und Regionalgruppen
Deutscher Landkreistag (13)	Landesverbände in den Flächenstaaten
Deutscher Städtetag (16)	Mitgliedsverbände der Bundesländer
Freie Wohlfahrtspflege und private Anbieter auf Länderebene (127)	Landesverbände / Bezirksverbände von AWO, bpa, Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Rotes Kreuz, Volkssolidarität
Koordinationsstellen (11)	Koordinationsstellen Wohnen im Alter / neue Wohnformen
Ministerien / Ämter auf Länderebene (23)	Landesministerien und Ämter auf Länderebene im Bereich Soziales bzw. Pflege
Pflegekassen auf Länderebene (44)	AOK, BKK (Landesverbände), IKK (Innungskassen), Knappschaft (Regionaldirektionen), vdek (Landesvertretungen)
Pflegestützpunkte / sonstige Beratungsstellen (538)	Vollerhebung der Pflegestützpunkte (Stand: Mai 2016), weitere Beratungsstellen für Bundesländer mit keinen bzw. wenigen Pflegestützpunkten (Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt)
Sozialämter (353)	Vollerhebung der Sozialämter in Deutschland (Stand: Mai 2016)
Sozialverbände auf Länderebene/ Kommune (159)	Verbände von DVSG, SoVD und VdK
Überörtliche Träger der Sozialhilfe (13)	BAGüS Mitglieder in kommunaler Trägerschaft
Wohn-, Betreuungs- und Heimaufsicht (450)	Stellen der Wohn-, Betreuungs- und Heimaufsicht (Stand: April 2017)
Sonstige Akteure (26)	Einzelkontakte

⁶ Die Kontaktaufnahme erfolgte per E-Mail. Dieser wurde ein Schreiben mit Informationen zum Projekt und der Befragung beigefügt. Im Zuge der Ansprache der Multiplikatoren wurden zusätzlich die Verbände auf der Bundesebene über das Vorhaben informiert.

Im zweiten Schritt wurde im Zeitraum von Dezember 2017 bis Januar 2018 der Fragebogen (Anhang 6: *Anschreiben und Fragebogen für die Online-Befragung*) ausgehend von den Ergebnissen des ersten und zweiten Zwischenberichts ausgearbeitet und in dem Online-Befragungs-Tool Lime-Survey programmiert. Anschließend wurden in drei ausgewählten Angeboten neuer Wohnformen entsprechende Pretests durchgeführt und der Fragebogen nochmal geringfügig angepasst.

Im dritten Schritt erfolgte Ende Januar 2018 die umfassende Online-Befragung der zuvor erfassten Angebote neuer Wohnformen. Der Link zur Online-Befragung wurde mittels einer E-Mail an alle genannten Ansprechpartner der Angebote verschickt und ein Informationsschreiben zum Projekt und der Befragung beigefügt. Insgesamt liegt der Rücklauf der Online-Befragung bei 166 vollständig ausgefüllten Fragebögen. Die Ergebnisse der Online-Befragung werden in Kapitel 5.4 und in Kapitel 6 aufgegriffen und in Anhang 12 detailliert dargestellt.

3.5 Experten-/Praktikerworkshops

Weiterhin wurden die Ergebnisse der Analysen im Rahmen von Experten- und Praxisworkshops diskutiert. Diese wurden am 27. Februar 2018 in Berlin durchgeführt. Insgesamt 34 Expertinnen und Experten (drei Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen, von sechs Prüfdiensten, einer Aufsichtsbehörde, zwölf Länderkoordinierungsstellen zum Wohnen im Alter sowie vier Selbsthilfeinitiativen/Nutzerverbände) und acht Praktikerinnen und Praktiker (Initiatoren von Wohnprojekten und Leistungserbringer aus der Wohlfahrtspflege, Privatanbieter sowie Wohnungsunternehmen) diskutierten über ihre Erfahrungen zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen, beurteilten die Relevanz der ausgewählten Qualitätsmerkmale und erarbeiteten Empfehlungen für Qualitätssicherungsverfahren für neue Wohnformen.

Tabelle 5: Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Praktikerworkshop

Institution
Mobile Alten- und Krankenpflege
Demenzzentrum/Wohngemeinschaft
ASB-Gesellschaft für soziale Einrichtungen mbH
Pflegedienst GmbH
Wohngemeinschaft
Pflegedienst gGmbH
Seniorenzentrum
Verein Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA)

Tabelle 6: Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Expertenworkshop

Institution
FaWo Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen Baden-Württemberg
Forum Gemeinschaftliches Wohnen
MDK Nord
Koordinationsstelle für innovative Wohn- und Pflegeformen im Alter - KIWA
Landesberatungsstelle Neues Wohnen Rheinland-Pfalz
Diakonische Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e.V.
FAPIQ Fachstelle Alter und Pflege im Quartier, Brandenburg
Gesellschaft für Prävention im Alter (PiA) e.V. Beratungsstelle zum Wohnen im Alter und für neue Wohnformen, Sachsen-Anhalt
AKU GmbH, Beratung und Projektentwicklung
BAGSO
Landesamt für Soziales und Versorgung Brandenburg
Hamburger Koordinationsstelle für Wohn-Pflege-Gemeinschaften Stattdbau Hamburg
Wohngemeinschaft
VDEK, Bundesverband
GKV-Spitzenverband
BIVA - Interessenvertretung bei Pflege und Betreuung
AOK-Bundesverband
Verein Selbstbestimmtes Wohnen im Alter (SWA)

3.6 Entwicklung eines bundeseinheitlichen Konzeptes

Ausgehend von den vorangehend beschriebenen Arbeitsschritten wurden konkrete Bestandteile eines (bundeseinheitlichen) Konzeptes zur Qualitätssicherung erarbeitet. Für die Erstellung des Konzeptes zur Qualitätssicherung für neue Wohnformen war

- zum einen eine Zieldefinition erforderlich, welche Qualitätsanforderungen an neue ambulante Wohnformen gestellt werden sollen und

- zum anderen eine Definition der Strategien und Maßnahmen, wie gesichert und überprüft werden kann, dass die Qualitätsanforderungen von neuen ambulanten Wohnformen auch umgesetzt werden.

Daher wurde zunächst die **Zielrichtung für das Konzept** der Qualitätssicherung durch die Definition von Qualitätsanforderungen für neue ambulante Wohnformen bestimmt. Fünf zentrale **Qualitätsmerkmale** wurden für die neuen Wohnformen herausgearbeitet, die ihre Besonderheit zwischen Heim und Häuslichkeit deutlich machen und die inhaltliche Ausrichtung der Qualitätssicherung bestimmen. Die Begründung für die Auswahl/Relevanz der Qualitätsmerkmale für die Qualitätssicherung neuer Wohnformen basiert auf den Ergebnissen der Leitfaden- und Literaturanalyse, der Online-Befragung, der Workshops sowie der juristischen Prüfung.

Nach der Bestimmung der Zielrichtung wurden für den **Anwendungsbezug des Konzeptes notwendige Aspekte** definiert. In einem zweiten Schritt wurden daher Strategien und Maßnahmen erarbeitet, wie die Qualitätsanforderungen umzusetzen sind und wie deren Einhaltung überprüft werden kann. Hierzu gehört vor allem

- die Konkretisierung, **was** bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale zu beachten ist. Durch Operationalisierung der Qualitätsmerkmale wurden Qualitätskriterien (Eigenschaften) und Qualitätsindikatoren (Messwerte) bestimmt. Auf der Basis der beschriebenen Leitfaden- und Literaturanalysen (Rapid Reviews) wurde eine umfassende Sammlung an möglichen Kriterien/Indikatoren zusammengestellt, die nach allgemeinen Erfahrungen bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale in den Blick zu nehmen sind. Der Rückgriff auf allgemeine Erfahrungen war erforderlich, weil bisher kaum Studien vorliegen, die evidenzbasierte Qualitätskriterien/Indikatoren für neue Wohnformen nachgewiesen haben. Nicht alle allgemeinen Erfahrungen sind für neue Wohnformen relevant. Die Auswahl der relevanten Kriterien/Indikatoren für neue Wohnformen erfolgte über ein Expertenkonsensverfahren, orientiert an der Methode des nominalen Gruppenprozesses. Dieses ist ausführlicher in Kapitel 6.2 dargestellt. Die **Kriterien/Indikatoren-Sammlung** gibt Interessierten eine Orientierung über die Soll-Anforderungen bei der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen. Die Sammlung der relevanten Kriterien/Indikatoren für die Qualitätsmerkmale wird ausführlich in Kapitel 6.2 beschrieben.
- Weiter wurde zur Konkretisierung des Anwendungsbezuges des Konzeptes definiert, **wo** – also in welchen Wohnformen – welche Qualitätsanforderungen schwerpunktmäßig gelten sollten.

Da die Qualitätsmerkmale die Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen sichern sollen, sind die operationalisierten Kriterien/Indikatoren als Anforderungen an alle neuen ambulanten Wohnformen zu stellen. Gleichwohl wurden – im Sinne eines **modularen Qualitätssicherungssystems** – Empfehlungen erarbeitet, auf welche Qualitätsmerkmale und damit Kriterien/Indikatoren welche Wohnformen einen besonderen Fokus legen sollten, da sich in der Praxis hier besondere Umsetzungsherausforderungen stellen. Dafür wurden die Kriterien/die Indikatoren-Sammlung konzeptionell zu unterscheidenden **Wohnformtypen** und **Wohnformträgerschaften** schwerpunktmäßig zugeordnet. Das Verfahren der **Zuordnung** wird in Kapitel 6.3 beschrieben, die zugeordneten Kriterien/die Indikatoren-Sammlung befinden sich in Anhang 14.

- Als weiterer Teil des Konzeptes wurde konkretisiert, **wann und wie** die definierten Qualitätsanforderungen berücksichtigt werden sollen. Im Sinne eines modularen Qualitätssicherungsverfahrens wurden **unterschiedliche Instrumente** für verschiedene Qualitätssicherungsverfahren erstellt. Ein Instrument mit allen 93 Kriterien/Indikatoren kann im Kontext der Beratung und ggf. auch internen Qualitätsprüfung Anwendung finden (Instrument: „**Checkliste für Beratung**“), um umfassende Orientierung über die Qualitätsanforderungen neuer Wohnformen zu geben. Daneben sind mittels eines mehrstufigen Verfahrens Instrumente entstanden, die nur eine Auswahl von Kriterien/Indikatoren – im Sinne von Mindest-Anforderungen oder im Sinne von leistungsrechtlich relevanten Anforderungen – umfassen (Instrumente: „**Checkliste für internen Qualitätsprüfung**“ bzw. „**Checkliste für externe Qualitätsprüfungen oder Qualitätsberichterstattung**“). Das Auswahlverfahren der Indikatoren/Kriterien für die verschiedenen Instrumente erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungsschritte (Leitfaden-, Literaturanalyse, Online-Befragung, leistungsrechtliche Prüfung) und ist in Kapitel 6.5 beschrieben. Die Instrumente wurden im Rahmen einer ersten Felderprobung im Hinblick auf Verständlichkeit, Sinnhaftigkeit, Praktikabilität und Verfügbarkeit von benötigten Daten geprüft und ausgehend von den Erprobungsergebnissen entsprechend zu einer finalen Version überarbeitet (Kapitel 6.5). Ebenso wurde eine **Anleitung** erstellt, in dem die verwendeten Begrifflichkeiten der Kriterien/Indikatoren genauer erläutert werden, um ein einheitliches Verständnis bei der Anwendung zu sichern. In der Anleitung werden auch Anregungen zum Verfahren gegeben, wie die Kriterien/Indikatoren überprüft werden könnten und Vorschläge für

eine mögliche Bewertung des Umsetzungsgrades der Indikatoren gemacht.

- Im Rahmen des zu definierenden Anwendungsbezugs für das Konzept war weiterhin zu klären, durch **wen** die Qualitätssicherung in neuen ambulanten Wohnformen erfolgen soll oder kann. Es wurde definiert, wer für die Qualitätssicherung aufgrund der aktuellen Rechtslage in neuen Wohnformen verantwortlich ist und welche Folgen sich daraus aktuell bei der Qualitätssicherung ergeben. Diese Ergebnisse werden in Kapitel 6.6 dargelegt.

3.7 Felderprobung der Instrumente

Die Instrumente für das Konzept wurden in der letzten Projektphase im Mai und Juni 2018 einer ersten praktischen Erprobung unterzogen. Im Rahmen dieser Felderprobung wurde eine erste Eignungseinschätzung eingeholt. Hierbei wurde gezielt abgefragt, inwiefern die Instrumente zur Beratung und Sicherung der Qualitätsmerkmale in der jeweiligen Wohnform geeignet und wie sie praktisch handhabbar sind.

Das Instrument mit allen zunächst erarbeiteten Kriterien/Indikatoren – Soll-Anforderungen – wurde an sechs ausgewählte Wohnprojekte sowie eine Beratungsinstitution geschickt und anschließend in einem persönlichen bzw. telefonischen Fachgespräch diskutiert. Die Auswahl der Wohnprojekte erfolgte über die Rückmeldungen der Online-Befragung, hier war es den Teilnehmenden möglich, ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Felderprobung zu erklären. Bei der Auswahl der Wohnangebote wurde darauf geachtet, dass sowohl Angebote unterschiedlicher Wohnformtypen, in Trägerverantwortung und Selbstverantwortung, Angebote mit und ohne 24h-Betreuung, Angebote aus unterschiedlichen Bundesländern, Angebote mit unterschiedlichen Zielgruppen sowie Angebote mit und ohne Intensivpflege Berücksichtigung fanden. Die Bewertung des Instrumentes mit allen Kriterien/Indikatoren wurde von den Wohnprojekten bzw. von der Beratungsinstitution anhand folgender Fragen vorgenommen:

- Sind die Indikatoren für Sie verständlich (ja/nein)?
- Schätzen Sie die Indikatoren als sinnvoll für die Beratung/interne Qualitätssicherung ein (ja/nein)?
- Sind die Indikatoren für Sie praktikabel, d. h. sind diese durch das Wohnangebot beeinflussbar (ja/nein)?
- Liegen Ihnen die benötigten Daten/Informationen vor, um diese Fragen zu den Indikatoren zu beantworten (ja/nein)?

Das Instrument mit reduzierten Kriterien/Indikatoren – Mindest-Anforderungen – wurden zudem an drei gesetzliche Prüfinstanzen (Aufsicht für unterstützende Wohnformen Brandenburg (ehemals Heimaufsicht), Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord sowie der Prüfdienst der PKV) geschickt und anschließend in telefonischen Fachgesprächen diskutiert. Ziel war es, die Prüffähigkeit der Kriterien/Indikatoren zu bewerten. Die Prüfinstanzen sollten die Instrumente anhand folgender Fragen bewerten:

- Sind die Indikatoren für Sie verständlich (ja/nein)?
- Schätzen Sie die Indikatoren als sinnvoll für die externe Prüfung ein (ja/nein)?
- Sind die Indikatoren für Sie praktikabel, d. h. ist dieser durch das Wohnangebot beeinflussbar (ja/nein)?
- Sind die Indikatoren relevant für die Beratung durch Prüfinstitutionen (ja/nein)?

Die Ergebnisse der Felderprobung wurden in eine Ergebnisübersicht überführt. Diese Ergebnisse sowie die den Teilnehmenden zur Verfügung gestellten Hintergrundinformationen und Anleitungen inklusive der getesteten Instrumente finden sich in den folgenden Anhängen dieses Berichtes: *Anhang 7: Felderprobung: Hintergrundinformation und Anleitung, Check- bzw. Prüfliste* und *Anhang 8: Ergebnisübersicht der Felderprobung*.

Erarbeitung eines Konzeptes

Auf der Grundlage dieser entwickelten Bestandteile wurde ein Vorschlag für ein (bundeseinheitliches) Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen entwickelt. Es definiert die Zielrichtung (Qualitätsmerkmale) und die Umsetzungsverfahren (Instrumente, Anwendungsbezug im Rahmen der Beratung, der Qualitätsberichterstattung und Qualitätsprüfung, Verantwortlichkeit) für die Qualitätssicherung. Das vorgeschlagene Konzept ist ein erster Vorschlag zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen, der in Zukunft einer systematischen Überprüfung auf seine Handhabbarkeit bedarf. Im Rahmen des Untersuchungszusammenhangs konnte lediglich eine erste praktische Erprobung für die entwickelten Instrumente vorgenommen werden.

3.8 Gesamtübersicht zum Untersuchungsdesign

Der Prozess der Konzepterstellung umfasst die in den vorangehenden Teilabschnitten beschriebenen Arbeitsschritte und Methoden. Im Studienverlauf wurden die Ergebnisse der unterschiedlichen methodischen Stränge dazu genutzt, das zu erarbeitende Konzept empirisch zu fundieren. Abbildung 1 zeigt, wie die einzelnen Arbeitsschritte aufeinander aufbauen und in welchen Prozessschritt ihre

Ergebnisse einfließen. Weiter ist der Abbildung ein Verweis auf das entsprechende Ergebniskapitel dieses Berichts zu entnehmen.

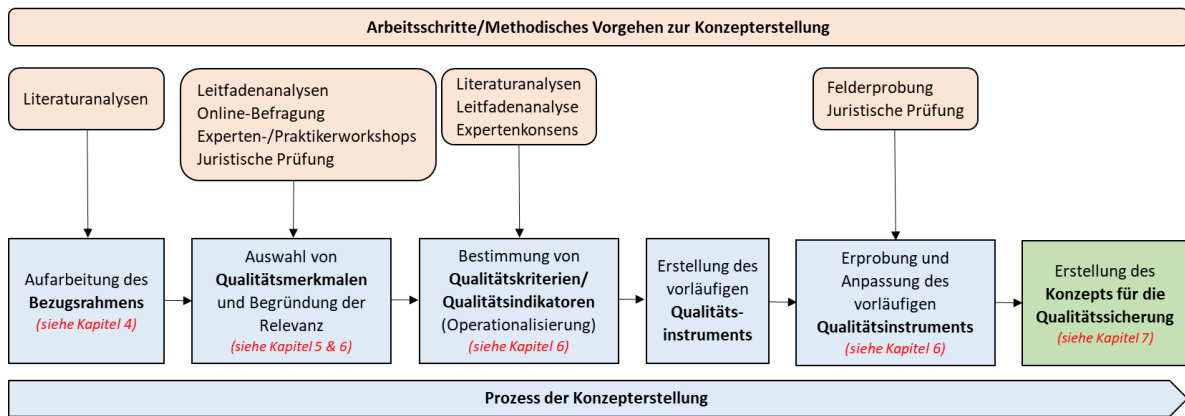


Abbildung 1: Verlauf der Konzepterstellung

4 Entwicklungs- und Forschungsstand neuer ambulanter Wohnformen

Im folgenden Kapitel werden die Rechercheergebnisse zum Entwicklungsstand neuer ambulanter Wohnformen dargestellt. Weiter wird das Spektrum an unterschiedlichen Wohnformen, die sich in den vergangenen Jahren entwickelt haben, aufgezeigt (Kapitel 4.1) und eine Zuordnung nach Wohnformtypen vorgenommen. Anschließend erfolgen eine Einschätzung der quantitativen Entwicklung und die Beschreibung ihrer Relevanz für Pflegebedürftige (Kapitel 4.2). Ebenso werden bisher vorliegende Forschungsergebnisse dazu aufgearbeitet, wie diese neuen Wohnformen qualitativ die Versorgungslage für Pflegebedürftige im Sinne von Versorgungsergebnissen verändern oder beeinflussen können (Kapitel 4.3).

4.1 Spektrum und Wohnformentypisierung

Die Wohn- und Versorgungslandschaft für Pflegebedürftige hat sich in den vergangenen 30 Jahren sehr ausdifferenziert. Neben der Weiterentwicklung der Wohn- und Versorgungsangebote zuhause haben Pflegebedürftige mittlerweile ein breites Spektrum an besonderen neuen Wohnformen, in die sie einziehen können und die sich in den vergangenen Jahren ebenso weiterentwickelt haben. Dabei hat sich nicht nur die Pflegelandschaft im stationären Bereich ausdifferenziert⁷. Vor allem im ambulanten Bereich ist eine Vielzahl von neuen Wohnformen entwickelt worden, in denen zum Teil ausschließlich oder zumindest teilweise Pflegebedürftige leben. Auch wenn die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gerade bei neuen Wohnformen nicht immer klar ist, wird in diesem Untersuchungszusammenhang der Fokus auf diese neuen Wohnformen im ambulanten Bereich gelegt.

Die Bandbreite der vielfältigen Angebotsformen im ambulanten Bereich lässt sich verschiedenen Typen zuordnen, die sich aufgrund ihrer unterschiedlichen Konzeptionen und schwerpunktmäßigen Leistungsstrukturierungen ergeben, wie Tabelle 7 zusammenfasst.

⁷ Es wurden stationäre Wohnformen entwickelt, die ein hohes Maß an Alltagsnormalität und Selbstbestimmung sichern sollten (Hausgemeinschaftskonzepte) und die die Wohnsituation stärker an die Bedarfslagen spezieller Zielgruppen angepasst haben (Pflegeoase, Demenzdörfer). Diese werden kleinteiliger und dezentraler organisiert, um sich stärker in die umliegenden Quartiere zu integrieren und als Teil einer lokalen Verantwortungsgemeinschaft einen Beitrag zur altersgerechten Weiterentwicklung der sozialen Nahräume zu leisten (Pflegekleblatt, KDA-Quartiershäuser).

Tabelle 7: Spektrum an ambulanten neuen Wohnformen (eigene Darstellung 2017)

Wohnformtyp	Angebotsformen innerhalb der Konzepttypen
1. Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> • Seniorenwohngemeinschaften • Mehrgenerationenwohnprojekte • Seniorendörfer • Virtuelle Seniorenwohngemeinschaften
2. Ambulante betreute Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> • Betreutes Wohnen/Servicewohnen • Betreute Wohngruppen für Behinderte • Abbeyfield-Hausgemeinschaften • Betreutes Wohnen zu Hause
3. Ambulante Pflegewohnformen	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulant betreute Wohngruppen/Wohngemeinschaften • Freiburger Modell • Pflegehausgemeinschaften • Bielefelder Modell • Gastfamilienmodelle • Ambulantisierte stationäre Einrichtungen
4. Ambulante integrierte Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnen plus • Sozialräumliche Konzepte/Quartierskonzepte/Betreute Wohnzonen • Misch(Pflege-)formen

4.1.1 Wohnen in Gemeinschaft: Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen

Die Konzepte selbstständiger gemeinschaftlicher Wohnformen gibt es schon seit über 30 Jahren in Deutschland. Bei ihnen steht der **Gemeinschaftsaspekt im Vordergrund** und sie sind nicht mit den ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften zu verwechseln. Für selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen interessieren sich häufig jüngere Menschen und jüngere Seniorinnen und Senioren, die noch weitgehend selbstständig leben können (im Unterschied zu ambulanten Pflegewohngemeinschaften). Es gibt aber auch selbstständige Wohngemeinschaften von Personen mit stärkeren Beeinträchtigungen, die sich z. B. auf Grund eines ähnlichen persönlichen Hintergrundes als Gruppe organisiert haben und zusammen gemeinschaftlich wohnen und sich gegenseitig unterstützen möchten (z. B. Personen mit der Erkrankung Multiple Sklerose). Der Gemeinschaftsaspekt und nicht der Versorgungsaspekt steht jedoch im Vordergrund solcher Konzepte. Oft besteht der Wunsch, intensiveren und verbindlicheren Kontakt zu anderen Menschen zu haben, als dies in einer „normalen“ Wohnumgebung möglich ist⁸. Typisch für diesen Konzepttyp ist es, dass die Projekte von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbstständig geplant und umgesetzt

⁸ Vgl. <http://www.aq-nrw.de/innovativ-wohnen/> [12.10.2017].

werden. Ebenso wohnen diese in der Regel in einer eigenen Wohnung – auch als Pflegebedürftige. Die Gruppen organisieren ihren intensiven gemeinschaftlichen Austausch selbst und unterstützen sich im niederschweligen Bereich gegenseitig. Unterstützungsleistungen werden in der Regel individuell und frei wählbar organisiert.

In der Praxis hat sich eine differenzierte Projektlandschaft dieses Wohnformtyps von reinen *Seniorenwohngemeinschaften* oder *Seniordörfern*, wo nur Ältere zusammenleben, über *Mehrgenerationenwohnprojekte* bis hin zu *virtuellen Wohngemeinschaftsformen* entwickelt.

4.1.2 Wohnen mit Betreuung/Service: Ambulante Wohnformen mit Betreuung/Service

Das Wohnkonzept des Betreuten Seniorenwohnens – auch „Service Wohnen“ benannt – wurde Anfang der 1990er Jahre als die Wohnform der Zukunft für ältere Menschen angesehen. Hier steht der **Service- oder Betreuungsaspekt im Vordergrund**. Vom Konzept bietet dieser Wohnformtyp den Bewohnerinnen und Bewohnern eine eigenständige – meist barrierefreie – Wohnung und Gemeinschaftsräume zumeist in einer Wohnanlage für den sozialen Austausch. Zudem bietet eine Betreuungskraft regelmäßig Beratungsleistungen vor Ort an, vermittelt bei Bedarf weitere Leistungen und organisiert gemeinschaftliche Aktivitäten. Für diese Betreuungsleistungen müssen in der Regel verpflichtend neben der Miete Betreuungspauschalen gezahlt werden, alle anderen Leistungen sind frei wählbar. Umfassende Versorgungssicherheit kann nicht immer gewährleistet werden, bei schwerer Pflegebedürftigkeit ist zum Teil ein Auszug erforderlich.

Auch dieser Wohntypus zeichnet sich durch eine differenzierte Projektlandschaft aus. Betreutes Wohnen wird in Solitäreinrichtungen oder im Heimverbund umgesetzt. Zum Betreuten Wohnen zählt auch das sogenannte *Abbeyfield-Konzept*, das in Deutschland in vereinzelt Projekten umgesetzt wird. Es kommt aus England und ist eine Zwischenform von gemeinschaftlichem und betreutem Wohnen für unterstützungsbedürftige Menschen. Es wird von ehrenamtlichen Bürgerinnen und Bürgern vor Ort initiiert und umgesetzt. Die Bewohnerinnen und Bewohner leben in einem gemeinsamen Haushalt. Sie haben einen geringen Hilfe- und Pflegebedarf und werden im niederschweligen Bereich von Ehrenamtlichen unterstützt. In der Praxis haben sich zudem Modelle des „*Betreuten Wohnens zu Hause*“ entwickelt, wo Ältere in ihrer angestammten Wohnung bleiben und mittels eines Betreuungsvertrages geregelt wird, dass sie regelmäßig einen Hausbesuch erhalten. Auch Freizeitangebote werden hier im Rahmen des Betreuungsvertrages organisiert und eine Notrufsicherung in der angestammten Häuslichkeit sichergestellt, womit bei

diesen Projekten die Grenzen fließend sind zu den „integrierten Wohnformtypen“.

4.1.3 Wohnen mit Pflege: Ambulante Pflegewohnformen

Daneben haben sich in den vergangenen Jahren verschiedene alternative Wohnformen entwickelt, die von Anfang an ein Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit für Menschen mit Unterstützungsbedarf ermöglichen wollen. Hier steht der Aspekt der umfassenden **Unterstützung bei Pflegebedarf im Fokus** als Alternative zur traditionellen Heimversorgung bei gleichzeitiger Sicherung eines hohen Maßes an Selbstbestimmung. Auch wenn es sich dabei häufig um gemeinschaftliche Wohnformen handelt, steht der gemeinschaftliche Aspekt hier nicht unbedingt im Fokus, sondern die Sicherung der Hilfe und Pflege für mehrere bedürftige Personen. Typische Konzeptbestandteile sind, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ein eigenes Zimmer oder eine eigene Wohnung haben, dass Betreuungskräfte eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung sichern und den Haushalt und das gemeinschaftliche Zusammenleben organisieren. Zudem erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner individuelle Pflegeleistungen nach Bedarf. Die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. ihre Angehörigen/Vertreterinnen und Vertreter bestimmen in hohem Maße mit, wer mit ihnen zusammenwohnt, wie der Alltag gestaltet wird und welche Dienstleister die gewünschten Leistungen erbringen. Die Umsetzung erfolgt vielfach in geteilter Verantwortung der Bewohnerschaft und ihrer Angehörigen, professionellen Dienstleister und (teilweise) zivilgesellschaftlich Engagierten.

Auch hier hat sich eine sehr differenzierte Projektlandschaft entwickelt. So gibt es *ambulant betreute Wohngruppen/Pflegewohngemeinschaften* oder *Pflegehausgemeinschaften*, in denen mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung oder in einem Haus zusammenleben und von professionellen Kräften unterstützt werden. Diese Pflegewohngemeinschaften können von den Betroffenen und ihren Angehörigen sowie Ehrenamtlichen ganz selbst organisiert werden (*Freiburger Modelle*) oder sie werden von professionellen Trägern initiiert und verantwortlich umgesetzt. Zu diesem Wohnformtyp gehören auch Pflegewohnungen im Sinne des sog. „*Bielefelder Modells*“, bei denen in einer herkömmlichen Wohnanlage eines Wohnungsunternehmens ein Teil der Wohnungen nur an Schwerstpflegebedürftige vermietet wird und ein Pflegedienst dadurch vor Ort ein Pflegebüro anmieten kann, das eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für die Pflegebedürftigen sichert und gleichzeitig für die Bewohnerschaft im Wohnumfeld ein hohes Maß an Versorgungssicherheit bei Bedarf bietet. Auch betreute Wohngruppen für Menschen mit Behinderungen werden diesem Wohnformtyp zugeordnet.

Zu diesem Wohnformtyp können auch die aus der Behinderten- und Jugendhilfe bekannten „*Gastfamilienwohnmodelle*“ gezählt werden, die sich zunehmend in der Altenhilfe verbreiten. Hier ziehen Pflegebedürftige in den Privathaushalt einer Gastfamilie und werden von dieser in Kooperation mit ambulanten Diensten bei Bedarf rund um die Uhr versorgt. Sie müssen aufgrund dieser ambulanten Pflegewohnform nicht in die stationäre Pflege umziehen, sondern leben in einer ambulanten Pflegewohnform. Das Betreute Wohnen in Gastfamilien (BWF) ist eine besondere Form des Ambulanten Betreuten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gem. §§ 53, 54 ff. SGB XII. Das BWF soll erwachsenen behinderten Menschen eine ihren Bedürfnissen entsprechende, familienbezogene individuelle Betreuung bieten. Ziele sind die Inklusion und die Teilhabe behinderter Menschen sowie die Förderung der Verselbstständigung entsprechend der Möglichkeiten des Menschen im Einzelfall.

Ebenso zählen zu diesem Wohnformtyp die sich in jüngster Vergangenheit entwickelten „*ambulantisierten Einrichtungen*“. Hier werden stationäre Einrichtungen in ambulante Pflegewohnformen umgewandelt. Die Bewohnerinnen und Bewohner solcher Wohnformen sind Mieterinnen und Mieter einer eigenen Wohnung und erhalten von einem Träger alle Betreuungs- und Pflegeleistungen, die sie nach Bedarf auswählen können. Ein Tagesbetreuungsangebot sowie eine Nachtbetreuung sichern die Rund-um-die-Uhr-Versorgung.

4.1.4 Ambulante integrierte Wohnformen

Neben diesen neuen Wohnformen, die einen Umzug in ein neues Wohnangebot erfordern, haben sich im ambulanten Bereich eine Reihe von Mischformen entwickelt, die mehrere Elemente integrieren, um mehr Versorgungssicherheit im Wohnungsbestand zu gewährleisten. Der **Fokus** liegt darauf, in **bestehenden Wohnangeboten die Versorgungsstruktur durch die Integration verschiedener Leistungen zu verbessern**. Dies erfordert vielfach eine enge Kooperation verschiedener Akteure, die im Hilfemix die integrierten Leistungen erbringen.

Auch hier gibt es eine breite Projektlandschaft, die zum Teil unterschiedliche konzeptionelle Schwerpunkte setzt. So werden Projekte wie „*Wohnen plus*“ häufig von Wohnungsunternehmen initiiert, um den Wohnungsbestand an die Bedarfe ihrer älteren oder pflegebedürftigen Mieterinnen und Mieter anzupassen. Es werden bauliche Anpassungsmaßnahmen durchgeführt und Betreuungsleistungen sowie Alltagshilfen vor Ort von unterschiedlichen Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt. *Sozialraumorientierte Konzepte* oder *Quartierskonzepte* (ebenso das niederländische Modell der „Be-

treuten Wohnzonen“) versuchen die Wohn- und Versorgungsstrukturen im umgebenden Sozialraum an die Bedarfe der Bewohnerschaft anzupassen. Dabei werden vor allem bei „Quartierskonzepten“ vielfach die besonderen Bedarfe von älteren und unterstützungsbedürftigen Menschen in den Fokus genommen. Besonderes Kennzeichen sozialraumorientierter Konzepte oder Quartierskonzepte ist die systematische Beteiligung der Bürgerschaft an der bedarfsgerechten Weiterentwicklung ihrer Lebensräume und das vernetzte Zusammenwirken der örtlichen Akteure. Zu den größten Herausforderungen bei der Umsetzung solcher Quartierskonzepte gehört die Gewährleistung von umfassender Versorgungssicherheit in sozialen Nahräumen für Pflegebedürftige. Auch im europäischen Ausland wird versucht, mit solchen integrierten Wohnkonzepten den demografischen Herausforderungen zu begegnen. In den Niederlanden etwa wurden im Rahmen der sog. „*Betreuten Wohnzonen*“ zentrale stationäre Pflegeangebote aufgelöst und deren Kapazitäten kleinteilig auf die einzelnen Stadtteile verteilt und um diese kleinen Versorgungseinheiten, betreute Wohnangebote, Begegnungsräume und Beratungsangebote angedockt (Harkes 2004). Damit soll ein selbstständiges Wohnen auch bei Pflegebedarf gesichert werden.

Zu den integrierten Konzepten können auch die *Misch-Projekte* gezählt werden, die verschiedene Versorgungsleistungen miteinander mischen (beispielsweise Integration von Tagesbetreuung in Betreutes Wohnen oder Erweiterung stationärer Leistungen mit teilstationären oder ambulanten Angeboten), für die dann teilweise Gesamtversorgungsverträge abgeschlossen werden.

4.2 Versuch einer Quantifizierung

4.2.1 Schätzungen zu Anzahl und Versorgungsgraden

- **Wohnen in Gemeinschaft: Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen**

Genauere Zahlen, wie viele Projekte selbstständiger gemeinschaftlicher Wohnformen existieren, liegen nicht vor, da es keine Meldepflicht für solche Projekte gibt. Die von der Universität Bremen im Jahr 2017 bei den zuständigen Landesbehörden erhobenen Angaben zur Anzahl gemeldeter träger- oder selbstorganisierter Wohnformen verdeutlichen die Problematik der Erfassung dieser Wohnprojekte: Nur aus wenigen Bundesländern (darunter Hamburg und Thüringen) liegen eindeutige Anhaltszahlen vor (Rothgang & Wolf-Ostermann 2017). Zudem gibt es hier häufig definitorische Abgrenzungsprobleme zu den ambulanten Pflegewohngemeinschaften.

Allein im aktuellen Modellprogramm „Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation mit dem FORUM gemeinschaftliches Wohnen e. V., Bundesvereinigung werden zum Beispiel 29 Projekte im Zeitraum der Jahre 2015 bis 2019 gefördert⁹.

Für das Jahr 2017 sind in der Datenbank „*Wohnprojekte-Portal*“ der Stiftung Trias 733 realisierte selbstständige gemeinschaftliche Wohnprojekte gelistet, 233 Projekte, die sich in der Gründung befinden und 164 Projektgruppen¹⁰. Die tatsächliche Zahl wird aber wesentlich höher geschätzt, da sich nicht alle gemeinschaftlichen Projekte in dieser Datenbank selbst registrieren. Ältere Schätzungen gehen von ca. über 1.000 Projekten mit 30 bis 50 Wohneinheiten aus, in denen jedoch nicht nur Ältere leben (KDA & Wüstenrotstiftung 2014). In einer Befragung von 2013 wurden bundesweit ca. 590 bis 870 realisierte Projekte und 80 bis 130 in der Planung befindliche Projekte ermittelt. Aktuelle Schätzungen aus dem Jahr 2016 gehen deutschlandweit von mindestens 2.000 bis 3.000 gemeinschaftlichen Wohnprojekten aus (Fedrowitz 2016). Nach Fedrowitz (2016) kann durchschnittlich von einer Bewohnerzahl von 45 Personen pro selbstständiges gemeinschaftliches Wohnprojekt ausgegangen werden. Danach würden ca. 90.000–135.000 Personen in solchen Wohnformen leben. Diese Zahlen sind jedoch sehr vorsichtig zu bewerten.

▪ **Wohnen mit Betreuung/Service: Ambulante betreute Wohnformen**

Auch über das Betreute Wohnen/Servicewohnen liegen keine verlässlichen amtlichen Statistiken vor, denn auch für diese besteht in der Regel keine Anzeigepflicht. Nach älteren Schätzungen gibt es ca. 4.500 Wohnanlagen, in denen ca. 250.000 ältere Menschen leben; dies entspricht einer Versorgungsquote von 1,6 % der 65-Jährigen und Älteren (empirica 2003). Betreute Wohnkonzepte sind damit quantitativ nach dem Pflegeheim die bedeutendste alternative Wohnform, in der ältere Menschen leben. Nach einer aktuelleren Studie wird für die 30 größten deutschen Städte die aktuelle Anzahl der betreuten Wohneinheiten auf 2.028 beziffert mit insgesamt 118.755 Wohneinheiten (Terragon Investment GmbH 2015).

Eine noch aktuellere Analyse auf der Basis unterschiedlicher Bestandsschätzungen quantifiziert den Versorgungsgrad mit betreuten Wohnangeboten bundesweit anhand verschiedener Szenarien zwischen 1,2 und 2,0 % der 65-Jährigen und Älteren. Dies ergibt

⁹ Vgl. <http://wohnprogramm.fgw-ev.de/das-modellprogramm/> [19.09.2017].

¹⁰ Vgl. www.wohnprojekte-portal.de [12.10.2017].

eine Spanne von 160.000 bis 340.000 Wohneinheiten insgesamt (Schartow et al. 2016) (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Szenarien für mögliche Bestands- und Bedarfszahlen des Betreuten Wohnens¹¹

Szenario	Bestand	Bedarf
Untergrenze (Anteil Bevölkerung +65 Jahre)	163.540 (1,2 %)	302.794 (1,8 %)
Mittleres Szenario (Anteil Bevölkerung +65 Jahre)	264.000 (1,6 %)	407.305 (2,4 %)
Obergrenze (Anteil Bevölkerung +65 Jahre)	340.000 (2,0 %)	524.559 (3,1 %)

Quelle: Prognos AG 2015 nach KDA/Wüstenrot Stiftung 2014, TNS Infratest/Deutsches Zentrum für Altersforschung 2005, Deutsche Pflegeheim Fonds/Jones Lang Lasalle 2013

■ Wohnen mit Pflege: Ambulante Pflegewohnformen

Zu diesem Wohnformtyp gehören vor allem die ambulant betreuten Pflegewohngemeinschaften. Wolf-Ostermann et al. (2013) erhoben im Jahr 2012 eine Anzahl von bundesweit 1.420 *ambulant betreuten Wohngemeinschaften/Wohngruppen*, in denen 4.754 Bewohnerinnen und Bewohner lebten. Nach einer Studie von Klie et al. (2017) wird die aktuelle Zahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften/Wohngruppen bundesweit auf mehr als 3.100 geschätzt. Im Bundesdurchschnitt kommen somit auf eine WG ca. 4.200 Einwohnerinnen und Einwohner ab 70 Jahre. Die Zahlen deuten darauf hin, dass diese Wohn- und Versorgungsform eine wichtige zusätzliche Säule in der Wohnlandschaft für Pflegebedürftige geworden ist. Jedoch sind diese Angebote nicht überall gleichmäßig verfügbar. In einigen ostdeutschen Bundesländern sowie Berlin und im Westen vor allem in Nordrhein-Westfalen ist die Anzahl besonders hoch, in Schleswig-Holstein und dem Saarland gibt es noch relativ wenige bzw. keine. So kommen in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zwischen 700 und 1.500 Menschen über 70 Jahre auf eine ambulant betreute Wohngemeinschaft, in Baden-Württemberg steht lediglich für durchschnittlich 15.000 ältere Menschen ein solches Wohnangebot zur Verfügung (Klie et al. 2017)¹². Zu ähnlichen

¹¹ Gemäß TNS Infratest (MUG III) lag der Anteil der Pflegebedürftigen, die in Betreutem Wohnen lebten, im Jahr 2002 bei etwa 3 %. Wendet man diesen Anteil auf die Zahl der ambulanten Pflegebedürftigen im Jahr 2013 (Statistisches Bundesamt 2013) an, so erhält man einen Wert von 164.000 Personen, der als Untergrenze für den bundesweiten Bestand fungiert. Der Wohnatlas 2014 (KDA/Wüstenrot Stiftung) beziffert den Bestand an Betreuten Wohneinheiten in Deutschland auf 264.000 (Mittleres Szenario). Der Bundesverband Freier Immobilien- und Wohnungsunternehmen geht hingegen von einem Bestand von 340.000 Betreuten Wohneinheiten aus, was die bundesweite Obergrenze darstellt. Gemessen an der Bevölkerungszahl der über 65-Jährigen in Deutschland von etwa 17,0 Mio. Personen (Dezember 2014) schwankt der Anteil der Personenzahl im Betreuten Wohnen somit zwischen 1,2–2,0 % im Hinblick auf die bundesweite Unter- und Obergrenze.

¹² Nach einer aktuellen Erhebung der Landesfachstelle Wohnen in Baden-Württemberg wird jedoch eine höhere Anzahl der bei den Heimaufsichten gemeldeten betreuten Pflegewohngemeinschaften in Baden-Württemberg. Hier wird die Anzahl der WGs auf 301 beziffert. Die Unterschiede ergeben sich daraus, dass hier auch die WGs für Menschen mit Behinderungen einbezogen werden, von den 301 WGs sind 57 % für WGs für Menschen mit Behinderungen und 43 % WGs für Menschen mit Versorgungs- und Unterstützungsbedarf enthalten (Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen 2017).

Ergebnissen kommt eine aktuelle Erhebung der Universität Bremen, die ein durchschnittliches Angebot von 13,6 ambulant betreuten Wohngemeinschaften pro 10.000 Pflegebedürftige im gesamten Bundesgebiet ermittelte (Rothgang & Wolf-Ostermann 2017) Dabei zeigen sich regionale Unterschiede von 55 Wohngemeinschaften pro 10.000 Pflegebedürftige in Berlin bis hin zu 0,3 Wohngemeinschaften pro 10.000 Pflegebedürftige im Saarland. Die der Universität Bremen vorliegenden Zahlen zu den verfügbaren Wohneinheiten in selbstorganisierten Wohnformen weisen für die Bundesländer Hamburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen 132 bis 487 Plätze aus. Dies entspricht zwischen 12 % und 52 % der insgesamt in träger- oder selbstorganisierten Wohnformen gemeldeten Plätze.

Für Menschen mit Behinderung weist der Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zu Leistungen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten für das Jahr 2015 eine Anzahl von 180.097 Personen mit Behinderung aus, die ambulant betreut in einer eigenen Wohnung lebten (mit einer Zunahme von 5,3 % im Vergleich zum Jahr 2014). Der Anteil der leistungsberechtigten Personen mit ambulanter Unterstützung an der Gesamtzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Wohnleistungen verzeichnet mit 48 % 2015 dabei bundesweit einen stetigen Anstieg (BAGüS 2017). Angaben zur absoluten Anzahl betreuter Wohngruppen für Menschen mit Behinderung sind in dem Kennzahlenbericht jedoch nicht enthalten. Einen Anhalt zu der Anzahl *betreuter Wohngruppen für Menschen mit Behinderung* und Bezug von ambulanten Pflegeleistungen geben die bei Klie et al. (2017) ermittelten Zahlen für Wohngemeinschaften dieser Art, in denen ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner ambulante Pflegeleistungen erhält. Die Schätzungen gehen von einem mittleren Anteil von 3,6 % an allen Wohngemeinschaften respektive 110 Wohnangeboten dieser Art aus.

Die Quantifizierung von „*Gastfamilienmodellen*“ ist schwierig. An mehreren Orten in Deutschland sind in den vergangenen Jahren Modellprojekte initiiert worden, um dieses in Frankreich schon lange durchgeführte und mit mehr als 7.000 Gastfamilien mit max. 3 Pflegebedürftigen verbreitete Wohn- und Versorgungsangebot auch in Deutschland zu etablieren. Oft zusammengeschlossen unter dem Verbandsdach des Betreuten Wohnens in Familien (BWF)¹³ liegt die Tradition dieser Ansätze primär in den Wohn- und Betreuungsangeboten für jüngere psychisch erkrankte Menschen. Bundesweit

¹³ Vgl. www.bwf-info.de [09.10.2017].

wird aktuell die Anzahl der vermittelten Gastfamilien in diesem Bereich auf rund 2.500 beziffert¹⁴. Aber auch speziell für ältere Pflegebedürftige wurden in den vergangenen Jahren entsprechende Angebote entwickelt. Im Rahmen des vom GKV-Spitzenverband zwischen den Jahren 2013 und 2015 geförderten Modell-Versorgungsprojektes „Leben mit Familienanschluss (LEFA)“ sollten an sechs Standorten 2–3 Gastfamilienmodelle entstehen und die Entwicklung wurde wissenschaftlich begleitet (Weipert et al. 2015). Parallel dazu wurden andere Vergleichsangebote wie zum Beispiel das Modellprojekt des Diakonischen Werks in Düsseldorf entwickelt, wo zeitparallel zum LEFA-Projekt versucht wurde, einen besonderen Gastfamilienansatz nur für Menschen mit Demenz zu implementieren¹⁵. Ein anderes Beispiel ist das Gastfamilienkonzept des AWO Bezirksverband in Bielefeld, der unter dem Arbeitstitel der Familienpflege gastfamilienähnliche Angebotskonzepte bereits seit längerer Zeit praktiziert¹⁶. Vielfach führt die mangelnde Teilnahmebereitschaft von potenziellen Gastfamilien bei diesen Modellprojekten jedoch zu größeren Implementationshürden.

Die Verbreitung von „*ambulantisierten Einrichtungen*“ ist noch ein relativ neues Phänomen, deren Initiierung mit der zusätzlichen Finanzierung von Tagespflegeleistungen neben der ambulanten Versorgung durch die Pflegeversicherungsreform einhergeht. Schätzungen gehen davon aus, dass sich stationäre Einrichtungen bislang nur vereinzelt auf den Weg gemacht haben, ihr Angebot entsprechend umzugestalten. Die im Rahmen der Studie „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ der Universität Bremen bei den zuständigen Behörden auf Landesebene erhobene Anzahl der erfolgten Umwidmungen von Pflegeheimen in betreute Wohnformen, bezieht sich in 14 Bundesländern zumeist auf Einzelfälle oder auf Träger mit mehreren vollstationären Einrichtungen, die jeweils eine Einrichtung umwidmen (Rothgang et al. 2017).

▪ **Ambulante integrierte Wohnformen**

Die Anzahl von integrierten Wohnformen zu bestimmen, ist aufgrund der unterschiedlichen Projektkonzepte, die darin einzurechnen sind und der mangelhaften Datenlage kaum möglich. Zudem werden diese Wohnformen von sehr unterschiedlichen Akteuren angestoßen und durchgeführt – von Kommunen, Bürgervereinen, sozialen Dienstleistern oder Wohnungsunternehmen – so dass Zahlen hierzu nicht in gebündelter Form vorliegen.

¹⁴ Vgl. http://www.bwf-info.de/bwf_e2/Vermittlungen_BRD_aktuell.pdf [09.10.2017].

¹⁵ Vgl. www.diakonie.duesseldorf.de [09.10.2017].

¹⁶ Vgl. www.awo-owl.de [09.10.2017].

Wie dynamisch dieser Markt ist, zeigt jedoch allein die Anzahl der in der jüngsten Vergangenheit über Förderungen umgesetzten *Quartiersprojekte*. So wurden bundesweit allein über das Deutsche Hilfswerk/Deutsche Fernsehlotterie seit dem Jahr 2013 über 300 Quartiersprojekte gefördert, mit dem Ziel, die Wohn- und Versorgungsstrukturen auf die Bedarfe von älteren Menschen im Bestand gezielt anzupassen¹⁷. Im Rahmen des Landesförderplans „Alter und Pflege NRW“ wurden in Nordrhein-Westfalen seit dem Jahr 2015 ca. 80 kommunale Projekte über drei Jahre gefördert¹⁸. Im Rahmen des Städtebauförderungsprogramms Soziale Stadt wurden bis zum Jahr 2016 bundesweit 783 sozialraumorientierte Gesamtmaßnahmen in einem Stadtgebiet/Quartier in 441 Städten und Gemeinden realisiert (BMU 2017). Diese Maßnahmen haben sich u. a. auch mit der Verbesserung der Wohn- und Versorgungssituation von Älteren oder Pflegebedürftigen befasst. Eine Vielzahl von anderen Stiftungen¹⁹ oder weitere spezielle Länderförderprogramme²⁰ tragen mit zur Verbreitung dieser sozialraumorientierten Ansätze bei. Es ist sicher nicht zu hoch gegriffen, wenn von über 1.000 Quartiersprojekten ausgegangen werden kann, die in den vergangenen Jahren entwickelt wurden, auch um die Versorgungslage für Pflegebedürftige zu verbessern.

Die quantitative Verbreitung von *Misch(pflege-)formen* kann ebenso kaum abgeschätzt werden. Eine erste Orientierung kann über die Verbreitung von Gesamtversorgungsverträgen gewonnen werden. Nach Informationen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen gab es 2016 mehr als 160 Gesamtversorgungsverträge. Gemäß § 72 SGB XI können diesen Versorgungsvertrag mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen eines Pflegeeinrichtungsträgers abschließen, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind (Szepan 2016).

4.2.2 Einschätzung der Relevanz für Pflegedürftige

Zu fragen ist, inwieweit diese neuen Wohnformen im ambulanten Bereich für Pflegebedürftige relevant sind und von diesen genutzt werden.

¹⁷ Vgl. www.fernsehlotterie.de [09.10.2017].

¹⁸ Vgl. www.aq-nrw.de [09.10.2017].

¹⁹ Z. B. Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, die mit ihrer Modellförderung „Pflege inklusiv“ 17 Projekte gefördert hat. www.sw-nrw.de [09.10.2017].

²⁰ Z. B. Wettbewerbförderung in Baden-Württembergs Initiative „Quartier 2020“ mit ca. 200 Bewerberinnen und Bewerber zur Umsetzung von Quartiersansätzen für ältere und unterstützungsbedürftige Menschen. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/soziales/generationenbeziehungen/quartiersentwicklung/> [09.10.2017], Anschubfinanzierungen in Rheinland-Pfalz oder in Bayern durch die Förderrichtlinie SeLA. <http://www.stmas.bayern.de/senioren/recht/sela.php> [09.10.2017], Landesförderung für eigene landesweite Beratungsstellen zur Umsetzung von Quartiersprojekten in Brandenburg. <http://www.fapiq-brandenburg.de> [09.10.2017].

- **Wohnen in Gemeinschaft: Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen**

Wie viele Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in selbstorganisierten gemeinschaftlichen Wohnformen leben, ist kaum zu quantifizieren. Basierend auf den Schätzungen von Fedrowitz (2016) leben in 2.000 bis 3.000 selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnprojekten ca. 90.000 bis 135.000 Bewohnerinnen und Bewohner. Wird davon ausgegangen, dass in diesen Wohnprojekten ein gleich hoher Anteil an ambulant betreuten Pflegebedürftigen wie im Bundesdurchschnitt lebt (bundesweit sind nach aktueller Pflegestatistik 3,5 % der Bevölkerung pflegebedürftig, 2,53 % ist der Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung), ergäbe sich eine Anzahl von 2.300 bis 3.400 Pflegebedürftigen, die in selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen leben. Diese Zahlen basieren jedoch auf vielfältigen Annahmen und müssen daher sehr vorsichtig bewertet werden.

Praktische Erfahrungen zeigen, dass Pflegebedürftige mit einem niederschweligen Hilfebedarf in selbstorganisierten Wohngemeinschaften vielfältige Unterstützung erfahren und so häufig noch länger selbstständig leben können, als wenn sie zuhause alleine wohnen. Das Thema „Pflege“ wird jedoch von den Initiatoren selbstständiger gemeinschaftlicher Wohnformen häufig weniger stark berücksichtigt. Für höhergradig pflegebedürftige Personen sind diese Wohnformen im Regelfall weniger geeignet, da die Personen, die in solche Wohnformen einziehen, häufig eine selbstständige Haushaltsführung bewältigen müssen und umfassende Rund-um-die-Uhr-Versorgung in der Regel nicht gewährleistet werden kann. Umzüge von dieser Wohnform in eine stationäre Einrichtung vor allem bei höherem Pflegebedarf und demenziellen Erkrankungen waren daher in der Vergangenheit nicht immer zu vermeiden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen jedoch, dass zunehmend auch hier damit experimentiert wird, solche Wohnkonzepte mit anderen Wohnkonzepten (z. B. ambulant betreute Wohngemeinschaften) zu kombinieren, um für die Gemeinschaftsbewohnerinnen und -bewohner mehr Versorgungssicherheit zu ermöglichen²¹.

- **Wohnen mit Betreuung/Service: Ambulante betreute Wohnformen**

Das Thema Pflege wurde beim Betreuten Wohnen zu Beginn auch nicht konsequent mitgedacht, weil sich das Wohnangebot vor allem an ältere Menschen richtete, die noch zur selbstständigen Haus-

²¹ GKV-Modellprojekt Amarillys, Bonn. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp [10.10.2017].

haltensführung in der Lage sind. Durch die Alterung der Bewohnerinnen und Bewohner vieler Wohnanlagen des Betreuten Wohnens wurde Pflegebedürftigkeit jedoch zu einer zunehmenden Herausforderung. Nach einer älteren bundesweiten Umfrage aus dem Jahr 2004 bei rund 600 Betreuten Wohneinrichtungen – aktuellere Studien sind hinzu in Deutschland zurzeit nicht verfügbar – ist ca. die Hälfte (47,2 %) der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen hochaltrig (80 Jahre und älter), jede fünfte Bewohnerin und jeder fünfte Bewohner ist als pflegebedürftig eingestuft (18,9 %) und jede zehnte Bewohnerin und jeder zehnte Bewohner (9,4 %) leidet an Demenz (Saup et al. 2004).

Davon ausgehend, dass sich diese Anteile nicht gravierend verschoben haben, sondern auch heute weitgehend gültig sind, kann im Betreuten Wohnen mit einem Anteil an Pflegebedürftigen von 18,9 % gerechnet werden. Bei einem Bestand an minimal 160.000 Wohneinheiten und maximal 340.000 Wohneinheiten im Betreuten Wohnen (Schartow et al. 2016), kann also davon ausgegangen werden, dass rund 31.000 bis 64.000 Pflegebedürftige im Betreuten Wohnen leben. Dieser vereinfachten Rechnung liegt die Annahme zu Grunde, dass jeweils Einzelpersonen in den Wohneinheiten des Betreuten Wohnens leben. Diese Berechnung berücksichtigt nicht die Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens mit niederschwelligem Hilfebedarf.

Praktische Erfahrungen zeigen, dass es in solchen Wohnprojekten vielfach gelingt, pflegebedürftigen Menschen länger ein selbstständiges Wohnen zu ermöglichen – zum Teil länger, als wenn sie ganz alleine wohnen würden. Die Betreiberinnen und Betreiber und Mitbewohnerinnen und Mitbewohner solcher Wohnanlagen haben hierfür vielfältige Unterstützungsstrukturen entwickelt. Es wurden in der Vergangenheit jedoch auch immer wieder Umzüge bei hohem Pflegebedarf und vor allem bei Demenz erforderlich. Viele Einrichtungen haben daher in den vergangenen Jahren mit Konzepten dazu experimentiert, wie sich auch für diesen Personenkreis Versorgungssicherheit gewährleisten lässt. Durch Sicherung eines systematischen Belegungsmanagements, bei dem ein Teil der Wohnungen speziell an Pflegebedürftige vermietet wird oder durch Integration von Rund-um-die-Uhr-Pflege (wie beispielsweise ambulant betreute Wohngruppen, Tages- und Nachtpflegeangebote) wurde versucht, für Pflegebedürftige in Betreuten Wohnanlagen Umzüge in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden. Eine systematische Auswertung, wie erfolgreich solche Ansätze sind, gibt es jedoch zurzeit nicht.

▪ Wohnen mit Pflege: Ambulante Pflegewohnformen

Ambulante Pflegewohnformen richten sich explizit an Pflegebedürftige, die meist eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung benötigen und eine Alternative zur hohen Versorgungssicherheit stationärer Einrichtungen suchen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Bewohnerschaft überwiegend pflegebedürftig ist. Dies bestätigen auch Studien. Nach der Berliner Studie hatten z. B. 2005 96,5 % aller Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegewohngemeinschaften einen anerkannten Pflegebedarf (Wolf-Ostermann et al. 2012). Wird die Annahme zugrunde gelegt, dass die meisten Pflegewohngemeinschaften (77,4 %) über 6 bzw. 12 Plätze verfügen und die Bewohnerschaft weitgehend pflegebedürftig ist, ergibt sich hieraus bei aktuell ca. 3.100 Wohngemeinschaften (vgl. Klie et al. 2017), dass zwischen 18.600 und 37.200 Pflegebedürftige in Pflegewohngemeinschaften leben.

Dabei leben in diesen Wohngemeinschaften Menschen mit unterschiedlichen Hilfe- und Pflegedarf. Nach Klie et al. (2017) leben in ca. 4/5 aller bundesweit geschätzten Pflegewohngemeinschaften hauptsächlich Menschen mit Demenz, dies entspricht ca. 2.500 Demenz-Wohngemeinschaften²². Diese ambulanten Pflegewohngemeinschaften eignen sich aber auch für Menschen mit anderen besonderen Unterstützungsbedarfen, entsprechend haben sich in der Praxis Pflegewohngemeinschaften für Behinderte oder für Menschen mit Intensiv-Pflegebedarf entwickelt. Außerdem gibt es kulturspezifische Wohngemeinschaften für Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil an Wohngemeinschaften für Menschen mit Intensiv-Pflegebedarf liegt nach Schätzungen bei rund 12 %, also ca. zwischen 300 und 400 Wohngemeinschaften. Der Anteil an Wohngemeinschaften für die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen – wenn zumindest ein Teil der Bewohnerinnen und Bewohner ambulante Pflegeleistungen erhält – liegt bundesweit bei 3,6 %, was ca. 110 Wohngemeinschaften entspricht (Klie et al. 2017). Der Anteil der Wohngemeinschaften für Menschen mit Migrationshintergrund ist noch sehr gering. Klie et al. konnten lediglich vereinzelte Beispiele in Berlin, Hessen ermitteln, im Rahmen des GKV-Modellprogramms hat sich auch in Stuttgart ein solches Wohnangebot entwickelt²³.

²² Als Demenz-Wohngemeinschaften werden hier solche Wohngemeinschaften eingestuft, in denen mindestens 75 % der Bewohnerinnen und Bewohner zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI beziehen (Klie et al. 2017).

²³ GKV-Modellprojekt Stuttgarter Wohnungs- und Städtebaugesellschaft, Stuttgart. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp [10.10.2017].

▪ Ambulante integrierte Wohnformen

Wie viele Pflegebedürftige in integrierten Wohnformen leben, kann nicht bestimmt werden. Die folgende Berechnung kann aber für *Quartiersprojekte* eine erste Orientierung geben. Nach einer aktuellen Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe haben die vom Deutschen Hilfswerk in den vergangenen Jahren geförderten Quartiersprojekte Quartiersgrößen zwischen 8.000 und 10.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner (KDA 2017). Bei über 1.000 bisher umgesetzten Quartiersprojekten und einer Gleichverteilung von ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen in diesen Quartieren wie im Bundesdurchschnitt nach der Pflegestatistik mit 3,5 %²⁴, leben rund 280.000 bis 350.000 Pflegebedürftige in solchen sozialraumorientierten Konzepten.

Zusammenfassung

Auf Grundlage der Summierung dieser geschätzten Zahlen kann davon ausgegangen werden, dass ca. zwischen 50.000 und 100.000 Pflegebedürftige in neuen Wohnformen, die einen Umzug in ein neues Wohnangebot erforderlich machen (selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen, Betreutes Wohnen, ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften) und ca. 280.000 bis 350.000 Pflegebedürftige in neuen integrierten Wohnformen in bestehenden Wohnangeboten (insbesondere Quartierskonzepte) leben. Insgesamt leben ca. 330.000 bis 450.000 Pflegebedürftige in solchen neuen Wohnformen (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Pflegebedürftige in neuen Wohnformen (eigene Berechnungen 2017)

Wohnformtyp	Schätzung Anzahl Pflegebedürftige
1. Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen	Ca. 2.300 bis 3.400
2. Ambulante betreute Wohnformen	Ca. 31.00 bis 64.000
3. Ambulante Pflegewohnformen	Ca. 18.600 bis 37.200*
4. Ambulante integrierte Wohnformen (Quartiersprojekte)	Rund 280.000 bis 350.000
Insgesamt	331.900 bis 454.600

* ohne Betreute Wohngruppen für Behinderte und Gastfamilienmodelle

Nach dieser Berechnung wohnten von den 2,9 Mio. Pflegebedürftigen Ende des Jahres 2015 maximal 3,5 % in neuen Sonderwohnformen (vor allem selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen, Betreutes Wohnen, ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften) und maximal 15,5 % insgesamt in neuen Wohnformen, wenn die integrierten Quartiersprojekte mit einbezogen werden (im Jahr 2015

²⁴ Vgl. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html> [09.10.2017].

lebten 27 % oder rund 783.000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen) (Statistisches Bundesamt 2017).

Problematisch ist, dass derzeit keine zuverlässige Grundlage für eine bundesweite Angebotssteuerung und -planung vorhanden ist, da ambulante alternative Wohnformen in der offiziellen Pflegestatistik nicht erfasst werden und immer nur wie hier grobe Schätzungen unter vielfältigen – teilweise auch problematischen Annahmen – gemacht werden können. Die dort tätigen Pflegedienste und vor allem die versorgten Pflegebedürftigen gehen in die allgemeine Statistik zur ambulanten Versorgung ein. Lediglich über die in einigen Heimgesetzen gebotene Anzeigepflicht für solche Wohnalternativen ergibt sich – zumindest für die neu entstehenden Angebote – quantitativ ein Einblick.

4.3 Ergebnisse zu Versorgungsoutcomes

Um die Bedeutung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige einschätzen zu können, ist auch eine Betrachtung erforderlich, wie diese Angebote die Versorgungslage Pflegebedürftiger in den vergangenen Jahren verändert haben. Daher wurde eine umfassende Literaturanalyse zu den Versorgungsoutcomes neuer Wohnformen für Pflegebedürftige durchgeführt. Die ausführliche Darstellung der Literaturanalyse zum internationalen Stand der Forschung zu den Auswirkungen neuer Wohnformen (insbesondere auf Ebene der Ergebnisqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner) ist dem Anhang 11: *Literaturanalyse zu Versorgungsoutcomes neuer Wohnformen* zu entnehmen. Abbildung 2 zeigt den Sichtungsverlauf der identifizierten Literatur, deren Ergebnisse folgend zusammengefasst sind.

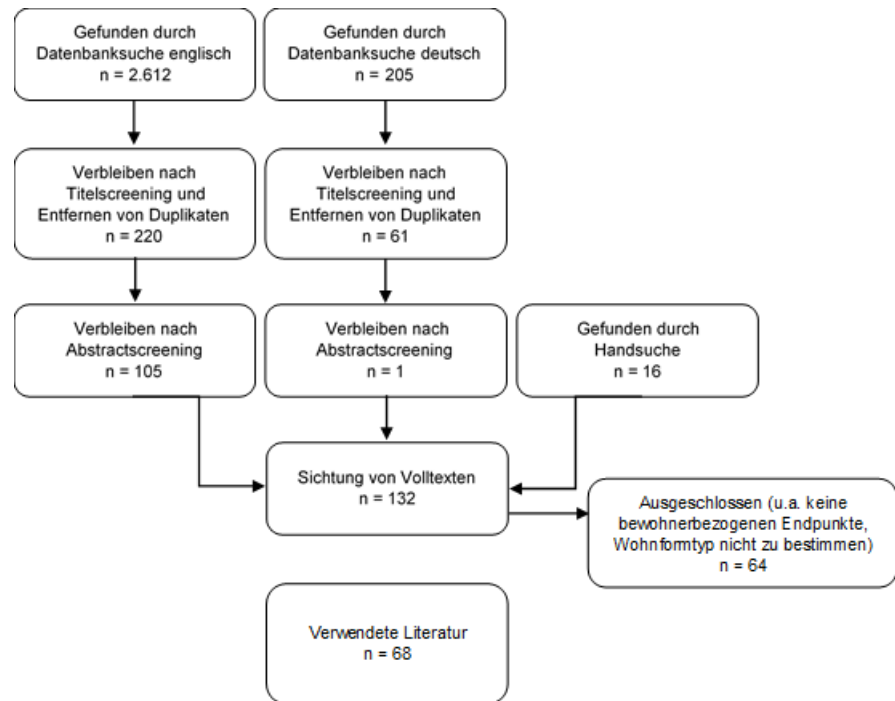


Abbildung 2: Sichtungsverlauf der Literaturanalyse zu Versorgungsauscomes neuer Wohnformen

Die durchgeführte umfassende Analyse relevanter nationaler und internationaler Literatur zu möglichen besseren Versorgungsauscomes von Bewohnern und Bewohnerinnen neuer Wohnformen liefert für die vorliegende Studie insgesamt kein eindeutiges Bild einer grundsätzlich besseren Versorgung aufgrund eines Wohnformtyps insbesondere gegenüber einer Versorgung in traditionellen Pflegeheimen. Effekte zeigen sich am ehesten auf Bewohnerebene in umfassenden Konstrukten wie Lebensqualität. Oftmals sind die hier gefundenen Effekte dabei nicht an einzelnen Merkmalen neuer Wohnformen festzumachen, sondern beziehen sich eher allgemein auf die Wohnform. Für die Definition von Qualitätsmerkmalen in der vorliegenden Studie und insbesondere den späteren Nachweis einer möglichen Effektivität ergeben sich hieraus folgende Schlussfolgerungen:

Die Festlegung von Qualitätsbereichen und zugehörigen Qualitätsmerkmalen, die in bestimmten Wohnformtypen Anwendung finden sollen, muss sich aus theoretisch-konzeptionellen Vorüberlegungen ergeben, die auch die Vulnerabilität der dort versorgten Personengruppen und die diesen noch mögliche Autonomie in Bezug auf Versorgungsentscheidungen in den Blick nimmt. Eine erste Erprobung eines entsprechenden Qualitätsinstrumentes in der Versorgungspraxis muss dann mit Bezug auf die ausgewählten Qualitätsmerkmale relevante Zielkriterien in den Blick nehmen. Zielkriterien aus

dem Bereich von Struktur- und Prozessmerkmalen lassen sich dabei im Vergleich zu Zielkriterien aus dem Bereich der (bewohnerbezogenen) Ergebnisqualität deutlich leichter evaluieren. Für letztere rücken mit dem Blick auf verbesserte Versorgungsauscomes für Bewohnerinnen und Bewohner neuer Wohnformen ebenfalls die Ergebnisse der zweiten Literaturanalyse zu möglichen Kriterien und Indikatoren in den Blick und helfen, relevante Zielkriterien auszuwählen.

Ein tatsächlicher Nachweis der Effektivität ausgewählter Qualitätsmerkmale ist im Umfang und Auftrag der vorliegenden Studie nicht zu erbringen. Hierzu sind weitergehende Analysen erforderlich, die idealerweise in einem prospektiven randomisierten Studiendesign einen solchen Nachweis in Bezug auf definierte Zielkriterien erzielen könnten. Mit Blick auf die Ergebnisse der WGQual-Studie (vgl. (Wolf-Ostermann et al. 2015, Wolf-Ostermann et al. 2014)) zeigt sich jedoch auch, dass der Nachweis einer direkten bewohnerbezogenen Effektivität von qualitätsverbessernden Maßnahmen aufwendig und oft nur schwer zu führen ist.

5 Analyse zur Ermittlung der Qualitätsanforderungen

Um ein Konzept zur Qualitätssicherung entwickeln zu können, ist zunächst einmal wichtig, die Zielrichtung zu bestimmen. Es gilt zu definieren, welche Qualitätsanforderungen neue Wohnformen erfüllen sollten, nur dann kann definiert werden, wie die Einhaltung dieser Anforderungen gewährleistet werden kann. Da es aktuell keine umfassende Aufarbeitung der Qualitätsanforderungen neuer Wohnformen gibt, wurden in mehreren Untersuchungsschritten die bisher diskutierten Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen aufgearbeitet.

Zur Ermittlung der Qualitätsanforderungen wurden – anhand bisher vorliegender Ergebnisse – die Nutzererwartungen an neue Wohnformen beleuchtet und herausgearbeitet, was sie von neuen Wohnformen erwarten (Kapitel 5.1). Weiterhin wurden Leitfäden/Arbeitshilfen der unterschiedlichen Wohnformen ausgewertet, um aus Expertensicht empfohlene Qualitätsanforderungen nach Wohnformtypen auszumachen. Gleichzeitig wurde jeweils geprüft, inwieweit diese Qualitätsanforderungen durch ordnungs- und leistungsrechtliche Vorgaben bereits reguliert sind bzw. noch als regelungsrelevant in einem eigenen Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen einzubinden sind (Kapitel 5.2 und Kapitel 5.3). Weiterhin wurde in der Online-Befragung aus Sicht der Initiatoren neuer Wohnformen u. a. erfasst, welche Qualitätsanforderungen relevant sind (Kapitel 5.4).

Auf der Grundlage dieser Analysen wurden fünf zentrale Qualitätsmerkmale herausgearbeitet, die immer wieder als Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen im Rahmen all dieser Analyseschritte benannt wurden und bisher noch keinen Regularien unterliegen.

5.1 Qualitätsanforderungen aus Nutzersicht

Um Qualitätsanforderungen neuer Wohnformen zu bestimmen, sind gezielt Nutzererwartungen in den Blick zu nehmen. Wenn Qualität bedeutet, dass Leistungen mit den Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer übereinstimmen, sind NutzerInnenerwartungen an neue Wohnformen bei der Definition von Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen. Im Rahmen der Untersuchung konnte keine eigene Erhebung zu den Nutzererwartungen durchgeführt werden. Zu einer der wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen, die umfassend die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer an neue Wohnformen untersucht haben, gehört das **Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI (GKV-**

Spitzenverband 2018). Die bis zur Berichtsabgabe vorliegenden Ergebnisse aus dem Modellprogramm wurden daher bei der Bestimmung von Qualitätsanforderungen einbezogen.

Die Erwartungen pflegebedürftigen Menschen an die Wohn- und Versorgungsstrukturen sind sehr unterschiedlich. Nicht immer werden ihre Erwartungen erfüllt:

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

Zwischen diesen klassischen Wohnsettings – zwischen Zuhause und Heim – hat sich in den vergangenen 30 Jahren ein breites Spektrum an „Neuen Wohnformen“ entwickelt. Das Besondere an diesen „Neuen Wohnformen“ ist, dass sie Lösungen für diese Herausforderungen der klassischen Wohnsettings entwickeln und damit die NutzerInnenbedürfnisse ganzheitlich in den Fokus rücken. Darin liegt ihre Innovation. Sie sind nicht im zeitlichen Sinne neu oder noch nie dagewesen Konzepte – viele Konzepte gibt es schon viele Jahre auf dem Markt. Ihre Innovation liegt in dem Versuch, für die Herausforderungen der klassischen Wohnsettings Lösungen zu entwickeln. Sie versuchen, eine selbstständige Lebensführung auch bei sich verschlechterndem gesundheitlichem Zustand zu erhalten, indem sie hohe Versorgungssicherheit gewährleisten und so auch Wohnkontinuität erhalten. Gleichzeitig ermöglichen sie ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung durch Sicherung der Selbstbestimmung und verantwortlicher Einbeziehung. Ebenso stärken sie die soziale Teilhabe durch Maßnahmen zur sozialen Einbindung. Interessentinnen und Interessenten an neuen Wohnformen erwarten diese Besonderheit, sonst würden sie sich möglicherweise für klassische Wohnsettings entscheiden.

Die ersten Ergebnisse des „Modellprogramms zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI“ (GKV-Spitzenverband 2018) bestätigen, dass Nutzerinnen und Nutzer neuer Wohnformen diese Erwartungshaltung an neue Wohnformen stellen. Befragt wurden ca. 100 Bewohnerinnen und Bewohner aus unterschiedlichen

neuen Wohnformen vor ihrem Einzug dazu, was sie von den neuen Wohnformen erwarten (n=101). So unterschiedlich die Wohnformen auch sind, die Bewohnerschaft solcher neuen Wohnformen

- erwartet vor allem im Notfall und bei Verschlechterung der Gesundheit gut versorgt zu sein und möglichst Hilfen zu erhalten, damit sie selbstständig leben kann. Über 90 Prozent der Befragten erwarten Versorgungssicherheit – nach Möglichkeit rund um die Uhr – und ebenso viele äußerten den Wunsch, auch bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht mehr umziehen zu müssen, sie erhoffen eine Versorgungskontinuität, um ihre Wohnkontinuität erhalten zu können.
- Ebenso erwartet die überwiegende Mehrheit ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung. So waren z. B. mehr als drei Vierteln der Befragten wichtig, dass sie über einen eigenen Wohn-/Schlafraum sowie eigene Sanitärbereiche verfügen können – wenn sie in gemeinschaftliche Wohnformen umgezogen sind. Mehr als jeder zweiten Person sind die Sicherung der Privatsphäre und individuelle Gestaltungsmöglichkeiten wichtig. Zwei Drittel erwarten, dass sie die Hilfeleistungen auswählen können und die Hilfen auf ihre Gewohnheiten angepasst werden. Sie wollen selbst bestimmen, welche Hilfen sie erhalten und wie das Leben in den neuen Wohnformen gestaltet wird.
- Besondere Erwartungen haben die Befragten an das soziale Zusammenleben, zwei Drittel wünschen sich insgesamt mehr soziale Kontakte und fast drei Viertel wollen sich bei der Gestaltung des sozialen Zusammenlebens verantwortlich einbringen (GKV-Spitzenverband 2017).

Nach den Ergebnissen des Modellprogramms liegt der **gemeinsame und innovative Kern neuer Wohnformen** darin, diese Erwartungshaltungen nach Versorgungssicherheit zum Erhalt der Selbstständigkeit, nach Selbstbestimmung zum Erhalt der individuellen Lebensgestaltung und nach sozialer Einbindung zum Erhalt der Teilhabe nutzerorientiert auszubalancieren (GKV-Spitzenverband 2018). Wenn Qualität bedeutet, dass Leistungen Nutzererwartungen entsprechen müssen, dann müssen im Rahmen der Definition von Qualitätsanforderungen diese Besonderheiten neuer Wohnformen berücksichtigt werden.

5.2 Qualitätsanforderungen aus Expertensicht (Leitfadenanalyse)

Zur Bestimmung von Qualitätsanforderungen wurde weiterhin untersucht, welche Qualitätsanforderungen aus Expertensicht für

neue Wohnformen relevant sind und welche Qualitätsanforderungen sich aus rechtlichen Regelungen ergeben. Die Ergebnisse dieser Analysen werden im Folgenden dargestellt.

Zur Ermittlung der von Expertinnen und Experten und erfahrenen Praktikerinnen und Praktikern empfohlenen Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen wurden Leitfäden/Arbeitshilfen oder spezielle Studien mit Hinweisen auf Qualitätsanforderungen untersucht. Dieses Verfahren zur Bestimmung von Qualitätsmerkmalen neuer Wohnformen lehnt sich an die Vorgehensweise anderer Forschungsvorhaben zur Bestimmung von Qualitätsanforderungen an (u. a. Hasseler et al. 2016, Klie et al. 2017). Insbesondere die Auswertung von Praxisleitfäden erscheint für diesen Untersuchungsgegenstand zielführend, da es

- zum einen noch wenige Studien gibt, die die Qualität dieser neuen Wohnformen systematisch untersucht haben und damit die Auswahl spezifischer Qualitätsanforderungen evidenzbasiert begründen könnten.
- Zum anderen trägt diese Vorgehensweise der Besonderheit vieler neuen Wohnformen Rechnung als „von Betroffenen, ihren Angehörigen und innovationsfreudigen Anbietern oft selbstorganisierte Alternativen zu häuslicher Pflege und zum Heim“ (Klie et al. 2017). Diese haben sich mit diesen Leitfäden selbst eine Orientierungshilfe zur Umsetzung und Qualitätssicherung gegeben.

Insgesamt wurden fast 50 Leitfäden/Arbeitshilfen zur Bestimmung von Qualitätsanforderungen untersucht (eine Liste aller analysierten Leitfäden enthält Anhang 15):

- Quellen für den Wohnformtyp 1 „Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen“: Die untersuchte Literatur und die Leitfäden für den Wohnformtyp „ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen“ stammen vor allem von Selbsthilfeinitiativen (Forum gemeinschaftliches Wohnen e.V., Urbanes Wohnen e.V., Arbeitsgemeinschaft für zeitgemäßes Bauen e.V., Netzwerk selbstorganisierter Wohnprojekte Bielefeld), die seit vielen Jahren Erfahrung in der Umsetzung von selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnprojekten gesammelt haben, aber auch von Landesberatungsstellen (wie z. B. Wohnbund-Beratung in NRW) oder Stiftungen (z. B. Schader-Stiftung). Insgesamt wurden zwölf Leitfäden analysiert.
- Quellen für den Wohnformtyp „Ambulant betreute Wohnformen“: Die Qualitätsanalyse für den Wohnformtyp „ambulant betreute Wohnformen“ konzentriert sich auf das klassische Wohn-

angebot des „Betreuten Wohnen/Service Wohnen“. Die Diskussion zur Qualitätssicherung dieses Wohnformtyps liegt ca. zehn Jahre zurück. In der Hochphase des Ausbaus dieser Wohnform ist es zu einigen Fehlentwicklungen gekommen und man versuchte Mindeststandards für diese Wohnform zu definieren, um eine Orientierungshilfe für Qualitätsanforderungen sowohl für Anbieter als auch für Nutzerinnen und Nutzer zu schaffen. Es wurden in verschiedenen Ländern Qualitätssiegel sowie die DIN-Norm 77800 „Betreutes Wohnen“ entwickelt, die Mindestqualitätsanforderungen definieren. Diese wurden für die Analyse zur Bestimmung der Qualitätsanforderungen herangezogen und somit fünf Leitfäden ausgewertet.

- Quellen für den Wohnformtyp „Ambulante Pflegewohnformen“: Die Qualitätsmerkmalsbestimmung für den Wohnformtyp „ambulantes Pflegewohnen“ konzentriert sich auf die Variante der „ambulanten Wohngemeinschaften“, da sie am meisten verbreitet sind und für andere neue Pflegewohnformen wie z. B. die „ambulantisierten Einrichtungen“ noch keine Leitfäden vorliegen. Bei der Analyse der Praxisleitfäden für die Variante der „ambulanten Wohngemeinschaften“ wird auf die aktuelle Studie von Klie et al. (Klie et al. 2017) Bezug genommen, die bereits eine vergleichende Analyse zu Qualitätsmerkmalen von 18 Leitfäden zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften vorgenommen hat. Sie gibt einen umfassenden Überblick über die von Expertinnen und Experten und Praktikerinnen und Praktikern formulierten Qualitätsmerkmale für diese Wohnform. Insgesamt wurden hier vier Leitfäden von kommunalen oder Landesbehörden, elf Leitfäden von öffentlich geförderten Beratungs- und Informationsstellen bzw. Selbsthilfeorganisationen, ein Leitfaden von einer Bank, einer aus der Wohnungswirtschaft und zwei Leitfäden von Veröffentlichungen aufgrund von vorhergehenden Studien einbezogen (Klie et al. 2017). Ebenso werden die von dieser Studie formulierten Qualitätsmerkmale in der Analyse berücksichtigt. Zusätzlich wurde eine Veröffentlichung einer Landesbehörde jüngeren Datums zur Analyse hinzugezogen, sodass 19 Literaturquellen bei der Bestimmung von Qualitätsmerkmalen berücksichtigt wurden.
- Quellen für den Wohnformtyp „Ambulante integrierte Wohnformen (Quartierskonzepte)“: Die Bestimmung der Qualitätsanforderungen für den Wohnformtyp „Ambulante integrierte Wohnformen“ konzentriert sich auf „Sozialraumorientierte Konzepte bzw. Quartierskonzepte“, die sich um eine gezielte Weiterentwicklung der bestehenden Lebensräume für pflege- und unterstützungsbedürftige Menschen bemühen. Hier wurden in den vergangenen zehn Jahren zahlreiche Informationsschriften,

Leitfäden oder Praxishilfen von Bundes- und Landesministerien sowie von Wohlfahrtsverbänden, kommunalen Spitzenverbänden oder Verbraucherschutzorganisationen zur qualitätsorientierten Umsetzung solcher Wohnformen entwickelt. Zehn Leitfäden wurden für die Analyse ausgewählt.

Aus der Analyse ergibt sich eine Vielzahl von Qualitätsanforderungen, die nach Ansicht erfahrener Expertinnen und Experten bei der Umsetzung neuer Wohnformen gewahrt werden sollten, um die besondere Qualität in diesen neuen Wohnformen mit ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit zu wahren. Die in den Leitfäden ermittelten Qualitätsanforderungen lassen sich folgenden **Qualitätsbereichen** zuordnen:

- Wohnen/Umgebungsgestaltung,
- Versorgung,
- Teilhabe,
- Organisation und
- Qualitätssicherung.

Die Ergebnisse der ermittelten Qualitätsanforderungen werden im Anhang in einer ausführlichen Übersicht für jeden einzelnen Wohnformtyp dargelegt (Anhang 5). Die tabellarische Übersicht zeigt, dass trotz der unterschiedlichen Wohnformen einzelne Qualitätsanforderungen immer wieder benannt werden. Hier lassen sich zusammenfassend folgenden Qualitätsanforderungen in den genannten Bereichen benennen:

- Anforderungen an das Wohnen/die Umgebungsgestaltung: z. B. Lage (Sozialraumorientierung, Wohnortnähe, zentrale Lage mit fußläufig erreichbarer Infrastruktur), Größe (Kleinteiligkeit, Überschaubarkeit), Ausstattung (Gemeinschaftsbereiche zum sozialen Austausch, Besprechungsbüro, Barrierefreiheit, moderater Brandschutz, technische Ausstattung z. B. Notrufsicherung), Sicherung von Privatheit (z. B. Einzelzimmer, eigene Sanitärbereich in Gemeinschaftswohnformen, Hausrecht und Schlüsselgewalt bei Bewohnerschaft).
- Anforderung an die Versorgung/Unterstützungsleistungen: Art der (zu gewährleistenden) Unterstützungsangebote zur Sicherung der Selbstständigkeit (Beratungsleistungen, allgemeine Betreuungsleistungen, Alltagshilfen, Sicherung der Selbstversorgung, Mobilitätssicherung, Umgang mit krankheitsbedingten Belastungen/kognitiven Einschränkungen), Gewährleistung von Versorgungssicherheit für Bewohnerinnen und Bewohner mit hohem Pflegebedarf (z. B. Rund-um-die-Uhr-Betreuung, Versorgungskontinuität, Verlässlichkeit der Leistungserbringung, Notrufsicherung), Form der (gewährleistenden) Unter-

stützungsleistungen, Sicherung der Fachlichkeit auch für nicht-pflegerisches Personal (Qualifikationsanforderungen), besondere Rolle/Betreuung von Betreuungskräften/Alltagbegleitung, Wahlfreiheit bei den Leistungsangeboten/Selbstbestimmung bei der Leistungsgestaltung, Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse/Gewohnheiten bei der Leistungserbringung, Hilfe zur Selbsthilfe.

- Anforderungen an die soziale Teilhabe: Soziale Einbindung (z. B. Angebot an Gemeinschaftsräume, Kommunikationsangebote, Gemeinschaftsaktivitäten), Sozialraumbezug (z. B. Wahrung der Wohnortnähe, Vernetzung mit dem Sozialraum), Beteiligung (z. B. Ehrenamtliches Engagement, Partizipationsmöglichkeiten), Stärkung der Selbstverantwortung (eigene Bewohnergremien).

Zum anderen wurden Anforderungen an die Verfahren der Umsetzung benannt. Denn nicht nur in der unterschiedlichen Leistungsstrukturierung, sondern insbesondere auch in der Umsetzung der Leistungserbringung erschließt sich die besondere Qualität der neuen Wohnformen. Hierfür wurden folgende Qualitätsanforderungen in folgenden Qualitätsbereichen benannt:

- Anforderungen an die Organisation: Koordination (z. B. regelmäßiger Austausch verschiedener Akteure, Vernetzung der vielfältigen Akteure, Vernetzung im Sozialraum, Einbindung Ehrenamtlicher und Gestaltung eines Hilfemixes), Koordination/Moderation der Gesamtprozesse, Klärung von Verantwortlichkeiten, Sicherung/Ermöglichung geteilter Verantwortung, Befähigung zur Selbstverantwortung, Selbstorganisation.
- Anforderungen an die Qualitätssicherung: Transparenz (für einzelne Leistungen z. B. verbindliche, transparente Vereinbarungen/Vertragsgestaltung, Transparenz für Gesamtprozesse (systematische Steuerung, verbindliche Kommunikationsregelungen), NutzerInnenorientierung/Lebensweltorientierung (z. B. regelmäßige Bewohner-/Angehörigenbefragungen, Beschwerdemanagement), Prüfung (z. B. freiwillige Qualitäts-Selbstverpflichtung, Monitoring, Evaluation).

Zusammenfassung

Die Leitfadenanalyse zeigt, dass von Expertinnen und Experten bzw. Praktikerinnen und Praktikern vielfältige Qualitätsanforderungen in den Qualitätsbereichen Wohnen/Wohnumfeldgestaltung, Versorgung, Teilhabe aber auch bei der Organisation und bei der Qualitätsprüfung für neue Wohnformen benannt werden. Einige Qualitätsanforderungen werden immer wieder als Anforderung in allen neuen Wohnformen – so unterschiedlich sie auch sind – benannt. Sie sind als **Qualitätsmerkmale** neuer Wohnformen besonders in den Blick zu nehmen, weil sie die Besonderheiten neuer Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit gewährleisten:

- Hierzu gehört vor allem bei sich verändernden Hilfebedarfen eine Sicherung der **Versorgungskontinuität** zum Erhalt der Wohnkontinuität,
- die konzentrierte Ausrichtung auf die NutzerInnenbedürfnisse und die Gewährleistung der individuellen Lebensgestaltung auch bei hohem Unterstützungsbedarf im Sinne einer konsequenten **Nutzerorientierung**,
- durch Stärkung der Selbstbestimmung und Gewährleistung der **selbstverantwortlichen Einbindung** der Bewohnerschaft/ihrer Vertreterinnen und Vertreter in die Umsetzung und Sicherung einer Begleitung in diesem Prozess, wenn die Bewohnerschaft dazu nicht mehr in der Lage ist.
- Die Gewährleistung eines **kooperativen Zusammenwirkens** Vieler in geteilter Verantwortung und Sicherung einer systematischen Steuerung der Gesamtprozesse unter Beteiligung der Bewohnerschaft
- sowie der Erhalt von **Transparenz** bei dem vielfach komplexen Leistungsgeschehen in neuen Wohnformen nicht nur für die einzelnen Teilleistungen, sondern vor allem auch für die Verantwortlichkeiten und Prozesse des Gesamtgeschehens.

Diese immer wieder für neue Wohnformen von Expertinnen und Experten benannten Qualitätsanforderungen decken sich in vielerlei Hinsicht mit den Nutzererwartungen (Kapitel 5.1).

5.3 Qualitätsanforderungen nach leistungs- und ordnungsrechtlicher Prüfung

In einem nächsten Schritt wurde geprüft, welche Anforderungen sich für neue Wohnformen aus rechtlichen Regularien ergeben. Auf dieser Grundlage können die noch zu regelnden Anforderungen für

ein eigenes Qualitätssicherungskonzept für neue Wohnformen ausgemacht werden.

Im Folgenden werden zunächst wohnformtypübergreifende rechtliche Regelungen dargestellt. Anschließend werden für jeden Wohnformtyp und differenziert für die unterschiedlichen Qualitätsbereiche die rechtlichen Regelungen zu den zentralen Qualitätsanforderungen aufbereitet. Zum einen werden ordnungsrechtlich Anforderungen auf der Grundlage der Analyse von Brandschutz- und baurechtlichen Bestimmungen ermittelt sowie die heimrechtlichen Regelungen geprüft. Zum anderen wird durch einen Abgleich mit leistungsrechtlichen Regelungen im Rahmen des SGB V, SGB XI oder SGB XII bei möglichen Ansprüchen sowie mit den im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüften Aspekten, welche angeführt sind, wenn sich ein Bezug zur Qualitätsanforderung ausmachen lässt, vorgenommen. Die für die Erfüllung der Qualitätsanforderung verantwortlichen Adressaten, sowie – sofern auszumachen – der gesetzlich verankerte Prüfauftrag und die sich ergebenden möglichen vertraglichen Verankerungen der Qualitätsanforderung komplettieren jeweils die Darstellung. Die Ergebnisse der differenzierten Analyse nach Wohnformtypen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt. Eine ausführliche Darstellung der Datengrundlage und eine tabellarische Systematisierung findet sich in Anhang 10: *Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung*).

5.3.1 Wohnformtypübergreifende rechtliche Aspekte

Neue Wohnformen unterliegen einer ganzen Reihe von bestehenden rechtlichen Regelungen, denen sie sich im Rahmen der Qualitätssicherung ebenso wie andere Wohnformen stellen müssen. Klie spricht vor allem für ambulante Pflegewohngemeinschaften von einer komplexen „rechtlichen Gemengelage“ (Klie 2018: 348), die sich auch für andere neue Wohnformen ergibt. Im Kontext der ordnungsrechtlichen Bestimmungen sind baurechtliche und brandschutzrechtliche oder hygienerechtliche Vorschriften zu beachten, die die Qualität neuer Wohnformen bestimmen können. Hier nimmt das Thema **Brandschutz** im Qualitätsbereich *Wohnen/Umgebungsgestaltung* eine besondere Stellung ein, welches sich zwar aus der vorangehend beschriebenen Leitfadenganalyse nicht überall als Qualitätsanforderung ableiten ließ, sich jedoch aus dem Dialog mit zuständigen Behörden und Trägern als bedeutsam für eine Reihe neuer Wohnformen erwiesen hat und so in die Darstellung aufgenommen wurde. Die **Bauordnungen** der Länder definieren bestimmte neue Wohnformen zu einem sogenannten *Sonderbau* (darunter Krankenhäuser, Pflegeheime und sonstige Einrichtungen zur Unterbringung oder Pflege von Personen), wenn von einer erhöhten

Gefährdung der dort Wohnenden oder der Allgemeinheit ausgegangen wird. Sonderbauten können dann strengeren baulichen Anforderungen unterliegen, die oftmals auch mit zusätzlichen Brandschutzvorkehrungen (wie das Vorhalten eines zweiten Rettungsweges, die Verwendung feuerbeständiger Baumaterialien oder den Einbau von Brandschutztüren) und weitergehenden Bauvorgaben (wie Barrierefreiheit) und Prüfungen durch die Bauaufsichtsbehörden einhergehen, wobei die sonderbaurechtlichen Anforderungen dabei zwischen den Ländern variieren bzw. je nach beantragter Wohnform von den zuständigen Behörden entschieden werden (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) 2016: 47). Die sich aus dem Status als Sonderbau ergebenden, vielfältigen Auflagen- und Regelungsvorgaben, werden im Weiteren nicht ausgeführt.

Neben ordnungsrechtlichen Bestimmungen können auch vertragsrechtliche Regelungen Einfluss auf die Qualitätssicherung haben. Anwendung kann das auf Bundesebene geltende **Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - WBVG)** finden, je nach Kombination der Miet- und Dienstleistungsverträge. Es zielt darauf ab, bei Vertragsverhandlungen für Verträge, in denen die Überlassung von Wohnraum mit der Leistung von Pflege- oder Betreuung verbunden ist, Informationsasymmetrie zwischen den Anbietern und den Pflegebedürftigen/deren Angehörigen auszugleichen und eine Verhandlungsbasis auf Augenhöhe zu schaffen (vgl. BIVA 2017). Für ambulant betreute Wohnformen im Wohnformtyp 2, in denen neben der Überlassung von Wohnraum die Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen über allgemeine Unterstützungsleistungen (Vermittlung von Pflege- oder Betreuungsleistungen, Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung oder Notrufdienste) erfolgt sowie trägerverantwortete Pflegewohngemeinschaften im Wohnformtyp 3, in denen Wohn- und Pflegeverträge gekoppelt sind, die Überlassung von Wohnraum abhängig von der Inanspruchnahme der Leistungen ist und keine Wahlfreiheit bezüglich des Anbieters besteht, sind die Paragraphen des WBVG bei der Vertragsgestaltung anzuwenden und die damit verbundenen Qualitätsanforderungen zu beachten.

Weiterhin tangieren die neue Wohnformen Anforderungen aus dem Sozialrecht sowohl das Sozialleistungs- (mit seinen unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern) als auch das Leistungserbringungsrecht (mit seinen Regelungen zur Finanzierung und Qualitätssicherung der Dienstleistungserbringung). Für die Darstellung der **leistungsrechtlichen Rahmung** der in neuen Wohnformen erbrachten pflegerischen Versorgung können unter anderem die **Rahmenverträge nach § 75 SGB XI** (Rahmenverträge, Bundesempfehlungen

und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung), die **Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI** zu ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sowie die **Verträge nach § 132 SGB V (Versorgung mit Haushaltshilfe)** und **§ 132a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)** inklusive der **Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V** zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene Anwendung finden und damit Qualitätsanforderungen vorgeben.

Die **Rahmenverträge nach § 75 SGB XI** werden zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich geschlossen, um eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Sie regeln u. a. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie die allgemeinen Bedingungen der Pflege aber bspw. auch die „Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können“ (§ 75 SGB XI Abs. 2 Punkt 9). Da sich die Regelungen des § 75 SGB XI auf die pflegerische Versorgung durch stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen beziehen, lassen sich lediglich Berührungspunkte mit neuen Wohnformen betrachten. Eine grundsätzliche Einordnung zu den Regelungen der Rahmenverträge, die für die Qualität in neuen Wohnformen über die Leistungserbringung hinaus relevant ist, lässt sich für neue Wohnformen nicht treffen. Für die im Rahmen der Studie zu untersuchenden Typen von Wohnformen lassen sich die Vertragsinhalte daraufhin prüfen, ob sich aus ihnen Qualitätsanforderungen an die aus den Leitfäden erarbeiteten Qualitätsmerkmale ableiten lassen oder ob die Inhalte die Bedeutung eines Qualitätsmerkmals mit Blick auf die Adressaten, die für die Erfüllung dieses Merkmals verantwortlich sind, unterstreichen.

Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für **stationäre Pflegeeinrichtungen** können in trägerverantworteten Wohnformen zum Tragen kommen, wenn diese ordnungsrechtlich auch den Regelungen für vollstationäre Pflege unterliegen können. Entsprechende Klauseln finden sich in den Heim- bzw. Wohn- und Teilhabegesetzen in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Thüringen,

vgl. dazu Tabelle 34 im Anhang 10: *Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung*), meistens dann, wenn beispielsweise die maximale Anzahl an bewohnenden Pflegebedürftigen überschritten wird. Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für **ambulante Pflegeeinrichtungen** hingegen können in allen Wohnformtypen dann zum Tragen kommen, wenn die pflegerische Versorgung in der neuen Wohnform durch ambulante Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI, also durch zugelassene Pflegedienste, erbracht wird. Für die in der Studie zutreffende Systematisierung wurden die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für stationäre Pflegeeinrichtungen für die acht Bundesländer gesichtet, in denen die Möglichkeit besteht, eine Wohnform als stationäre Pflegeeinrichtung zu fassen. Die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für ambulante Pflegeeinrichtungen wurden für alle Bundesländer gesichtet, für die ein entsprechender Vertrag verfügbar war (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.) 2018). Tabelle 35 und Tabelle 36 in Anhang 10: *Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung* fasst die Sichtung der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen zusammen.

Die **Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe** wird nach § 89 Abs. 1 SGB XI zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können. Sich aus solch einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebende Zeit- und Kostenersparnisse sollen dabei den Pflegebedürftigen zugutekommen (vgl. § 89 Abs. 3 SGB XI). In der Regel ergibt sich bei der gemeinsamen Abrufung von Leistungen (Poolung), dass die vereinbarte Anfahrtspauschale nur einmalig oder anteilig zur Abrechnung kommt. In einigen Bundesländern ist es darüber hinaus möglich, auf Antrag eines Vertragspartners in begründeten Fällen darauf hinzuwirken, dass abweichende Regelungen zwischen dem Träger des Pflegedienstes sowie seines Verbandes, dem Sozialhilfeträger und den Pflegekassen getroffen werden.

Für die Studie wurden die über die Internetauftritte des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) sowie der AOK-Landesverbände einsehbaren (Muster-)Vergütungsvereinbarungen und dazugehörige Anlagen (mehrheitlich für das Jahr 2017 vorliegend) gesichtet, um für die Leistungserbringung in neuen Wohnformen spezifische und damit eventuell für die Qualitätssicherung relevante Regelungen zu identifizieren. Die Sichtung zeigt, dass sich – bezogen auf die Möglichkeit, Leistungen zu poolen und entsprechend abzurechnen – un-

terschiedliche Konkretisierungsgrade in den Vergütungsvereinbarungen finden. So wird in Baden-Württemberg beispielsweise die Abrechnung von Wegepauschalen für Betreute Wohnanlagen (des Typs 2 dieser Studie) sowie ambulant betreute Wohngruppen im Sinne des § 38a SGB XI reguliert sowie das Poolen von Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI hervorgehoben²⁵, während in Mecklenburg-Vorpommern allgemein die Möglichkeit der gemeinsamen Inanspruchnahme von Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuungsleistungen durch mehrere Versicherte benannt ist.²⁶ Tabelle 37 in Anhang 10: *Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung* fasst die Ergebnisse der Sichtung der Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI zusammen. Außer den Hinweisen auf Typen von Wohnformen in den Regelungen zu Weg-/Anfahrtpauschalen sowie dem Poolen von Leistungen finden sich keine Inhalte, welche für die zu erarbeitenden Instrumente zur Qualitätssicherung für neue Wohnformen spezifisch zu berücksichtigen wären. Auch kann kein systematischer Überblick dazu gegeben werden, in welchen Bundesländern es eventuell vermehrt zu abweichenden und individuellen Regelungen kommt und welche Vertragsinhalte diese umfassen. Diesem Befund wird in der Studie dahingehend Rechnung getragen, dass trägerverantwortete Wohnformen bzw. Pflegedienste, die an der Online-Befragung teilnehmen, dazu befragt werden, ob sie für die Vergütung von Leistungen in neuen Wohnformen gesonderte Vereinbarungen getroffen haben und wie sich diese gestalten.

Für die **Versorgung mit häuslicher Krankenpflege** nach **§ 132a Abs. 1 SGB V** geben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene **Rahmenempfehlungen** ab. Insbesondere sind in den Rahmenempfehlungen die Eignung der Leistungserbringer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung, Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus, Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen und Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren zu regeln. Die aktuell gültige Fassung der Rahmenempfehlungen

²⁵ Vgl. Vergütungsvereinbarung für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 89 SGB XI, Gültigkeitszeitraum 2017 (o. A.): https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/Ambulante_Pflege/_jcr_content/par/download_6/file.res/AP_Verg%C3%BCtung_Muster_20150301.pdf

²⁶ Vgl. § 4 Muster – Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI für ambulante Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern (o. A.) https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/mv/pflege/ambulant/mv_pflege_ambulant_muster_verguetung.pdf

nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege behandelt die Themen Anerkennung der verantwortlichen Pflegefachkraft, Verordnungs- und Genehmigungsverfahren, Abrechnungsverfahren erbrachter Leistungen, einschließlich des Datenträger austausches. Für die in dieser Studie zu entwickelnden Instrumente finden sich in den Rahmenempfehlungen keine spezifisch an die Leistungserbringung in neuen Wohnformen zu richtenden Qualitätsanforderungen. Im Qualitätsbereich Versorgung lässt sich in den Ausführungen des § 1 Verantwortliche Pflegekraft ein Bezug zu den Qualitätsmerkmalen Fachlichkeit und Grundqualifikation des Personals herstellen – die formulierten Anforderungen gelten jedoch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Darüber hinaus finden sich keine für die leitenden Qualitätsmerkmale in den vier Wohnformtypen relevanten spezifischen Empfehlungen. Weiterhin stellen Vergütungs- und Abrechnungsregelungen in Bezug auf die Leistungserbringung einen Teil der Rahmenrichtlinien dar. Diese erscheinen für die Qualität in neuen Wohnformen nur dann relevant, wenn gesonderte Vergütungen für einzelne Wohnformen zutreffend sind und daraus ein unterschiedliches Leistungserbringungsverhalten resultiert. Im Zuge dessen wurden exemplarisch **Rahmenverträge gemäß § 132a Abs. 2 SGB V**, die zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern abgeschlossen wurden, dahingehend betrachtet, ob sich konkrete Hinweise auf die Leistungserbringung in neuen Wohnformen finden lassen.

Tabelle 38 in Anhang 10: *Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung* fasst die Ergebnisse der Sichtung zusammen. Wie vorangehend für die Vergütungsvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI zusammengefasst, nimmt die Leistungserbringung in neuen Wohnformen auch in den Verträgen nach § 132a SGB V in einigen Bundesländern Einfluss auf die Vergütung der Weg-/Anfahrtspauschale (so zum Beispiel in Niedersachsen oder Mecklenburg-Vorpommern) oder auf Vergütung der Leistungserbringung für Personengruppen (beispielsweise in Nordrhein-Westfalen, für das in den meisten Leistungen geringere Beträge im Vergleich zur Vergütung für die Leistungserbringung bei einzelnen Versicherten auszumachen sind). Zwar werden – ebenfalls unterschiedlich konkret und definiert – Typen neuer Wohnformen in den Verträgen erwähnt (unter anderem ist von Betreutem Wohnen oder Wohnanlagen für Seniorinnen und Senioren die Rede), doch scheint sich aus den Vertragsinhalten keine Notwendigkeit zu ergeben, den vorab aufgestellten Rahmen der Qualitätsbereiche und Qualitätsmerkmale für die Wohnformtypen der Studie zu erweitern oder einzugrenzen.

Neben dem Leistungserbringungsrecht können auch die Regelungen im Sozialleistungsgesetz vor allem der Sozialgesetzbücher SGB V, SGB XI, SGB XII Einfluss auf die Qualitätssicherung neuer

Wohnformen haben. Eine Besonderheit innerhalb des Sozialleistungsrechts stellt **§ 38a SGB XI** dar, der für Pflegebedürftige zusätzliche Leistungen von 214 Euro monatlich vorsieht, wenn sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind. Darüber hinaus muss – wenn Leistungen nach den §§ 36, 37, 38 (Kombinationsleistungen), § 45a oder § 45b SGB XI bezogen werden – eine Person durch die Pflegebedürftigen gemeinschaftlich dazu beauftragt werden, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten/hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten. Eine Versorgungsform (auch teilstationäre Pflege), in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 SGB XI für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen, darf jedoch nicht vorliegen. Insbesondere die Möglichkeit der Förderung organisatorischer und verwaltender Tätigkeiten birgt mit Blick auf die Bedeutung der Organisation Potenzial zur Gestaltung des Zusammenlebens in neuen Wohnformen.

Unterschiedliche rechtliche Regelungen ergeben sich auf für besondere Zielgruppen neuer Wohnformen. In den meisten Heimrechten wird die Zielgruppe der **Menschen mit Intensiv- oder Beatmungspflegebedarf** nicht gesondert erwähnt. Im saarländischen Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz wird in § 1b „Einrichtungen des ambulant betreuten Wohnens“ beschrieben, dass Wohnformen als nicht selbstorganisiert gelten, wenn beispielsweise Intensivpflegebedarf besteht. Darüber hinaus findet sich im Rahmen dieses Gesetzes keine weitere Beschreibung oder Regelung. In § 5 LWTG (Rheinland-Pfalz) sind Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung spezifiziert. Darunter zählen betreute Wohngruppen für nicht mehr als zwölf volljährige Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen, die in der Verantwortung eines Trägers stehen und in denen die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbietern von Pflege-, Teilhabe- und anderen Unterstützungsleistungen und Verpflegung gewährleistet ist. Bei Klie et al. (2017) wird betont, dass die Pflegefachlichkeit in Intensivpflegewohngemeinschaften durch geschultes Personal zu sichern ist und die Selbstorganisation in aller Regel nicht gewährleistet werden kann. Durch die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen des SGB V zu erhalten – anders als in der stationären Pflege – sind sie jedoch für die Betroffenen besonders interessant.

Die Zielgruppe der **Menschen mit Demenz** ist ebenfalls nicht explizit in den meisten Heimrechten verankert. Lediglich § 2 HmbWBG (Hamburg) beschreibt, Wohngemeinschaften im Sinne des Gesetzes als Wohnformen für Volljährige, die dem Zweck dienen, mindestens drei schwerstpflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, das selbstbestimmte Leben in einem gemeinsamen Haushalt und eine von der Wohnraumüberlastung unabhängige Inanspruchnahme entgeltlicher Betreuungsleistungen zu ermöglichen.

Menschen mit Behinderungen sind in allen Bundesländern als Zielgruppe für neue Wohnformen eingeschlossen. In den meisten Bundesländern lässt sich diese Zielgruppe dem Wohnformtyp 3 *Ambulantes Pflegewohnen (Ambulante Pflegewohngemeinschaften)* zuordnen, sofern die Wohnform für diese Zielgruppe explizit beschrieben ist. In einigen Bundesländern ist zudem für Menschen mit Behinderung Wohnformtyp 2 *Ambulante betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen)* beschrieben. In § 6 WTPG (Baden-Württemberg) wird spezifisch eine Wohnform für diese Zielgruppe benannt: ambulante betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Behinderungen. Auch in Rheinland-Pfalz werden in § 5 LWTG als Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung, Einrichtungen des betreuten Wohnens im Rahmen des hierfür jeweils geltenden öffentlich-rechtlichen Vertrags über die Förderung des Betreuten Wohnens behinderter Menschen, in denen mindestens drei volljährige Menschen mit Behinderungen in einer Wohngruppe leben, beschrieben. Brandenburg schließt unterstützende Wohnformen, in denen pflegebedürftige Personen oder Menschen mit Behinderungen außerhalb ihres Wohnumfeldes stundenweise gepflegt oder betreut werden, aus dem Anwendungsbereich des BbgPBWoG aus. Spezifische Anforderungen für Wohnformen für Menschen mit Behinderungen finden sich beispielsweise in der Obergrenze der Bewohnerzahlen, so wird in § 4 BbgPBWoG (Brandenburg) und § 4 WTBG (Baden-Württemberg) eine maximale Wohngruppengröße von acht Personen festgelegt.

5.3.2 Rechtliche Regelungen nach Wohnformtypen

Nach dieser allgemeinen Darstellung welche rechtlichen Regelungen Einfluss auf die Qualitätssicherung neuer Wohnformen haben können, werden im Folgenden die rechtlichen Regelungen für jeden Wohnformtyp zusammenfassend dargestellt. Dabei werden vor allem die rechtlichen Regelungen, die sich aus den definierten Qualitätsanforderungen der Leitfadenganalyse herausgearbeitet werden

konnten, in den Blick genommen. Eine detaillierte Aufarbeitung findet sich in der Übersichtstabelle im Anhang (vgl. Tabelle 39 bis Tabelle 42 im Anhang 10 dieses Berichts). Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt:

- **Rechtliche Regelungen zu den Qualitätsanforderungen Wohnen in Gemeinschaft: (selbständiges) gemeinschaftliches Wohnen**

Für den **Wohnformtyp 1: Ambulantes (selbständiges) gemeinschaftliches Wohnen** finden sich nur wenige Regulierungsvorgaben: Nur in wenigen Bundesländern fällt diese Wohnform unter den Anwendungsbereich ordnungsrechtlicher Regelungen in den Heimrechten, welche wiederum unterschiedlich detailliert ausgearbeitet sind.

Für den Qualitätsbereich **Wohnen/Umgebungsgestaltung** sind auf baurechtlicher Ebene z.B. im Sinne der Barrierefreiheit und architektonischen Gestaltung keine konkreten Vorgaben auszumachen. Ambulante (selbstorganisierte) gemeinschaftliche Wohngemeinschaften unterliegen den privatrechtlichen Bau- und Brandschutzverordnungen, weitere ordnungsrechtliche Regelungen finden sich für diesen Wohnformtyp meist nicht in den Heimrechten. Im Rahmen des Leistungsrechts können wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (SGB XI und SGB XII) in Anspruch genommen werden und damit sind auch die dort wirksamen Qualitätsanforderungen bei Leistungsbezug zu wahren. Werden ambulante Pflegeleistungen erbracht, können sich einzelne Qualitätsanforderungen aus der Qualitätsprüfung gemäß der „Qualitätsprüfrichtlinie Teil 1 – Ambulante Pflege“ in Bezug auf das Qualitätsmerkmal Privatheit ergeben, wenn ein Wohnungsschlüssel bei einem externen Leistungsanbieter (Pflegedienst) verwahrt wird. Adressaten der Umsetzung der Qualitätsanforderungen sind die Vermieterinnen und Vermieter des Wohnraums bzw. die Mieterinnen und Mieter. Die Qualitätsanforderungen lassen sich vertraglich im Zuge des Mietvertrags regeln.

Im Rahmen des Qualitätsbereichs **Versorgung** sind insbesondere auf ordnungsrechtlicher Ebene kaum Regelungen festgelegt. In allen Bundesländern mit Vorgaben für diese Wohnform gilt die freie Wahl der Betreuungs- und Unterstützungsleistung sowie deren Art und Umfang und die uneingeschränkte Ausübung des Hausrechts als Grundvoraussetzung. Im ambulanten (selbstorganisierten) Wohnen kommen Leistungen des SGB V wie häusliche Krankenpflege und des SGB XI und SGB XII wie Pflegesachleistungen, Pflegegeld, häusliche Pflegehilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag und zur Weiterführung des Haushalts in Betracht. Werden diese Leistungen durch einen Pflegedienst erbracht, können im

Rahmen der externen Qualitätsprüfung die Prüfkriterien der Abrechnungsprüfung nach dem SGB XI angelegt werden. Adressaten für die Umsetzung der Qualitätsanforderungen sind zum einen die Mieterinnen und Mieter zur selbstständigen Haushaltsführung und gegenseitiger Unterstützung im Alltag und besonderen Lebenslagen und zum anderen die Träger/Anbieter bzw. Pflegedienste, die gemeinsam mit den Mieterinnen und Mietern (Bewohnerschaft) handeln. Innerhalb dieses Qualitätsbereiches kommen vertragliche Regelungen im Rahmen von Kooperationsverträgen und individuellen Pflegeverträgen in Frage.

Die gesichteten Leitfäden weisen für den Qualitätsbereich **Teilhabe** die Qualitätsmerkmale soziale Einbindung, Sozialraumbezug und Beteiligung aus. Ordnungsrechtlich sind hierzu ausschließlich für das letztgenannte Qualitätsmerkmal Vorgaben zu finden, welche eine selbstbestimmte gemeinschaftliche Gestaltung des Alltags- und Zusammenlebens sowie die freie selbstbestimmte gemeinschaftliche Gestaltung der Lebens- und Haushaltsführung und freie Wahl hauswirtschaftlicher Leistungen vorgeben. Es finden sich darüber hinaus keine spezifischen Angebote, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können. Die Adressaten zur Umsetzung der Qualitätsanforderungen sind auf der einen Seite die Vermieterinnen und Vermieter im Rahmen des Qualitätsmerkmals Soziale Einbindung durch das zur Verfügung stellen von Gemeinschaftsbereichen zum regelmäßigen Austausch mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern und auf der anderen Seite die Mieterinnen und Mieter durch ihre Beteiligung am Zusammenleben. Vertraglich lassen sich Regelungen hierzu im Mietvertrag oder in Kooperationsverträgen treffen.

Der Qualitätsbereich der **Organisation** beinhaltet ordnungsrechtliche Regelungen für das Qualitätsmerkmal Selbstverantwortung durch die Festschreibung der Ausübung des uneingeschränkten Hausrechts und in Sachsen-Anhalt die eigene Entscheidung der Bewohnerinnen und Bewohner über den Einzug neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Sachsen-Anhalt legt zudem im Wohn- und Teilhabegesetz (WTG LSA) das Bestehen eines Gremiums zur gemeinsamen Regelung aller die Wohngemeinschaft betreffenden Angelegenheiten im Rahmen der Selbstorganisation fest. Für das Qualitätsmerkmal Koordination/Kooperation finden sich keine weiteren Regelungen, ebenso sind keine leistungsrechtlichen Angebote für diesen Qualitätsbereich beschrieben. Die für die Umsetzung der Qualitätsanforderungen verantwortlichen Adressaten sind die Mieterinnen und Mieter. Innerhalb dieses Qualitätsbereiches kommen vertragliche Regelungen im Rahmen von Dienstleistungs- und Kooperationsverträgen in Frage.

Abschließend beinhaltet der Qualitätsbereich **Qualitätssicherung** das Qualitätsmerkmal Transparenz, welches ordnungsrechtlich nicht weiter geregelt ist. Hingegen findet sich in Hamburg die Vorgabe des Beratungs- und Unterstützungsanspruchs, der im Rahmen der Qualitätssicherung relevant sein kann. Auch leistungsrechtlich können keine spezifischen Ansprüche bezogen auf die Transparenz beschrieben werden. Im Rahmen der externen Qualitätsprüfung Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege kann jedoch als ein Aspekt der Transparenz bei Leistungserbringung durch einen Pflegedienst die Information vor Vertragsabschluss und der schriftliche Pflegevertrag geprüft werden. Adressaten der Umsetzung der Qualitätsanforderungen sind bis auf letztgenannten Aspekt vorrangig die Mieterinnen und Mieter, vertraglich bieten Kooperationsverträge Regelungsmöglichkeiten.

- **Rechtliche Regelungen zu den Qualitätsanforderungen Wohnen mit Betreuung: Ambulante betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen)**

Für den **Wohnformtyp 2: Ambulante betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen/Service Wohnen)**, finden sich insgesamt kaum spezielle Vorgaben zur Regulierung.

Für den Qualitätsbereich **Wohnen/Umgebungsgestaltung** werden in den Leitfäden Empfehlungen zur Barrierefreiheit und Brandschutz und Wohnlage gemacht. Die in den Leitfäden betonte Anforderung, Wohnungen und Gemeinschaftsflächen barrierefrei zu gestalten sowie Mindestgrößen von Wohnungen und Gemeinschaftsräumen zu berücksichtigen, wird für diesen Wohnformtyp heimrechtlich nur in Hamburg aufgegriffen. Gleiches gilt für eine infrastrukturelle Erreichbarkeit, die eine selbstständige Versorgung des täglichen Bedarfs gewährleistet. Ansprüche innerhalb des Leistungsrechts, die in diesem Qualitätsbereich geltend gemacht werden können, beziehen sich im SGB XI und SGB XII auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Adressaten der Umsetzung der Qualitätsanforderungen sind die Träger/Anbieter der Einrichtungen, die Prüfung der Einhaltung der baulichen Vorgaben obliegt der zuständigen Bauaufsichtsbehörde bzw. der Heimaufsicht. Die Qualitätsmerkmale lassen sich, bis auf die infrastrukturelle Erreichbarkeit, vertraglich im Rahmen des Mietvertrags regeln.

Für den Qualitätsbereich **Versorgung** finden sich ebenfalls nur in Hamburg heimrechtliche Bezüge zu den in den Leitfäden benannten Qualitätsmerkmalen Sicherung einer regelmäßigen Beratung vor Ort und weiterer allgemeiner Betreuungsleistungen, Gewährung einer Versorgungssicherheit (vor allem durch Notrufsicherung). Ebenso werden Empfehlungen zur Qualifikation des in den betreu-

ten Wohnformen tätigen Personals gemacht. In ambulanten betreuten Wohnformen kommen zur Sicherung einer selbstständigen, individuellen Haushaltsführung vor allem Leistungen des SGB XI und SGB XII in Betracht, die über Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen u. a. auch Pflegesachleistungen, Pflegegeld, häusliche Pflegehilfe und Angebote zur Unterstützung im Alltag und zur Weiterführung des Haushalts beinhalten. Werden diese Leistungen durch einen Pflegedienst erbracht, können im Rahmen der externen Qualitätsprüfung die Prüfkriterien der Abrechnungsprüfung nach dem SGB XI angelegt werden. Weiter können Leistungen nach § 37 SGB V (Häusliche Krankenpflege) in diesen Wohnformen erbracht und entsprechend geprüft werden, diese stehen jedoch nicht im Vordergrund der abgeleiteten Qualitätsmerkmale. Adressaten für die Umsetzung der Qualitätsanforderungen sind die Betreuungsträger/Anbieter bzw. Pflegedienste, die gemeinsam mit den Mieterinnen und Mietern (also der Bewohnerschaft) handeln. Werden vor allem Betreuungs- und Unterstützungsleistungen professionell durch Pflegedienste erbracht, können hier die entsprechenden Prüfkriterien der Qualitätsprüfung nach §§ 114ff. SGB XI in der ambulanten Pflege herangezogen werden. Innerhalb dieses Qualitätsbereiches kommen vertragliche Regelungen im Rahmen von Pflege-, Betreuungs- und/oder Dienstleistungsverträgen in Frage.

Im Qualitätsbereich **Teilhabe** lassen sich aus den Leitfäden die Qualitätsmerkmale Sicherung der sozialen Einbindung und Beteiligung ableiten. In Schleswig-Holstein ist das Ermöglichen von Mitwirkung und der Einbezug bürgerschaftlichen Engagements sowie in Hamburg Angebote der Freizeitgestaltung im Heimrecht als Qualitätsanforderungen an betreutes Wohnen verankert. Auch in diesem Qualitätsbereich ist die Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb des SGB XI und SGB XII möglich, in denen u. a. durch Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Pflegehilfen die Teilhabe und Beteiligung gefördert werden. In der Verantwortung sind Betreuungsträger/Anbieter bzw. Pflegedienste, die ggfs. auch Gegenstand der externen Qualitätsprüfung sein können. In diesem Qualitätsbereich bilden insbesondere Betreuungsverträge den vertraglichen Regulierungsrahmen.

Im Qualitätsbereich **Organisation** kommt den Mieterinnen und Mietern (Bewohnerinnen und Bewohnern) eine tragende Rolle bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale Koordination/Kooperation, Selbstorganisation sowie Selbstverantwortung zu, die für die Realisierung und Koordination von Einzelfallhilfe sowie der individuellen Haushaltsführung Leistungsansprüche innerhalb des SGB XI und SGB XII gelten machen können. Analog zu dieser Hauptadressa-

tengruppe finden sich im Heimrecht nur in drei Bundesländern Vorgaben, die die Wahlfreiheit bei Leistungen, die über allgemeine Betreuungsleistungen hinausgehen, hervorheben oder die Wahl eines Hausbeirates/einer Interessenvertretung gegenüber dem Betreiber regeln. Hier sind vertragliche Regelungen innerhalb von Miet- und/oder Betreuungsverträgen möglich.

Für den Qualitätsbereich **Qualitätssicherung** finden sich in den Leitfäden Qualitätsanforderungen zur Transparenz und Sicherung der Nutzerorientierung sowie Qualitätsprüfung. Ausschließlich in Hamburg werden Anforderungen an die Information/Beratung der Bewohnerschaft vor Einzug und im Verlauf (Transparenz) sowie regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit der Bewohnerschaft (Nutzerorientierung) ordnungsrechtlich geregelt. Die aus den Leitfäden abgeleiteten Aspekte eines Beschwerdemanagements sowie einer (freiwilligen) Verpflichtung zur Qualitätssicherung kommen indirekt dann zum Tragen, wenn Leistungen durch einen Pflegedienst erbracht werden, für den die Verantwortung für ein Qualitätsmanagement und die Verantwortungsübernahmen für dieses durch Leitungsebene sowie das Vorliegen einer schriftlichen Regelung zum Umgang mit Beschwerden und die Befragung der Pflegebedürftigen zu ihren Erfahrungen bei Eingabe einer Beschwerde in der externen Qualitätsprüfung enthalten sind. Im Vordergrund stehen vertragliche Regelungen innerhalb des Betreuungsvertrages mit Trägern/Anbietern.

- **Rechtliche Regelungen zu den Qualitätsanforderungen Wohnen mit Pflege: Ambulantes Pflegewohnen**

Wohnformen vom Typ 3: Ambulantes Pflegewohnen (*Pflegewohnungsgemeinschaften*) weisen den höchsten Regulierungsgrad mit Blick auf den landesrechtlichen Ordnungsrahmen innerhalb des Heimrechts auf. Insbesondere für trägerverantwortetes Pflegewohnen, bei dem Miet- und Dienstverträge (Pflege-/Assistenz-/Betreuungsvertrag) gekoppelt sind und die Wahlfreiheit der Mieterinnen und Mieter bezüglich des Anbieters von Dienstleistungen eingeschränkter ist, werden die in den Leitfäden thematisierten Qualitätsmerkmale der Qualitätsbereiche auch in den Wohn- und Teilhabegesetzen der Länder aufgegriffen. Neben den im Heimrecht der Länder formulierten allgemeinen Anforderungen, werden insbesondere Anforderungen an Pflegewohnungsgemeinschaften aufgegriffen. Mit der in einigen Ländern vorgenommenen Einordnung von Pflegewohnungsgemeinschaften als vollstationäre Pflegeeinrichtung (etwa Hessen bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1, Nr. 2 HGBP) können sich ergänzende Anforderungen an das ambulante Pflegewohnen ergeben, die im Folgenden jedoch nicht separat erfasst sind.

In den Leitfäden finden sich zum Qualitätsbereich **Wohnen/Umgebungsgestaltung** verschiedene bauliche Anforderungen zur Barrierefreiheit oder Empfehlungen zur Kleinteiligkeit des Pflegewohnens. Heimrechtlich werden mehrheitlich die maximale Anzahl von Pflegebedürftigen also Größengrenzen benannt und häufiger vorgeschrieben, dass nicht mehr als drei Wohngemeinschaften gleicher Trägerschaft in unmittelbarer räumlicher Nähe (innerhalb eines Gebäudes) sein dürfen. Für Menschen mit Behinderung liegt diese Obergrenze in der Regel bei acht Personen pro Wohngemeinschaft. Auch der Sicherung der Privatheit (darunter das Vorhalten eines individuellen Rückzugsraumes in Form eines einzelnen Zimmers pro Bewohnerin oder Bewohner, sowie die Möglichkeit zur individuellen Gestaltung dieses Rückzugsraums) messen sowohl die gesichteten Leitfäden als auch das ordnungsrechtliche Regelungen größere Bedeutung zu – wobei diejenigen Bundesländer, die hierzu entsprechende Paragraphen vorweisen, in der Unterzahl sind und Mindestgrößen für den individuellen Wohnraum bei 12 m² aber auch bei 14 m² angesetzt werden. Das Qualitätsmerkmal der infrastrukturellen Erreichbarkeit wird in Hamburg und Thüringen für diesen Wohnformtyp betont. Wie auch bei den vorangehend dargestellten Wohnformen können in diesem Qualitätsbereich Ansprüche innerhalb des Leistungsrechtes (SGB XI und SGB XII) zum Tragen kommen, die über Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen die Qualität des Wohnens fördern. Adressaten der Umsetzung solcher Qualitätsmerkmale sind Initiatoren/Träger/Anbieter bzw. Vermieter, der entsprechende Prüfauftrag liegt bei den Landesbau- bzw. Heimaufsichtsbehörden. Vertraglich sind die Qualitätsmerkmale im Mietvertrag zu verankern.

Der Qualitätsbereich **Versorgung** beinhaltet bei den Leitfäden als wesentliches Qualitätsmerkmal die Sicherung der Alltagsbegleitung, der hauswirtschaftlichen sowie der (kranken-)pflegerischen Versorgung. Obgleich in diesem Qualitätsbereich vielfältige leistungsrechtliche Ansprüche innerhalb des SGB V, SGB XI und SGB XII herangezogen werden können, finden sich ordnungsrechtlich für diese Qualitätsmerkmale mit Bezug zum Wohnformtyp nicht flächendeckend konkrete Anforderungen. Auch das Qualitätsmerkmal Versorgungssicherheit, welches sich, den Leitfäden folgend, in einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch die Präsenz von Assistenz-/Pflegediensten sowie eine personelle Kontinuität der Pflege- und Betreuungskräfte und einen aufeinander abgestimmten Care-Mix ausdrückt, ist nur vereinzelt im rechtlich mit konkreten Anforderungen benannt, obgleich sich für dieses Merkmal im Rahmen der externen Qualitätsprüfung mehrere assoziierte Kriterien für die Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität finden lassen. Gleiches gilt für das Qualitätsmerkmal der Fachlichkeit, für das sich im

Heimrecht mehrheitlich u. a. Anforderungen an Grundqualifikationen der Betreuungskräfte in Pflege und Hauswirtschaft sowie an Fort- und Weiterbildungen oder besondere benötigte Kompetenzen finden, die in einzelnen Aspekten bereits Gegenstand der externen Qualitätsprüfung sind. Adressaten für die Umsetzung dieser Qualitätsmerkmale sind Träger/Anbieter bzw. Pflegedienste. Pflege-, Assistenz- und Betreuungsverträge bilden die vertragliche Grundlage der in diesem Qualitätsbereich relevanten Merkmale.

Die Qualitätsmerkmale im Bereich der **Teilhabe** betonen die Leitfäden Anforderung an die soziale Einbindung, den Sozialraumbezug/die Wohnortnähe sowie die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner, ihrer Angehörigen sowie von ehrenamtlichem Engagement bei der Umsetzung. Die gemeinschaftliche Nutzung von Räumen zur Begegnung sowie die Organisation des gemeinschaftlichen Zusammenlebens greifen einige Bundesländer in ihrem ordnungsrechtlichen Regelungsbereich auf. Empfehlungen zur Offenheit gegenüber dem Sozialraum sowie die Beteiligung von Angehörigen oder bürgerschaftlichem Engagement finden sich ebenso für diesen Wohnformtyp. Leistungsrechtliche Ansprüche entstehen im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Gewährleistung affektiver Bindungen und der Organisation des gemeinschaftlichen Zusammenlebens, die sich in der externen Qualitätsprüfung im Bereich der Abrechnungsprüfung zu Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen bewerten lassen. Erneut adressiert die Umsetzung der Qualitätsmerkmale vorrangig die Initiatoren/Träger/Anbieter bzw. Pflegedienste. Insbesondere werden auch Angehörige sowie Außenstehende als Adressaten benannt. Der vertragliche Regelungsrahmen bewegt sich dabei zwischen Miet-, Assistenz-, Pflegeverträgen oder möglichen Kooperationsverträgen sowie keiner vertraglichen Regelungsgrundlage.

Für den Qualitätsbereich der **Organisation** weisen die Leitfäden immer wieder das Qualitätsmerkmal der Koordination/Kooperation und Sicherung der Selbstverantwortung/Selbstorganisation aus. Kennzeichnend ist das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure, deren Abstimmung (Schnittstellenmanagement bzw. Hybridmanagement) sowie eine fachlich neutrale Moderation dieser Prozesse durch eine „dritte Instanz“. Für die vorangehend aufgezeigten Organisations- und Abstimmungsprozesse konnte keine heimrechtliche Regelungsgrundlage identifiziert werden. Im Rahmen des Leistungsrechts können die zusätzlichen Leistungen nach § 38a SGB XI u. a. für die Organisation oder verwaltende Aufgaben eingesetzt werden, jedoch ist deren Einsatz rechtlich nicht darauf fokussiert. Ausführlicher wird ordnungsrechtlich die Verantwortungsübernahme geregelt. Zur Sicherung der Selbstverantwortung kom-

men ordnungsrechtlich vielfach ein Verbot zur vertraglichen Kopplung von Wohn- und Pflege-/Betreuungsvertrag, die Sicherung der Wahlfreiheit, die Wahrung des Hausrechts und der Entscheidungsfreiheit zum Tragen. Als Qualitätsmerkmal zur Sicherung der Selbstorganisation wird der Einsatz eines steuernden Gremiums (bestehend aus Bewohnerinnen, Bewohnern und/oder deren Angehörigen) vielfach ordnungsrechtlich gefordert. Vertragliche Regelungen sind in Miet-, Wohn- und Betreuungsverträgen, aber auch in Kooperationsverträgen enthalten.

Den Qualitätsbereich **Qualitätssicherung** empfehlen die Leitfäden Qualitätsmerkmale wie Sicherung der Transparenz, Nutzerorientierung und Qualitätsprüfung. Vorgaben zu schriftlichen Vereinbarungen über die Entscheidungsregeln in Pflege Wohngemeinschaften sowie Hinweise zu einer regelmäßigen Kommunikation und deren Dokumentation konnten im Heimrecht – außer in Bezug auf die Pflegedokumentation – kaum oder gar nicht gefunden werden. Auch die in den Leitfäden betonte Bedeutung von Biografiearbeit und Fallbesprechungen spiegelt sich nicht umfänglich in ordnungsrechtlichen Regelungen der Länder wider. Eine Anzeigepflicht der tätigen Fachdienste gegenüber Heimaufsichten und das Vorhalten eines Beschwerdemanagements werden hingegen mehrheitlich für diesen Wohnformtyp hervorgehoben. Hinweise zu einer (freiwilligen) Qualitätsselbstverpflichtung finden sich in vier Bundesländern (Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein). Anforderungen der Qualitätsprüfung nach den §§ 114ff. SGB XI in der ambulanten Pflege sind ebenso für diese Wohnform relevant heranzuziehen, die für pflegerische Leistungen insbesondere die Kontrolle der Umsetzung von Expertenstandards sowie die Prüfung beim Pflegebedürftigen Struktur-, Prozess- aber auch Ergebnisqualität umfassen. Auch in diesem Qualitätsbereich werden die Initiatoren/Träger/Anbieter bzw. Pflegedienste adressiert. Den vertraglichen Rahmen bilden Kooperations-, Assistenz- und/ oder Pflegeverträge.

- **Rechtliche Regelungen zu den Qualitätsanforderungen:
Ambulante integrierte Wohnformen**

Für den **Wohnformtyp 4: Ambulante integrierte Wohnformen** lassen sich aus den Leitfäden insbesondere Qualitätsanforderungen für Quartierskonzepte ableiten. Für diese lassen sich auf ordnungsrechtlicher Ebene sowohl im Baurecht, als auch heimrechtlich kaum Regelungen finden. Einzelne Aspekte der Qualitätsmerkmale einer Regelung können indirekt z. B. Ansprüche aus dem Leistungsrecht (vor allem SGB XI und SGB XII) genutzt werden. Werden Versorgungsleistungen durch Pflegedienste erbracht, greifen die Prüfkriterien wie in den Tabellen in Anhang 10 dargestellt.

Im Qualitätsbereich **Wohnen/Umgebungsgestaltung** sind nach den Leitfäden die Qualitätsmerkmale Barrierefreiheit und infrastrukturelle Erreichbarkeit von Bedeutung. Die Schaffung barrierefreier/-armer Wohnangebote im Sozialraum (die auf individueller Ebene auch durch Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Sinne des SGB XI und des SGB XII gefördert werden können), öffentlicher und inklusiver Räume sowie die Sorge um Sicherheit im Sozialraum und der Erhalt einer wohnortnahen Infrastruktur zur Selbstversorgung/Stärkung lokaler Ökonomie, der wohnortnahe Mobilitätskonzepte realisiert, adressiert dabei an erster Stelle die Kommune. Aber auch Verkehrsverbünde, gewerbliche Unternehmen sowie Wohnungseigentümer können in diesem Zusammenhang eine verantwortliche Rolle übernehmen. Als vertraglicher Regelungsrahmen kommen Kooperationsvereinbarungen in Frage.

Für den Qualitätsbereich **Versorgung** werden in den Leitfäden als Qualitätsmerkmale immer wieder Sicherung der Beratung und Versorgung hervorgehoben. In Zusammenarbeit mit den Pflegekassen und Leistungserbringern, Angehörigen und ehrenamtlich Tätigen liegt der Hauptauftrag zur Schaffung qualitätsfördernder Strukturen und Prozesse auf Seiten der Kommune. Diese kann u. a. durch die Sicherung von Alltagshilfen/Service/Assistenz im Quartier mit Bewohnerbeteiligung/Assistenznetzwerke in geteilter Verantwortung von Profis und Bürgern arrangiert sein und durch Schaffung dezentraler oder mobiler Betreuungs-/Pflegeangebote zum Erhalt der Selbstständigkeit der Quartiersbewohnerinnen und -bewohner beitragen. In diesem Zusammenhang können Ansprüche aus dem Leistungsrecht greifen, die u. a. dazu beitragen, durch Betreuungsleistungen den Erhalt der Selbstständigkeit zu fördern. Auch die im Kontext der Pflegeberatung relevanten Paragraphen sind mit diesen Qualitätsmerkmalen verknüpft. Vertragsgrundlagen sind auch hier Kooperationsvereinbarungen. Weiterhin sind Regelungen innerhalb von Pflegeverträgen möglich.

Alle Leitfäden heben als Qualitätsmerkmale soziale Einbindung und Beteiligung in dem Qualitätsbereich der **Teilhabe** hervor. Das Miteinander im Quartier kennzeichnet sich u. a. durch das Vorliegen von Gemeinschaftsräumen als Begegnungsorte für den sozialen Austausch der Quartiersbewohnerinnen und -bewohner, die Schaffung eines wertschätzenden gesellschaftlichen Umfeldes (Menschen mit Demenz stehen dabei besonders im Fokus) und dem Vorliegen von Freizeit-, Kultur-, Bildungs-, Sportangeboten im Quartier. Inklusion wird als Querschnittsaufgabe wahrgenommen. Durch die systematische Förderung der Bürgerbeteiligung/Eigeninitiative/Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements drückt sich Beteiligung aus, die organisiert ehrenamtlich soziale Angebote sowie nieder-

schwellige Hilfe- und Betreuungsleistungen/Nachbarschaftshilfe beinhalten kann. Hier können Ansprüche aus dem Leistungsrecht (Pflegegeld) herangezogen werden. Adressaten der Umsetzung sind Wohnungseigentümer, Bewohnerschaft und Leistungsträger, die im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen oder Mietverträgen (Öffnung von Gemeinschaftsräumen in Einrichtungen gegenüber dem Sozialraum) vertragliche Regelungen treffen.

Die Leitfäden betonen für den Qualitätsbereich **Organisation** als Qualitätsmerkmale insbesondere die Sicherung der Koordination/Kooperation der örtlichen Akteure und Partizipation der Bürgerschaft. Ordnungs- und leistungsrechtliche Regelungen für eine systematische Koordination, Steuerung und Vernetzung der örtlichen Akteure (Quartiersmanagement), welche in eine ressort-/ sektorenübergreifende Entwicklungsarbeit die Bewohnerschaft des Quartiers partizipativ einbindet und ihnen eine aktive Rolle und Handlungsspielräumen zuweist, gibt es nicht – vor allem auch, weil es hierzu keine leistungsrechtlichen Finanzierungsbausteine gibt. Der Auftrag für die Umsetzung der Qualitätsmerkmale schließt Leistungsträger, Bewohnerschaft, gewerbliche Unternehmen und insbesondere Kommunen im Rahmen ihrer kommunalen Daseinsfürsorge ein. Vertraglich können Kooperationsvereinbarungen getroffen werden.

Leitfäden fordern zum Qualitätsbereich **Qualitätssicherung** die Qualitätsmerkmale Transparenz (Dokumentation von Entwicklungsprozessen sowie systematische Öffentlichkeitsarbeit zur Information von Bewohnerschaft und Akteuren), Nutzerorientierung (systematische Bedarfsermittlung und soziale Integration) und Prüfung (Monitoring und (Selbst-)Evaluation). Auch hierzu konnten keine Regelungen ausgemacht werden. Adressaten sind Leistungsträger bzw. die Kommune. Regelungsgrundlage sind Kooperationsvereinbarungen.

5.3.3 Zusammenfassung

Rechtlich gibt es eine komplexe „Gemengelage“ (Klie 2018: 348) für die Initiatoren neuer Wohnformen, die ihre Qualitätssicherung in unterschiedlicher Weise tangieren:

- Zum einen fallen viele neue Wohnformen nicht unter den ordnungsrechtlichen Regelungsbereich, sie sind mehrheitlich von den heimrechtlichen Regelungen ausgeschlossen und werden meist auch nicht als Sonderbauten mit den entsprechenden baurechtlichen sowie brandschutzrechtlichen Anforderungen konfrontiert (vor allem selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen, Betreutes Wohnen oder Quartierskonzepte). Es handelt sich um privates Wohnen. Qualitätsanforderungen ergeben

sich lediglich aus zivilrechtlichen Vereinbarungen der Vertragspartner oder Verbraucherschutzrechtlichen Bestimmungen. Hier finden sich **selten Regelungen zu den besonderen Qualitätsanforderungen** neuer Wohnformen wie sie Nutzerinnen und Nutzer oder Expertinnen oder Experten formuliert haben.

- Zum anderen finden ordnungsrechtliche Regelungen Anwendung (teilweise bei ambulantem Pflegewohnen), jedoch gibt es hier sehr **unterschiedliche Vorgaben** auf Länderebene – schon was die Einstufung – aber auch was die damit verbundenen Qualitätsanforderungen angeht. Dies steht einer bundeseinheitlichen Qualitätssicherung entgegen. Zudem tangieren die dort geregelten Anforderungen nur vereinzelt die als zentral angesehenen Qualitätsmerkmale (z. B. Wahrung der Wahlfreiheit zum Erhalt der Selbstbestimmung, Schaffung von Bewohnergremien zum Erhalt der Selbstverantwortung und Sicherung der Koordination), damit neue Wohnformen ihrer besonderen Stellung zwischen Heim und Häuslichkeit gerecht werden können.
- Zudem greifen die über das Leistungsrecht gesicherten Qualitätsanforderungen **nur indirekt**. Die Wohnforminitiatoren sind nicht Vertragspartner der Leistungsträger, sondern die Leistungserbringer. Sie haben aber i. d. R. nicht die Hauptverantwortung für die Umsetzung der Wohnform wie Einrichtungsträger, sondern nur für ihre jeweiligen Leistungen, die sie erbringen. Qualitätsanforderungen des Leistungsrechts greifen damit nicht, wenn Leistungen nicht in Anspruch genommen werden und sie greifen auch nur für den Leistungserbringer und nicht für die Wohnforminitiatoren. Zudem sichern die Qualitätsprüfrichtlinien für die ambulante und stationäre Pflege nur die Qualität der leistungsrechtlich gewährten Ansprüche, jedoch nicht das Gesamtgeschehen außerhalb der Pflege und nehmen nicht die Besonderheiten neuer Wohnformen – worin ihre besondere Qualität liegt – in den Blick. Auch gelten einzelne Leistungsansprüche, die zur Steuerung des Gesamtgeschehens eingesetzt werden können (§ 38a SGB XI), nicht für alle neuen Wohnformen. Damit gibt es für eine Reihe von Qualitätsanforderungen, die sich aus der Besonderheit neuer Wohnformen ergeben, keine Regelungen zur Qualitätssicherung.

Diese besondere Stellung neuer Wohnformen in qualitätssichernden rechtlichen Regularien hat Einfluss auf die Gestaltungsmöglichkeiten eines bundeseinheitlichen Qualitätssicherungskonzeptes. Die Auswahl der relevanten Qualitätsanforderungen für ein *bundeseinheitliches* Konzept der Qualitätssicherung muss sich auf Anforderungen konzentrieren, die die Besonderheiten neuer Wohnfor-

men berücksichtigen und über die Pflege hinaus die Gesamtprozesse in neuen Wohnformen in den Blick nehmen. Bundeseinheitliche Qualitätsanforderungen können lediglich über Qualitätssicherungsverfahren im Leistungsrecht verankert werden, da ordnungsrechtliche Vorgaben unterschiedlich sind und auf Landesebene geregelt werden. Prüfrelevante Qualitätsanforderungen können nur vorgegeben werden, sofern sie über leistungsrechtliche Ansprüche in die Qualitätsverpflichtung eingebunden werden können. Ansonsten bleibt die Qualitätssicherung ein freiwilliges Geschehen für die Initiatoren in Form einer freiwilligen Selbstverpflichtung. Diese Schlussfolgerungen werden im Weiteren durch die Ausführungen der für diese Studie eingeholten juristischen Stellungnahme (Kapitel 6.7) unterstrichen, welche die zu entwickelnden Instrumente vorrangig als Gegenstand des internen Qualitätsmanagements begreift und die Lern- und Selbststeuerungsfähigkeit der Akteure betont.

5.4 Qualitätsanforderungen aus Initiatorensicht

Neben den Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer und den Ansichten der Expertinnen und Experten, welche Anforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind, wurde auch untersucht, welche Herausforderungen sich bei der Qualitätssicherung in unterschiedlichen Bereichen aus Sicht der Initiatoren für neue Wohnformen stellen. Hierzu wurde eine **Online-Befragung** durchgeführt. Aus den Befragungsergebnissen wurde u.a. anschließend die Relevanz der einzelnen Qualitätsanforderungen für das zu entwickelnde Konzept abgeleitet. Ein Bereich ist umso relevanter, je größer der Anteil der Befragten ausfiel, denen sich besondere Herausforderungen bei der Sicherung der Qualitätsanforderungen stellen.

Bei der Befragung der Initiatoren für neue Wohnformen handelt es sich nicht um eine repräsentative Befragung, sondern um eine Auswahl von Initiatoren, die ein breites Spektrum an unterschiedlichen Konzepten und unterschiedlichen regionaler Gegebenheiten abdecken. Die Ergebnisse haben vielmehr einen explorativen Charakter und dienen einer ersten Einordnung der Erfahrungen in neuen Wohnformen mit der praktizierten externen und internen Qualitätssicherung.

5.4.1 Die Stichprobe der Online-Befragung

In dem dreiwöchigen Befragungszeitraum von Ende Januar bis Mitte Februar 2018 nahmen 192 Wohnangebote an der Online-Befragung teil (Tabelle 10). Durch den Fokus auf die vier Wohnformtypen reduziert sich die Auswertung entsprechend auf 166 Angebote. Dieses Kapitel beschreibt ausgewählte Strukturmerkmale der

Online-Befragung. Ausführliche Darstellungen zu den Ergebnissen der Online-Befragung enthält Anhang 12 *Ergebnisse der Online-Befragung*.

Wohnformtyp

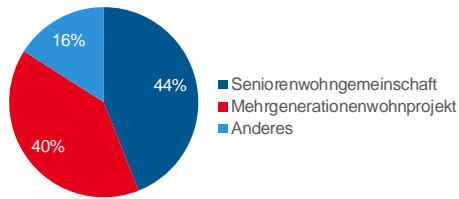
Etwa bei der Hälfte der befragten Angebote (49 %) handelt es sich um ambulante Pflegewohnformen (Wohnformtyp 3) und bei 32 % um ambulante betreute Wohnformen (Wohnformtyp 2). Auf selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen entfallen etwa 15 % (Wohnformtyp 1). Ambulante integrierte Wohnformen (Wohnformtyp 4) umfassen etwa 4 % der befragten Angebote und ist damit weniger aussagekräftig vertreten.

Tabelle 10: Rücklauf der Online-Befragung nach Angebotsform

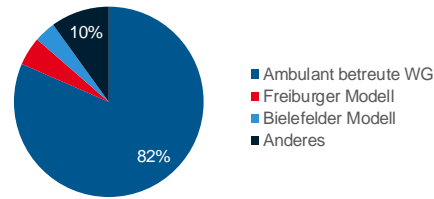
Angebotsform	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
Selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen (Wohnformtyp 1)	25	13,0%	15,1%
Ambulante betreute Wohnformen (Wohnformtyp 2)	53	27,6%	31,9%
Ambulante Pflegewohnformen (Wohnformtyp 3)	82	42,7%	49,4%
Ambulante integrierte Wohnformen (Wohnformtyp 4)	6	3,1%	3,6%
Gesamt	166	86,4%	100,0%
Ausschließlich voll- oder teilstationäres Angebot	17	8,9%	
Keine der genannten Wohnformtypen	9	4,0%	
Gesamt	192	100,0%	

Bei den befragten selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) handelt es sich überwiegend um Seniorenwohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnprojekte, Abbildung 3. Bei den befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) überwiegend um Angebote des Betreuten/Service Wohnens. Bei den befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) handelt es sich vor allem um ambulant betreute Wohngemeinschaften/-gruppen und bei den befragten ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) um sozial-räumliche Konzepte.

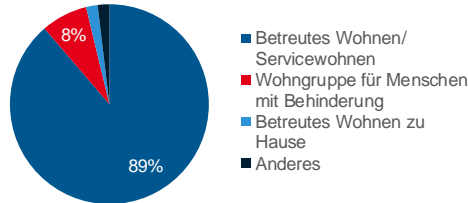
Grundgesamtheit: Selbstständige **gemeinschaftliche** Wohnformen (n=25)



Grundgesamtheit: Ambulante **Pflegewohnformen** (n=82)



Grundgesamtheit: Ambulante **betreute Wohnformen** (n=53)



Grundgesamtheit: Ambulante **integrierte Wohnformen** (n=6)

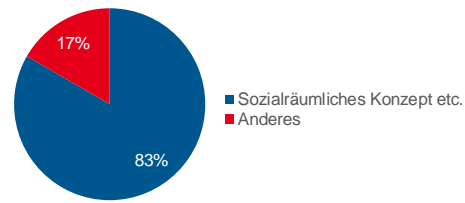


Abbildung 3: Typisierung innerhalb der Wohnformtypen, Online-Befragung

Verteilung der Wohnangebote nach Bundesländern

Der Rücklauf nach Bundesländern zeigt, dass alle 16 Bundesländer bei der Online-Befragung vertreten sind (Tabelle 11).

Tabelle 11: Rücklauf nach Bundesländern, Online-Befragung

Bundesland	Anteil in % (n=166)
Baden-Württemberg	14,5%
Bayern	16,3%
Berlin	1,8%
Brandenburg	7,8%
Bremen	1,2%
Hamburg	3,6%
Hessen	8,4%
Mecklenburg-Vorpommern	1,8%
Niedersachsen	5,4%
Nordrhein-Westfalen	11,4%
Rheinland-Pfalz	4,2%
Saarland	1,2%
Sachsen	5,4%
Sachsen-Anhalt	3,6%
Schleswig-Holstein	5,4%
Thüringen	6,6%
Keine Angabe	1,2%

Auffällig ist in diesem Zusammenhang der geringe Rücklauf in einigen Bundesländern (z.B. Berlin mit 1,8 %). Demgegenüber zeigen

die Ergebnisse von Klie et al. (2017), dass Berlin bundesweit z. B. den höchsten Anteil an ambulant betreuten Wohngruppen aufweist.

Zielgruppen der Wohnangebote

Grundsätzlich stehen ältere Menschen als zentrale Zielgruppe im Fokus der neuen Wohnformen. Bei der Online-Befragung zeigt sich weiter, dass sich knapp 80 % der befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) insbesondere an Menschen mit Demenz richten. Die befragten integrierten Wohnformen (Typ 4) richtet sich im Gegensatz zu den anderen Wohnformtypen weniger an eine bestimmte Zielgruppe.

5.4.2 Wohnen/Wohnumfeldgestaltung

Um aus Initiatorsicht die Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen zu eruieren, wurden die Initiatoren befragt, welche Herausforderungen sich in den Bereichen Wohnen/Wohnumfeldgestaltung, Teilhabe und Versorgung stellen und was bei einer Qualitätssicherung zu berücksichtigen ist (Tabelle 12 und Tabelle 13).

Am häufigsten als Herausforderung im Bereich Wohnen wurden die Sicherstellung von bedarfsgerechten Wohnungs-/Zimmergrößen, von Barrierefreiheit sowie von Zugängen zu Freibereichen benannt. Der Vergleich über die betrachteten Wohnformtypen zeigt, dass die Sicherung bedarfsgerechter Wohnungs-/Zimmergrößen am häufigsten von den befragten gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) als Herausforderung angeführt wurde, während die Sicherung von Barrierefreiheit sowie von Zugängen zu Freibereichen am häufigsten von den befragten integrierten Wohnformen (Typ 4) als Herausforderungen angeführt wurden.

Tabelle 12: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnen, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Bedarfsgerechte Wohnungs-/ Zimmergrößen	24,0%	18,9%	13,4%	16,7%
Barrierefreiheit	20,0%	15,1%	14,6%	33,3%
Zugang zu Freibereichen (z. B. Balkon, Terrasse)	16,0%	11,3%	13,4%	16,7%

Im Bereich Wohnumfeldgestaltung wurden die Sicherstellung einer Vernetzung mit dem Sozialraum, einer ÖPNV-Anbindung sowie einer fußläufig erreichbaren Infrastruktur am häufigsten als Herausforderungen benannt. Die Sicherung einer Vernetzung mit dem Sozialraum sowie die Sicherung einer ÖPNV-Anbindung wurden am häufigsten von den ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4)

als Herausforderungen benannt, die Sicherung einer fußläufig erreichbaren Infrastruktur am häufigsten von den befragten gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1).

Tabelle 13: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnumfeldgestaltung, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Vernetzung mit dem Sozialraum	24,0%	18,9%	17,1%	33,3%
ÖPNV Anbindung	16,0%	20,8%	17,1%	33,3%
Fußläufig erreichbare Infrastruktur	28,0%	18,9%	15,9%	16,7%

5.4.3 Teilhabe/Beratung

In der Online-Befragung wurde auch auf Qualitätsanforderungen und Herausforderungen eingegangen, die soziale Aspekte der Teilhabe betreffen (Tabelle 14) sowie auf Herausforderungen im Bereich Beratung (Tabelle 15).

Im Bereich Teilhabe wurden von den befragten Wohnangeboten am häufigsten die Sicherung der Nähe des Wohnangebots zum ursprünglichen Wohnort, die Ermöglichung von Kontakten außerhalb des Wohnangebots sowie die Ermöglichung ehrenamtlichen Engagements für externe Personen im Wohnangebot als Herausforderungen benannt. Die Sicherung der Nähe des Wohnangebots zum ursprünglichen Wohnort und die Ermöglichung von Kontakten außerhalb des Wohnangebots stellen, abhängig vom Wohnformtyp, für etwa ein Viertel bis ein Drittel der befragten Wohnangebote eigenen Angaben zufolge Herausforderungen dar. Bei der Ermöglichung ehrenamtlichen Engagements für externe Personen im Wohnangebot bewegt sich der diesbezügliche Anteil zwischen 16 % und 28 % und fällt damit etwas niedriger aus.

Tabelle 14: Zentrale Herausforderungen im Bereich Teilhabe, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Sicherung Nähe (Wohn-) Angebots zum ursprünglichen Wohnort, um soziale Kontakte zu erhalten	24,0%	24,5%	30,5%	33,3%
Ermöglichung von Kontakten außerhalb des (Wohn-)Angebots / Kontakte zur Nachbarschaft	24,0%	24,5%	30,5%	33,3%
Schaffung von Möglichkeiten für andere Personen, sich ehrenamtlich im (Wohn-)Angebot zu engagieren	16,0%	28,3%	25,6%	16,7%

Fußläufig erreichbare Beratungsangebote, die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit von Beratungsangeboten sowie die Bereitstellung von Beratungsangeboten im Wohnangebot stellen im Bereich Beratung die am häufigsten genannten Herausforderungen dar.

Tabelle 15: Zentrale Herausforderungen im Bereich Beratung, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Beratungsangebote befinden sich in fußläufig erreichbarer Nähe	24,0%	15,1%	22,0%	50,0%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Erreichbarkeit der Beratungsangebote	24,0%	11,3%	13,4%	0,0%
Bereitstellung von Beratung im (Wohn-)Angebot	12,0%	7,5%	8,5%	33,3%

5.4.4 Versorgung

Für eine ganzheitliche Betrachtung der Qualitätsanforderungen neuer Wohnformen wurden in der Online-Befragung Qualitätsanforderungen und Herausforderungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung abgefragt. In Tabelle 16 werden die drei am häufigsten genannten Herausforderungen im Bereich Alltagshilfen, in Tabelle 17 die drei am häufigsten genannten Herausforderungen im Bereich Betreuung sowie in Tabelle 18 die drei am häufigsten

genannten Herausforderungen im Bereich Pflege für die vier Wohnformtypen aufgeführt.

Die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und/oder Angehörigen sowie die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit der Hilfen stellen die im Bereich der Alltagshilfen am häufigsten genannten Herausforderungen dar. Dies gilt vor allem für die befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie für die ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3). Die diesbezüglichen Anteile bewegen sich hier in einer Größenordnung von zwischen 32 % und 51 %.

Tabelle 16: Herausforderungen im Bereich Alltagshilfen, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Einbindung / Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bei Alltagshilfen	20,0%	50,9%	48,8%	16,7%
Einbindung / Zusammenarbeit von Angehörigen bei den Alltagshilfen	12,0%	37,7%	46,3%	33,3%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Verfügbarkeit der Alltagshilfen	16,0%	39,6%	31,7%	33,3%

Auch im Bereich der Betreuung stellen die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und/oder Angehörigen sowie die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen die am häufigsten angeführten Herausforderungen dar. Auch hier betreffen diese Herausforderungen vor allem ambulante betreute Wohnformen (Typ 2) sowie ambulante Pflegewohnformen (Typ 3). Die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bzw. Angehörigen ist hier für jeweils etwa die Hälfte der befragten Wohnangebote eigenen Angaben zufolge eine Herausforderung. Bei der bedarfsgerechten zeitlichen Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen liegen die diesbezüglichen Anteile etwas niedriger.

Tabelle 17: Zentrale Herausforderungen im Bereich Betreuung, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Einbindung / Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bei den Betreuungsleistungen	16,0%	50,9%	50,0%	16,7%
Einbindung / Zusammenarbeit von Angehörigen bei den Betreuungsleistungen	20,0%	45,3%	48,8%	16,7%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen	12,0%	41,5%	25,6%	33,3%

Bei den im Bereich Pflege am häufigsten genannten Herausforderungen handelt es sich – wie in den vorherigen beiden Bereichen auch – um die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und/oder Angehörigen sowie um die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit der Pflegeleistungen. Dies gilt wiederum in besonderem Maße für ambulante betreute Wohnformen (Typ 2) sowie für ambulante Pflegewohnformen (Typ 3). Die diesbezüglichen Anteile bewegen sich hier zwischen 30 % und 46 %.

Tabelle 18: Zentrale Herausforderungen im Bereich Pflege, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Einbindung / Zusammenarbeit von Angehörigen bei den Pflegeleistungen	8,0%	39,6%	46,3%	33,3%
Einbindung / Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bei den Pflegeleistungen	16,0%	43,4%	35,4%	0,0%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Verfügbarkeit der Pflegekräfte	20,0%	39,6%	29,3%	16,7%

5.4.5 Zusammenfassung

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Herausforderungen der Initiatoren neuer Wohnformen bei der Umsetzung in den einzelnen Wohnformen zwar unterschiedlich sind, einzelne Aspekte jedoch übergreifend als Herausforderung benannt werden. Im Vergleich der Bereiche Wohnen, Teilhabe und Versorgung zeigt sich, dass

am wenigsten Initiatoren neuer Wohnformen Herausforderungen im Bereich Wohnen sehen. Deutlich mehr Herausforderungen werden im Bereich Teilhabe bezüglich der Einbindung in den Sozialraum sowie bei der Gestaltung sozialer Kontakte gesehen. Am häufigsten haben die Initiatoren neuer Wohnformen jedoch Herausforderungen im Bereich Versorgung benannt. So stellt die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen vielfach eine Herausforderung sowohl bei den Alltagshilfen, der Betreuung als auch der Pflege dar.

Diese Ergebnisse sind bei der Bestimmung von möglichen Qualitätsanforderungen für ein Qualitätssicherungskonzept zu berücksichtigen. Qualitätsanforderungen, für die bei der Umsetzung besondere Herausforderungen benannt wurden, sind bei der Qualitätssicherung daher besonders in den Blick zu nehmen.

6 Entwicklung von Konzeptbestandteilen

Auf der Grundlage der Analyse zu den Qualitätsanforderungen neuer Wohnformen wurden anschließend die für die Erstellung des Konzeptes für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen benötigten Bestandteile erarbeitet.

Ein Konzept ist ein programmatischer Handlungsrahmen. Es definiert, was getan wird und wie etwas getan werden soll. „Ein Konzept ist ein theoretisch wie empirisch gut begründeter Handlungsplan, der so konkret wie möglich angibt, was von wem für wen warum (d. h. mit welcher theoretischen und empirischen Begründung) und wie (d. h. mit welchen Mitteln, Methoden und Techniken) getan werden soll, um unter explizierten Rahmenbedingungen vorgängig legitimierte Ziele zu erreichen“ (Schmidtbauer 2011). Die Erstellung eines Konzeptes hat also zwei Dimensionen zu beachten. Grundlage ist eine Zieldefinition für ein Vorhaben, die Definition einer Richtschnur, entlang derer gehandelt werden soll. Daneben definiert es auch die Umsetzungsschritte, um das Ziel zu erreichen. Das Konzept definiert ebenso Strategien und Maßnahmen zur Umsetzung und damit seinen Anwendungsbezug.

Für die Konzepterstellung waren daher verschiedene Aspekte zu erarbeiten:

- Zunächst wurde die **Zielrichtung für die Qualitätssicherung durch Auswahl von Qualitätsmerkmalen** konkretisiert (Kapitel 6.1).
- In einem zweiten Schritt wurde der **Anwendungsbezug** – also was von wem für wen wann und wie bei der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen getan werden muss – konkretisiert. Hier war die Entwicklung mehrerer Bestandteile erforderlich:
 - Hierzu gehört inhaltlich darzulegen, **was** konkret bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale zu beachten ist. Dafür wurden die **Qualitätsmerkmale operationalisiert** und eine **Kriterien/Indikatoren-Sammlung** erstellt (Kapitel 6.2).
 - Ebenso gehört die Definition von Anwendungsfeldern dazu, also **wo** die Qualitätsanforderungen berücksichtigt werden sollen. Dafür wurden im Sinne eines modularen Qualitätssicherungssystems Empfehlungen gegeben, welche **Qualitätsanforderungen schwerpunktmäßig von welcher Wohnform** zu berücksichtigen sind (Kapitel 6.3).

- Weiter wurde konkretisiert, **wann und wie** die Qualitätssicherung erfolgen soll. Dafür wurden im Sinne eines modularen Qualitätssicherungssystems abgestufte **Instrumente für unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren** entwickelt und erprobt (Kapitel 6.4 und 6.5).
- Auch wurde konkretisiert, von **wem** die Qualitätssicherung zu gewährleisten ist. Dafür wurden **Verantwortlichkeiten** für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen erläutert (Kapitel 6.6).

Auf der Basis dieser konkretisierten Konzeptbestandteile konnte anschließend ein Vorschlag für ein bundeseinheitliches Konzept zur Qualitätssicherung für neue Wohnformen erarbeitet werden (Kapitel 7).

6.1 Definition der Zielausrichtung des Konzeptes

Um die Zielausrichtung des Konzeptes zu konkretisieren, ist eine Festlegung vorzunehmen, welche Qualitätsanforderungen neue Wohnformen erfüllen sollten. Die umfassende Analyse zur Ermittlung der Qualitätsanforderungen (Kapitel 5) gibt einen Überblick über die vielfältigen Qualitätsanforderungen, die an neue Wohnformen gestellt werden. Nicht alle Qualitätsmerkmale, -kriterien oder -indikatoren, die dort genannt sind, können für das Konzept berücksichtigt werden – zumal für einzelne Wohnformen zum Teil widersprüchliche Qualitätsanforderungen genannt werden (z. B. wird die Vorhaltung eines Beratungsbüros im Betreuten Wohnen als Qualitätsanforderung in der DIN 77800 genannt; für ambulante Pflegewohngemeinschaften wird die Vorhaltung eines eigenen Raums z. B. für Beratungsleistungen eher kritisch bewertet). Bei der Auswahl der Qualitätsanforderungen wurden die Nutzererwartungen berücksichtigt sowie vor allem Qualitätsanforderungen in den Blick genommen, die unabhängig von der jeweiligen Wohnform als bedeutsam erachtet wurden, die Besonderheiten neuer Wohnformen zu gewährleisten und bisher noch nicht im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI geregelt werden.

Eine Differenzierung von speziellen Qualitätsanforderungen für einzelne Wohnformen oder Wohnformtypen wurde nicht vorgenommen. Die Definition von „**globalen/übergreifenden Qualitätsanforderungen**“ erfolgte aus zwei Gründen. Zum einen ist das Feld der neuen Wohnformen sehr dynamisch. Eine Definition von einzelnen Qualitätsanforderungen für jede Wohnform kann den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen kaum gerecht werden. Immer wieder entstehen neue Modelle und vielfältige unterschiedliche Bausteine und Wohnformen werden miteinander kombiniert. Dies

macht es immer schwerer, eindeutige Qualitätsanforderungen für einzelne Wohnformen zu bestimmen, da sie mit ihrer Formulierung bereits nicht mehr aktuell sind. Zum anderen sollte mit den definierten Qualitätsanforderungen der Wesenskern neuer ambulanter Wohnformen in ihrer Zwischenstellung zwischen Heim und Häuslichkeit gewährleistet werden. Interessentinnen und Interessenten – und hier insbesondere Pflegebedürftige und ihre Angehörigen – an neuen ambulanten Wohnformen erwarten diesen besonderen Kern, sonst würden sie sich für ein klassisches häusliches oder stationäres Wohnsetting entscheiden. Will man diesen Erwartungen gerecht werden, dann sind Qualitätsanforderungen zu definieren, die sicherstellen, dass diese Besonderheit neuer ambulanter Wohnformen auch umgesetzt wird. Zudem bieten die eher allgemein gehaltenen Qualitätsmerkmale einen einheitlichen Rahmen für eine Qualitätssicherung, gleichzeitig jedoch genügend Raum, damit die Akteure der Wohnformen die Qualitätssicherung nach ihren individuellen Vorstellungen ausgestalten können. Es ist z. B. die Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht für alle neuen Wohnformen als Qualitätsanforderung zielführend oder die Vorhaltung von Begegnungsräumen zu definieren, wenn in den Wohnprojekten dieser Bedarf nicht besteht. Qualitätsanforderungen sind zu definieren, die eine systematische Orientierung an den Nutzerbedarfen in den Wohnformen sichern.

Als relevante Anforderungen, damit neue Wohnformen diesen Erwartungshaltungen und ihrer besonderen Stellung zwischen Heim und Häuslichkeit gerecht werden können, wurden folgende **fünf zentrale Qualitätsmerkmale** – sog. Soll-Niveaus – bestimmt:

- **Versorgungskontinuität:** Eine besondere Herausforderung ambulanter Wohnsettings stellt die Sicherung einer qualifizierten Versorgung auch bei sich veränderndem Hilfe- und Pflegebedarf dar. Ältere und pflegebedürftige Menschen, die in neue ambulante Wohnformen umziehen, erwarten mehr Sicherheit bei der Versorgung als in klassischen ambulanten Wohnsettings, auch um die Wohnkontinuität zu erhalten. Dieser Erwartungshaltung konnten in der Vergangenheit nicht immer alle neuen ambulanten Wohnformen gerecht werden – Umzüge aus dem Betreuten Wohnen, aus selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen aus Quartiersprojekten oder auch aus ambulanten Pflegewohngemeinschaften in Wohnangebote mit mehr Versorgungssicherheit waren erforderlich. Als Qualitätsanforderung an neue ambulante Wohnformen ist daher der Aspekt der Versorgungskontinuität besonders in den Blick zu nehmen, um den Bedürfnissen Pflegebedürftiger gerecht zu werden.

- **Nutzerorientierung:** Gleichzeitig sollen auch bei Wohnsettings mit hoher Versorgungssicherheit die individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft gewahrt werden. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entscheiden sich vielfach für neue ambulante Wohnformen, weil sie sich hier ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung erhoffen. Die Gewährleistung verlässlicher Unterstützungsleistungen mit individuellen Vorstellungen und Bewohnerbedürfnissen auszuagieren, bleibt jedoch auch in neuen ambulanten Wohnformen eine Herausforderung. Um den Bedarfen Pflegebedürftiger gerecht zu werden, stellt daher die Nutzerorientierung eine weitere besondere Qualitätsanforderung an neue Wohnformen dar, die auch eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der jeweiligen Wohnformen ermöglicht.
- **Selbstbestimmung/Selbstverantwortung:** Grundlage für die Gewährleistung der Nutzerorientierung ist die Selbstbestimmung der Bewohnerschaft. Im Rahmen ihrer Selbstbestimmung legen die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter fest, wie die Wohnung und der Tagesablauf zu gestalten sind und welche Leistungen und Leistungsanbieter geordert werden. Die Sicherung der Selbstbestimmung stellt eine grundgesetzlich geregelte Anforderung an alle und damit auch an neue ambulante Wohnformen dar. Sie ist als besondere Qualitätsanforderung zu benennen, weil in ambulanten Wohnformen mit der Selbstbestimmung die Übernahme von Selbstverantwortung für die Umsetzung verbunden ist. Die Bewohnerschaft und ihre Angehörige können zwar Teile der Umsetzungsverantwortung z. B. an einen Pflegedienst abgeben, aber anders als in klassischen stationären Wohnsettings bleibt ein Teil der Umsetzungsverantwortung bei neuen ambulanten Wohnformen immer bei der Bewohnerschaft und ihren Vertreterinnen und Vertretern. Konstitutiv für neue Wohnformen mit ambulanter Versorgung ist daher, dass die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter die Umsetzung bestimmen und gleichzeitig selbstverantwortlich eingebunden bleiben. Die Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stellt in der Praxis neuer ambulanter Wohnformen eine besondere Herausforderung dar, weil u. U. Leistungserbringer Selbstbestimmungsmöglichkeiten eingrenzen (weil z. B. tatsächliche Wahlfreiheit nicht gewährleistet wird) oder weil Pflegebedürftige und ihre Vertreterinnen und Vertreter nicht in der Lage sind, der geforderten Selbstverantwortung gerecht zu werden. Daher gilt es, die Realisierung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in den neuen ambulanten Wohnformen als weitere Qualitätsanforderung besonders in den Blick zu nehmen.

- **Koordination:** Um die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter zu befähigen, Selbstverantwortung für die Umsetzung zu übernehmen und um Versorgungskontinuität auch bei ambulanter Versorgung zu gewährleisten, sind vielfältige Leistungen von unterschiedlichen Akteuren – von der Bewohnerschaft und ihren Vertreterinnen und Vertretern über professionelle Leistungserbringer bis hin zu zivilgesellschaftlich Engagierten – erforderlich. Das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure in geteilter Verantwortung im Sinne einer „wohlfahrtspluralistischen Mixtur“ (Klie 2018: 350) ist konstitutiv für neue Wohnformen mit ambulanter Versorgung in ihrer Stellung zwischen Häuslichkeit und Heim. Es gibt nicht einen verantwortlichen Träger, der alle Leistungen aus einer Hand organisiert, sondern es gibt viele Verantwortliche, die zusammenwirken müssen. Eine besondere Herausforderung in neuen Wohnformen bleibt, die vielfältigen Akteure und unterschiedlichen Leistungen passgenau aufeinander abzustimmen. Daher kommt der Koordination in neuen ambulanten Wohnformen als Qualitätsanforderung besondere Bedeutung zu.
- **Transparenz:** Das komplexe Zusammenwirken der vielfältigen Akteure erfordert in besonderer Weise Transparenz über die Gesamtprozesse. Wer welche Leistungen erbringt, wie Verantwortlichkeiten verteilt sind, wie die Umsetzungsprozesse geregelt sind, ist für Pflegebedürftige und ihre Vertreterinnen und Vertreter in neuen Wohnformen nicht immer durchschaubar. Damit eine Umsetzung in geteilter Verantwortung und ein synergetisches Zusammenwirken gelingen können und die Bewohnerschaft ihre Selbstverantwortung in diesen komplizierten Gemengelagen wahrnehmen kann, ist der Sicherung der Transparenz als Qualitätsanforderung in neuen ambulanten Wohnformen besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Diese fünf Qualitätsmerkmale werden als zentrale Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen bestimmt. Weil sie die inhaltliche Grundlage für das Qualitätssicherungskonzept bilden, wurde ihre Relevanz für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen im Rahmen der Online-Befragung von 166 Initiatoren neuer Wohnformen sowie im Rahmen von speziell durchgeführten Experten- und Praxisworkshops noch einmal überprüft. Die Ergebnisse werden im Folgenden für jedes Qualitätsmerkmal zusammenfassend im Hinblick darauf dargestellt, welche Herausforderungen sich aus Sicht der Teilnehmenden bei der Umsetzung ergeben. Das Anschreiben zur und der verwendete Fragebogen der Online-Befragung enthält Anhang 6, eine Darstellung aller Ergebnisse der Online-Befragung findet sich in Anhang 12.

6.1.1 Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“

6.1.1.1 Definition

Das Qualitätsmerkmal „Sicherung der Versorgungskontinuität“ ist ein mehrdimensionales Konstrukt: ein koordinierter und ununterbrochener Versorgungsprozess, in dem die Versorgungsbedürfnisse der zu Versorgenden berücksichtigt werden. Kontinuität umfasst dabei die nachfolgend aufgelisteten Dimensionen, die zwar jeweils miteinander in Beziehung stehen, jedoch distinkte Konzepte darstellen, die gesondert zu messen sind (Dreier et al. 2012):

- Kontinuität der Versorgung im Zeitverlauf (longitudinal),
- Beziehungen zwischen professioneller Leistungserbringung und den Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern (relational),
- koordinierte Versorgung (Management),
- Kommunikation zwischen mehreren an der Versorgung beteiligten Akteuren, aber auch von Leistungsempfängerinnen und -empfängern mit den versorgenden Akteuren (Information und Kommunikation) sowie
- Erleben von Sicherheit und Kontinuität durch Leistungsempfängerinnen und -empfänger oder deren Angehörige (erlebte Kontinuität, Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer).

Die Teilnehmenden des Expertenworkshops definierten Versorgungskontinuität im Kontext neuer Wohnformen aus dreierlei Perspektiven, die bei der Qualitätssicherung zu berücksichtigen sind:

- Kontinuität im Sinne eines Verbleibs in der Wohnform bei verändertem Pflegebedarf, was evtl. Versorgungsleistungen bis hin zur Rund-um-die-Uhr-Versorgung erfordert (eher Versorgungssicherheit zur Sicherung der Wohnkontinuität),
- Verfügbarkeit der benötigten Leistungen bei sich verändernden Bedarfen – auch in Krisensituationen (eher Patientensicherheit in Krisensituationen) und
- personelle Kontinuität (Sicherung von Bezugspflege und Abstimmung der Personal-/Leistungseinsätze) zur Sicherung eines geeigneten Care-Mixes in der Wohnform.

6.1.1.2 Relevanz nach der Leitfadensanalyse

Die Begründung für die Auswahl dieses Qualitätsmerkmals erklärt sich zum einen daraus, dass in den untersuchten Arbeitshilfen und Leitfäden für unterschiedliche neue Wohnformen dieses Qualitätsmerkmal immer wieder benannt wurde. Vor allem für Menschen mit Unterstützungsbedarf ist eine ununterbrochene und koordinierte Art der Versorgung gemäß den Bedürfnissen der Betroffenen zu gewährleisten, um die Wohnkontinuität zu sichern. Ebenso werden

dort eine fortlaufende Kontinuität der Versorgung durch entsprechende Personen und eine koordinierte Übergabe im Versorgungsprozess als besondere Qualitätsanforderung benannt (siehe 2. ZWB). So sehen Hasenau et al. (2016) in der aufeinander abgestimmten Zusammensetzung der eingebundenen Pflege- und Betreuungskräfte eine entscheidende Gelingensbedingung für ambulante Pflegewohnformen (Hasenau & Michel 2016). Gerade die Leitfäden zu eher selbstverantworteten Wohnformen betonen, dass die Sicherung einer kontinuierlichen, bei sich verändernden Bedarfen anzupassenden Versorgung eine besondere Herausforderung sei. Zwar gibt es hierzu Regelungen in der „QPR Ambulante Pflege“, nach welchen die ständige Erreichbarkeit der Pflegekraft gesichert werden muss und Verfahren für die Notfallversorgung zu definieren sind. Solche Elemente der Versorgungskontinuität sind aber nur in solchen neuen Wohnformen gesichert, in welchen ein Pflegedienst tätig ist. Die Anpassung der Hilfeleistungen auf sich verändernde Bedarfe und Krisensituationen und evtl. eines Rund-um-die-Uhr-Betreuungsbedarfs, bleibt ein Problem, wenn dies bisher im Wohnprojekt nicht erforderlich war.

6.1.1.3 Relevanz aufgrund besonderer Herausforderungen (Ergebnisse der Online-Befragung)

Rund-um-die-Uhr-Betreuung

Fast 90 % der befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) bieten aussagegemäß eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für die Nutzerinnen und Nutzer an. Dies ist bei den anderen Wohnformtypen nicht gegeben. Lediglich 17 % der ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) stellen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicher, wobei diese im Bedarfsfall aber bei 23 % der ambulanten betreuten Wohnangebote eingerichtet werden kann.

Knapp 38 % der befragten Initiatoren ambulanter betreuter Wohnformen haben angegeben, dass bei Bedarf einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung ein Verbleib im Wohnangebot nicht möglich ist und somit keine Versorgungs- bzw. Wohnkontinuität im Wohnangebot besteht.

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Versorgungskontinuität:²⁷

- Eine Herausforderung stellt die Organisation der Rund-um-die-Uhr-Betreuung dar. Häufig ist diese nur für einen beschränkten

²⁷ Diese Frage wurde als offene Frage in der Online-Befragung formuliert.

Zeitraum in den Angeboten realisierbar. Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung geht häufig mit einem hohen personellen Aufwand für die Betreuung weniger Personen einher.

- Es fehlt an ergänzenden Angeboten wie einer ambulanten 24-Stunden-Betreuung oder einer ambulanten Nachtversorgung, um Versorgungskontinuität im Sinne der Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Häufig gelingt dies nur mit Angehörigenunterstützung.
- Größe und Baustruktur der Wohnangebote sind teilweise nicht auf Rund-um-die-Uhr-Betreuung ausgelegt.
- Grundsätzlich ergeben sich besonders bei der personellen Versorgungskontinuität Probleme aufgrund des Personalmangels sowie der kleinen Teams und den dadurch eingeschränkten Möglichkeiten, Ausfallzeiten aufzufangen.
- Eine Herausforderung stellt auch die Finanzierung dar. Teilweise können Nutzerinnen und Nutzer die Kosten für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht tragen. Dies betrifft insbesondere die Betreuung in der Nacht.
- Rechtliche Vorgaben in einzelnen Wohnformen, die nicht unter heimrechtliche Regelungen fallen, da sie nur geringe Betreuungsleistungen und keine Vollversorgung anbieten, erschweren die Versorgungssicherheit.

6.1.1.4 Relevanz nach Ansicht von Praktikerinnen und Praktikern/Expertinnen und Experten (Workshopergebnisse)

Auch aus Sicht der Expertinnen und Experten sowie Praktikerinnen und Praktikern des Workshops ist die Relevanz dieses Qualitätsmerkmals für neue Wohnformen gegeben, obgleich diskutiert wurde, ob Versorgungskontinuität selbst wirklich als kennzeichnend für alle neuen Wohnformen betrachtet werden sollte, da eine Wohnkontinuität nicht immer gesichert werden kann.

Kritisch diskutiert wurde die Überlegung, ob eine Unterscheidung nach Wohnformtyp in der zu erstellenden Konzeption überhaupt sinnvoll ist: Die Art des Wohnformtyps bestimmt den Rahmen und die Möglichkeiten der Leistungserbringung. Letztlich sollten jedoch alle Pflegebedürftigen – egal in welcher Wohnform wohnend – in den Blick genommen werden. Dies erscheint jedoch kaum möglich: Wie lassen sich diejenigen erreichen, die bspw. in der eigenen Häuslichkeit gemeinsam leben (Typ 1) und von einem Pflegedienst versorgt werden? Auch sollte eine Abgrenzung zu vollstationären Einrichtungen erfolgen und der Pflegegrad/Grad der Beeinträchtigung und eine damit verbundene flexible Leistungsgestaltung Berücksichtigung finden, da Versorgungskontinuität selbst immer auch

direkt von den Nutzerinnen und Nutzern (Bedarfen und Bedürfnissen) des jeweiligen Wohnangebots abhängt. Die Frage „*Wie drückt sich Versorgungskontinuität im jeweiligen Wohnformtyp aus?*“ sollte die Überlegungen leiten.

Diskutiert wurde ebenfalls der Begriff der **Patientensicherheit** als eventuell besser geeigneter Begriff mit einem etwas anderen Fokus als das Kriterium der Versorgungskontinuität, der sich im Qualitätsbereich der Versorgung als eigenständiges Qualitätsmerkmal als zentral fassen ließe.

Im Zusammenhang mit auszuwählenden Qualitätskriterien erschien der Mehrheit der Teilnehmenden allgemein das **Vorliegen eines (zielgruppenspezifischen) Konzeptes** sinnvoll, in dem die im Weiteren benannten Qualitätsaspekte dargelegt werden: Um einen Verbleib in der Wohnform bei sich änderndem Versorgungsbedarf zu unterstützen bzw. die Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer in Einklang mit dem in der Wohnform leistbaren Versorgungsangebot zu bringen, bedarf es einer eindeutigen Transparenz darüber, welche Leistungen in welchem Umfang bis zu welchem Zeitpunkt in der Wohnform bezogen werden können. Auch der Umgang mit „Versorgungsbrüchen“ bspw. bei Versterben oder bei „nicht passenden“ Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern sowie mit Konfliktfällen (wie Mietausfall) müsse transparent gemacht werden. Die Verantwortung für dieses Kriterium liegt aus Sicht der Teilnehmenden bei den Anbietern/Trägern oder auch Auftraggebergemeinschaften.

Diskutiert wurde auch die Möglichkeit, in Form von Vergleichslisten sowohl Angebot als auch Leistung zu bewerten, hier erfolgten jedoch keine weiteren Konkretisierungen.

Zum Thema **Verfügbarkeit der benötigten Leistungen bei Bedarf** wurden die Aspekte Sicherung einer 24-Stunden-Versorgung, Sicherung der nächtlichen Versorgung, kontinuierliche (verpflichtende) Beratung sowie Qualität und Inhalte der Betreuungs- und Pflegeverträge (aber auch von Vereinbarungen in Auftraggebergemeinschaften und Mietverträgen) als mögliche Qualitätskriterien diskutiert. Schwerpunkt der Diskussion stellten die Sicherung einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Bedarfsfall sowie die kontinuierliche Beratung sowohl der Nutzerinnen und Nutzer als auch der Anbieter dar.

Personelle Kontinuität erscheint aus Sicht einiger Teilnehmenden nur schwer umsetzbar und als Kriterium prüfbar. Andere Teilnehmende argumentierten für die Definition von Kriterien, ab wann nicht mehr von personeller Kontinuität gesprochen werden kann (etwa, wenn mehr als eine bestimmte Anzahl von Handzeichen in der Dokumentation einer pflegebedürftigen Person zu finden sind). Im

Kontext personeller Kontinuität erscheint aus Sicht der Teilnehmenden auch die Transparenz zu Funktionen und (besonderen) Aufgaben der Pflegekräfte (oder anderer Akteure) bedeutsam.

6.1.2 Qualitätsmerkmal „Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“

6.1.2.1 Definition

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). Neue Wohnformen, die sich an den Nutzerbedürfnissen orientieren, müssen daher auch das Selbstbestimmungsrecht – evtl. auch im Sinne der „Wohlbestimmung“ durch Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuerinnen und Betreuer (ebd.) – 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.

Zur Selbstbestimmung gehört zwingend die Selbstverantwortung: Wenn ich frei entscheiden kann, was ich tue oder nicht tue, dann bin ich auch für die Folgen von diesen Entscheidungen selbst verantwortlich (GKV-Spitzenverband 2018).

6.1.2.2 Relevanz nach Leitfadenanalyse

In Abgrenzung zur stationären Pflege wird die Selbstbestimmung als zentraler Wert vor allem in neuen Wohnformen in den untersuchten Leitfäden durchgängig hervorgehoben und als besonderes Qualitätsmerkmal neuer ambulanter Wohnformen hervorgehoben. Dem Willen der Bewohnerschaft soll gegenüber den institutionellen Erfordernissen Vorrang eingeräumt werden. Auch werden die Wahrung der Wahlfreiheit, der Verzicht auf eine Koppelung von Mietvertrag mit anderen vertraglichen Leistungen – außer allgemeinen Betreuungsleistungen – sowie die Einrichtung von Bewohnergremien als Anforderungen zur Sicherung der Selbstbestimmung in vielen heimrechtlichen Regelungen benannt. Wie diese Qualitätsanforderungen tatsächlich umgesetzt werden und insbesondere auch in trägerverantworteten Wohnformen zu realisieren sind, bleibt als Herausforderung bestehen. Die Leitfäden geben hierzu Empfehlungen.

Auch werden hier die Selbstbestimmungsrechte der Bewohner-schaft gegenüber Personen, die sie rechtlich vertreten, thematisiert.

6.1.2.3 Relevanz aufgrund von Herausforderungen (Ergebnisse Online-Befragung)

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Die Teilnehmenden der Online-Befragung benannten folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Selbstbestimmungsrecht:

- Bei einer geringen Anzahl von Angeboten für Erwachsene im Quartier und geringer Barrierefreiheit stellt sich die Herausforderung, wie mobilitätseingeschränkte und/oder pflegebedürftige Personen dennoch selbstbestimmt im gewohnten Wohnumfeld verbleiben können.
- Herausforderungen ergeben sich, wenn das individuelle Selbstbestimmungsrecht dem Gemeinschaftscharakter und somit dem Recht der Mehrheit kontrovers gegenübersteht.
- Zur Umsetzung und Stärkung der Selbstbestimmung im Wohnangebot bedarf es häufig der Unterstützung von Angehörigen bzw. rechtlichen Betreuern. Herausforderungen sind in diesem Zusammenhang mangelndes Engagement, fehlende Zeit bzw. der Wunsch eines „all inclusive“-Paketes im Wohnangebot.
- Teilweise ergeben sich je nach Wohnformtyp unterschiedliche Grenzen im Umfang der Möglichkeiten der Selbstbestimmung. In einer Pflegewohngemeinschaft können Nutzerinnen und Nutzer beispielsweise meist nicht mehr bei der Mitarbeiterauswahl mitsprechen.
- Aufgrund von körperlichen oder psychischen Einschränkungen ist es generell schwieriger, die Wahlfreiheit und die Ausübung der Selbstbestimmungsrechte umzusetzen.

6.1.2.4 Relevanz nach Ansicht von Praktikerinnen und Praktikern/Expertinnen und Experten (Workshopergebnisse)

Im Rahmen der Workshops betonten die Teilnehmenden die besondere Bedeutung des Qualitätsmerkmals Selbstbestimmung: „Selbstbestimmung ist ein elementarer Vorteil einer neuen Wohnform“. „Die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, ist das Charakteristikum in ambulanten Wohnpflegegemeinschaften“, das damit auch als Qualitätsmerkmal anzusehen ist. Im Rahmen der Workshops wurde aber auch darauf verwiesen, dass die Wahrung der Selbstbestimmung in Artikel 2 des Grundgesetzes verankert ist und damit als Qualitätsmerkmal in jeder Wohnform – auch in stationären Einrichtungen – gelte. Die Umsetzung dort sei jedoch häufig schwierig und einige Teilnehmende sehen in der Gründung neuer ambulanter

Wohnformen eine Reaktion auf diese Gegebenheiten in Heimen: „Selbstbestimmung ist der Kern in neuen Wohnformen“. Jedoch werde die Selbstbestimmung der Bewohnerschaft auch von den eigenen Angehörigen manchmal eingeschränkt. Daher sei es besser, ein Bewohnergremium anstatt eines Angehörigengremiums zu gründen, da das Angehörigengremium bereits das Selbstbestimmungsrecht einschränken kann. Uneinigkeit bestand darüber, ob die Bewohnerinnen und Bewohner wegen der höheren Chancen auf Selbstbestimmung in neue Wohnformen ziehen. Einige waren der Auffassung, dass die Bewohnerinnen und Bewohner eher wegen der familiären Atmosphäre, der Kleinteiligkeit oder den dortigen individuellen Angeboten einziehen. Weiterhin bestand Uneinigkeit darin, ob es Einschränkungen in der Selbstbestimmung geben könne. Einige betonten, dass die Betroffenen in solchen ambulanten Wohnformen die „Bestimmer“ bleiben, egal welche Einschränkungen sie haben. Im Sinne der Wohlbestimmung sei dies durch andere zu gewährleisten. Die anderen sehen besondere Risiken bei Selbst- und Fremdgefährdungen, die Einschränkungen der Selbstbestimmung legitimieren. Feste Regelungen hierzu könne es aber nicht geben, es müsse immer wieder aktuell gesichtet und ausgehandelt werden, was möglich ist. In den ambulanten Wohnformen müsse auch eine „Balance zwischen individueller Selbstbestimmung und gemeinschaftlicher Selbstbestimmung ausbalanciert werden.“

Einigkeit bestand zugleich darin, dass die Wahrung der Selbstbestimmung in neuen Wohnformen sich nicht von allein ergibt, sondern es auch bedeutet, den Bewohnerinnen und Bewohnern deutlich zu machen, dass sie diese Möglichkeit wahrnehmen müssen und dass sie dabei nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten haben. Die Besonderheit bei neuen ambulanten Wohnformen sehen einige Teilnehmende daher vor allem darin, die Selbstverantwortung zu stärken, weil die Bewohnerschaft bzw. ihre Vertreterinnen und Vertreter in ambulanten Wohnformen immer auch in der Verantwortungsrolle eingebunden bleiben. Auch sei es wichtig, die Selbstverantwortung von Beginn an klar zu machen. Angehörige seien bei der Auswahl einer solchen Wohnform oft überfordert und können diese Besonderheit des verantwortlichen Eingebundenseins nicht einschätzen. Die Stärkung der Selbstverantwortung sei im Kontext der Selbstbestimmung das besondere Qualitätsmerkmal in ambulanten Wohnformen.

6.1.3 Qualitätsmerkmal „Nutzerorientierung“

6.1.3.1 Definition

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, welchen Bedürfnissen bzw. personalen Kompetenzen die Wohnbedingungen anzupassen sind.

Das Qualitätskriterium Nutzerorientierung betont vor allem die subjektive Perspektive bei der Gestaltung der Wohn- und Versorgungsangebote. Zu gewährleisten ist, dass den Erwartungshaltungen bezüglich der individuellen Bedürfnisse in den Bereichen Wohnen, Pflege und Versorgung nachgekommen wird. Pflegebedürftige sollen entsprechend ihrer Bedürfnisse und Gewohnheiten wohnen und versorgt werden. Es geht darum, die Struktur des Wohnangebotes, die Alltagsgestaltung und die notwendigen Hilfen orientiert an den subjektiven Werten, Bedürfnissen, Gewohnheiten aber auch Fähigkeiten und Kompetenzen – also an der Lebenswelt – der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten. 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. Der Erhalt der individuellen Lebenswelt umfasst die Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen, individuellen Bedürfnisse sowie der kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Lebensgewohnheiten, die Wahrung der Privat- und Intimsphäre, der respektvolle Umgang in persönlichen Lebensbereichen und die Sicherung einer individuellen Lebensgestaltung. Nutzerorientierung beinhaltet aber auch, die Fähigkeiten und Kompetenzen der Betroffenen zu berücksichtigen (GKV-Spitzenverband 2018).

6.1.3.2 Relevanz nach Leitfadenanalyse

Die Wahrung und der Respekt vor den individuellen Gewohnheiten, Werten, Bedürfnissen und Kompetenzen der Bewohnerschaft werden in den Leitfäden für neue Wohnformen durchgängig thematisiert und Anforderungen benannt. Die Wahrung dieses Qualitätsmerkmals erfordert eine systematische Erfassung der Bewohnerbedürfnisse sowie systematische Formen des Umgangs mit Situationen, in welchen Bewohnerbedürfnisse nicht erfüllt werden. In den Leitfäden werden Empfehlungen hierzu formuliert. Die Wahrung der Nutzerbedürfnisse wird ordnungsrechtlicher Art z. B. mit der Umsetzung regelmäßiger Bewohnerbefragungen für einzelne neue ambulante Wohnformen (z. B. Betreutes Wohnen) gefordert. Aber solche Regelungen haben nur vereinzelt Bundesländer heimrechtlich fixiert. In den leistungsrechtlichen Regelungen fokussieren solche

Qualitätsanforderungen auf die Sicherung eines Beschwerdemanagements.

6.1.3.3 Relevanz aufgrund von Herausforderungen (Ergebnisse der Online-Befragung)

Die Online-Befragung zeigt, dass im Durchschnitt die Hälfte der befragten Angebote eine systematische Erfassung der Nutzerbedürfnisse durchführt. So gaben 56 % der Befragten aus ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) sowie rund 50 % bei ambulanten betreuten sowie integrierten Wohnformen (Typ 2 und Typ 4) an, Nutzerbedürfnisse systematisch aufzunehmen. Auch bei selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnangeboten (Typ 1) wird in 40 % der Angebote eine systematische Erfassung durchgeführt.

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden ergänzend folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Nutzerorientierung:

- Grundsätzlich ist die Sensibilisierung für das Thema der Nutzerorientierung nach wie vor eine Herausforderung. Nutzerinnen, Nutzer und Angehörige, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Leistungsanbieter und Pflegekassen müssen über die Möglichkeiten und die Bedeutung der Selbstbestimmung und Mitwirkung informiert werden.
- Die systematische Umsetzung bzw. Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer bedarf personeller und monetärer Ressourcen, die häufig in den Angeboten nicht zur Verfügung stehen.
- Die Sicherstellung der Nutzerorientierung stellt eine besondere Herausforderung dar, wenn Einschränkungen der Nutzerinnen und Nutzer (z. B. durch psychische oder dementielle Erkrankungen) vorliegen.
- Durch die heterogenen Interessenslagen der Nutzerinnen und Nutzer, der Angehörigen und auch der professionellen Akteure ergeben sich Schwierigkeiten, den einzelnen Erwartungen gerecht zu werden.

6.1.3.4 Relevanz nach Ansicht von Praktikerinnen und Praktikern/Expertinnen und Experten (Workshopergebnisse)

Die Nutzerorientierung ist nach Ansicht der Workshopteilnehmenden ein besonderes Qualitätsmerkmal für neue Wohnformen, weil viele der neuen Wohnformen aus Selbsthilfeinitiativen heraus entstanden sind, auch, weil traditionelle Wohn-, Pflege- und Versorgungsangebote ihren Bedarfen nicht ausreichend gerecht wurden. Ziel der neuen Wohnformen muss daher sein, die individuellen Be-

dürfnisse besonders in den Blick zu nehmen. Die Tages- oder Leistungsgestaltung dürfe nicht dem Ablauf des Leistungsanbieters unterworfen werden. Darin sehen die Teilnehmenden eine besondere Anforderung an neue ambulante Wohnformen.

Die Teilnehmenden berichteten aber auch, wie schwierig es sei, diese Anforderung umzusetzen. Mitarbeitende in diesen neuen Wohnformen meinen oft, dass sie besser wissen, wie etwas gestaltet sein sollte. Sie nehmen die Nutzerinnen und Nutzer mit ihren Bedürfnissen nicht immer ernst. Eine besondere Herausforderung sei es, den sehr unterschiedlichen Bedürfnissen, Einstellungen und Gewohnheiten der Menschen in solchen Wohnformen gleichermaßen gerecht zu werden. Die Moderation dafür erforderlicher Aushandlungsprozesse sei eine wichtige Qualitätsanforderung an neue ambulante Wohnformen.

6.1.4 Qualitätsmerkmal „Koordination“

6.1.4.1 Definition

Koordination beinhaltet in seiner allgemeinen Bedeutung das Aufeinanderabstimmen verschiedener Vorgänge. Es geht darum, dass verschiedene Einzelaufgaben oder Aktivitäten in einem komplexen Aufgabenfeld so organisiert werden, dass sie sich sinnvoll und zweckgerichtet ineinanderfügen. Teil dieses Prozesses ist, dass die verschiedenen Akteure koordiniert zusammenwirken. Diese geforderte Zusammenarbeit von Menschen oder Gruppen wird als Kooperation bezeichnet und ist bei den koordinierenden Tätigkeiten einzubinden.

6.1.4.2 Relevanz nach Leitfadenganalyse

Die Untersuchung zeigt, dass in den Leitfäden zu jedem neuen Wohnformtyp umfassende Qualitätsanforderungen genannt werden, wie die Gewährleistung der Selbstständigkeit der Bewohnerschaft durch bauliche Maßnahmen oder Empfehlungen zu Versorgungsleistungen. Sie macht auch deutlich, dass zur Sicherstellung dieser Qualitätsanforderungen sehr unterschiedliche Akteure angesprochen werden. Die Akteure stammen zudem aus unterschiedlichen Sektoren – Markt, Zivilgesellschaft, Staat –, die jeweils unterschiedlichen Funktionslogiken folgen, unterschiedliche Verantwortlichkeiten haben und deren Beiträge für ein gutes Gelingen aufeinander abgestimmt werden müssen. Ebenso geht es darum, die individuellen Interessen mit den organisatorischen Abläufen und fachlichen Anforderungen auszubalancieren. Klie et al. (2017) sprechen in diesem Kontext von einem sog. „Hybridmanagement“, was als besondere Qualitätsanforderung vor allem an ambulante Pflegewohngemeinschaften zu stellen ist: „Das zentrale Qualitätsmerkmal

für ambulant betreute Wohngemeinschaften ist aber das der Hybridität, das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure“ (Klie et al. 2017). Solche Koordinationsanforderungen sind aber nicht nur für ambulant betreute Wohnformen erforderlich. Auch für andere neue Wohnformen, in welchen keinem Träger die Gesamtverantwortung obliegt, ist dieses Qualitätsmerkmal relevant. Es ist z. B. auch für „Betreutes Wohnen“ und alle „Ambulant integrierten Wohnformen“ bedeutsam, die ebenso eine Vielzahl von unterschiedlichen Leistungen und Akteuren verbinden und in denen die Interessen der Bewohnerschaft in den organisatorischen Abläufen – auch mit eigenen Ressourcen – gezielt zu berücksichtigen sind. Sie bilden auch die Grundlage, um die Selbstorganisation und Beteiligung der Bewohnerschaft mit ihren eigenen Ressourcen zu fördern. Solche koordinierenden Tätigkeiten sind zwar häufig in den „allgemeinen Betreuungsleistungen“ als Tätigkeitsfeld mitbenannt, aber nicht in den ordnungsrechtlichen Regelungen als Bedingung aufgeführt oder in der QPR ambulante Pflege allgemein aufgenommen.

6.1.4.3 Relevanz aufgrund von Herausforderungen bei der Umsetzung (Ergebnisse der Online-Befragung)

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Koordination:

- Gerade durch die heterogene Akteurslandschaft ist es sehr herausfordernd, Vorgänge und Aktivitäten sowohl organisatorisch als auch inhaltlich aufeinander abzustimmen sowie eine Zusammenarbeit der Akteure gezielt zu fördern.
- Die Koordination der Akteure geht mit einem erheblichen Konzeptionsaufwand, Zeitaufwand und Personalaufwand einher. Für die diesbezüglichen Kosten gibt es bislang keine ausreichenden Möglichkeiten der Refinanzierung bzw. der Zeitaufwand ist im Alltag von den Beteiligten nicht zu leisten. Die Kooperation der betroffenen Akteure erfolgt somit meist im alltäglichen Miteinander, aber weniger in Form von organisierten gemeinsamen Absprachen.
- Bei der Koordination gestaltet sich besonders die Terminfindung als Herausforderung. Die zeitliche Erreichbarkeit der involvierten Akteure variiert. So sind Angehörige häufig berufstätig oder Mitarbeiter des Pflegedienstes am Wochenende nicht verfügbar.
- Die Einbindung von Angehörigen kann sich aus verschiedenen Gründen als schwierig erweisen. Einerseits durch fehlende zeitliche Flexibilität, einen entfernten Wohnort, mangelhafte Erreichbarkeit, unterschiedliche Erwartungen, aber auch durch

fehlendes Interesse bzw. fehlende Bereitschaft Zeit zu investieren oder Kosten zu übernehmen.

- Auch das Zusammenbringen der unterschiedlichen professionellen Akteure und Dienstleister stellt eine Herausforderung dar. Beispielsweise, wenn sich verschiedene Berufsgruppen – Pflegekräfte, Ärzte, Sozialarbeiter – miteinander abstimmen müssen, wenn mehrere Pflegedienste beteiligt sind oder es mehrere Leitungsakteure im Angebot (z. B. Haus- und Pflegedienstleitung) gibt.
- Inhaltliche Schwierigkeiten treten auf, wenn die Auffassungen und Sichtweisen der betroffenen Akteure voneinander abweichen. Einerseits müssen die individuellen Interessen der Nutzerinnen und Nutzer und ihrer Angehörigen berücksichtigt werden, andererseits aber auch die fachlichen und organisatorischen Anforderungen. Teilweise kommt es dabei bedingt durch das Fehlen einer „gemeinsamen Sprache“ für die unterschiedlichen Akteure und unterschiedlichen Ebenen zu Problemen.

6.1.4.4 Relevanz nach Ansicht von Praktikerinnen und Praktikern/Expertinnen und Experten (Workshopergebnisse)

Koordination und Kooperation sind aus Sicht aller Teilnehmenden der Diskussionsrunde zentrale Qualitätsmerkmale neuer Wohnformen, deren Erfüllung kontinuierlich sicherzustellen sei. Dies wurde im Hinblick auf weitgehend alle neuen Wohnformen geäußert, insbesondere aber für ambulant betreute Wohngruppen/-gemeinschaften, für Kombinationen aus Betreutem Wohnen, Tagespflege und ambulanter Pflege sowie für Quartiersprojekte. Begründet wurde die Aussage damit, dass in neuen Wohnformen (viele) verschiedene Akteure involviert sind und sehr unterschiedliche Leistungen kombiniert werden müssen. Zudem haben die jeweiligen Akteure, die bei der Umsetzung mitwirken, ganz unterschiedliche Hintergründe – Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen, Ehrenamtliche sowie professionelle Dienstleister unterschiedlicher Professionen (Pflege/Gesundheit, Hauswirtschaft, Betreuung) –, die aufeinander angepasst werden müssen. Gerade für neue Wohnformen ist Koordination ein zentrales Qualitätsmerkmal, weil es hier nicht einen alleinigen Verantwortlichen gibt.²⁸ Aus Sicht mehrerer Expertinnen und Experten sind Koordination und Kooperation daher auch ein wichtiges Qualitätsmerkmal ambulant betreuter Wohngruppen/-gemeinschaften unabhängig davon, ob es sich um selbst-

²⁸ „Und das ist eben anders als eine vollstationäre Einrichtung, die eben als Institution mit so einem Gesamtversorgungsvertrag tatsächlich Dinge in der Hand hat. Und diese unterschiedlichen Gruppen, egal wer da jetzt was am Ende auch entscheidet, aber die sind ja vorhanden. Irgendwie muss ja die Koordination laufen. Einer nimmt es am Ende in die Hand. Wer auch immer, Angehörige oder der Pflegedienst. Irgendjemand muss es ja in die Hand nehmen.“ (Expertin)

oder trägerverantwortete Wohngruppen/-gemeinschaften handelt. Bedingungen für die Umsetzung seien nach Ansicht der Teilnehmenden Kommunikationsfähigkeit und Regelungen zum Umgang mit Konflikten.

Aus Sicht mehrerer Expertinnen und Experten bedarf es zur Erfüllung des Qualitätsmerkmals Koordination und Kooperation in ambulant betreuten Wohngruppen/-gemeinschaften regelmäßiger Treffen bzw. Gespräche der Mietergemeinschaft (Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige) und des ambulanten Pflegedienstes. Hierzu sollten bei Bedarf weitere externe Akteure (z. B. Vermieter, Hausärzte, Physio- und Psychotherapeuten) eingeladen werden. Regelmäßige Treffen mit allen relevanten Akteuren wurden hingegen mehrheitlich als nicht erforderlich bzw. sinnvoll erachtet. Vor dem Hintergrund der für ambulant betreute Wohngruppen/-gemeinschaften charakteristischen Fluktuation sollte aus Sicht von zwei Expertinnen und Experten in einem „Regelwerk“ unter anderem festgelegt werden, wie häufig diese Treffen stattfinden und wer an ihnen teilnimmt. Auch für Pflegemischformen seien aus Sicht einer Praktikerin Vereinbarungen bzw. Gespräche der unterschiedlichen Bereichsleitungen erforderlich, um das Qualitätsmerkmal Koordination und Kooperation erfüllen zu können. Die Vereinbarungen bzw. Gespräche zur Sicherstellung von Koordination und Kooperation der unterschiedlichen involvierten Berufsgruppen (u. a. Concierge, Hauswirtschaft, Küche, Pflege, Betreuung, Ehrenamtliche) müssten dabei „geregelt, systematisiert und diszipliniert“ werden, wodurch sie auch leicht überprüfbar würden. Hinsichtlich der Umsetzung (regelmäßiger) Treffen aller Akteure in Pflegemischformen wurde das Problem des Mangels an den hierfür erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen festgestellt, daneben auch das Problem der fehlenden Kooperationsbereitschaft externer Leistungserbringer (z. B. Hausarzt, Physio- und Psychotherapeut), die nicht zu einer Teilnahme an den Gesprächen gezwungen werden könnten. Einen Regelungsbedarf bei koordinierenden Leistungen sehen nicht alle Expertinnen und Experten. Ein Dienstleister war der Ansicht, dass verbindliche Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngruppen/-gemeinschaften nicht erforderlich seien, da die dort tätigen Leistungserbringer aus Eigeninteresse ohnehin koordinierende Aufgaben wahrnehmen würden.

Mehrere Expertinnen und Experten vertraten die Auffassung, dass es zur Erfüllung des Qualitätsmerkmals Koordination und Kooperation in ambulant betreuten Wohngruppen/-gemeinschaften des Einsatzes von WG-Koordinatoren bedarf. In Hessen werden koordinierende Aufgaben in ambulant betreuten Wohngruppen/-gemeinschaften von sogenannten Hauskoordinatoren übernommen. In

Hamburg fungieren in ambulant betreuten Wohngruppen/-gemeinschaften die sogenannten WG-Teamleiter – Mitarbeitende des jeweiligen ambulanten Pflegedienstes – als Koordinatoren bzw. Ansprechpersonen für das in der jeweiligen Wohngruppe/-gemeinschaft tätige Team des Pflegedienstes sowie in gewissem Maße auch für die jeweilige Mietergemeinschaft. In Quartiersprojekten werden sog. „Kümmerer“ als Koordinatoren für alle Prozesse und Akteure eingesetzt.

6.1.5 Qualitätsmerkmal „Transparenz“

6.1.5.1 Definition

Transparenz ist die Grundlage, um sich verantwortlich in Abläufe und Prozesse einzubringen. Transparenz impliziert freie Zugänge zu Informationen und eine Rechenschaftspflicht über Abläufe, Sachverhalte und Entscheidungsprozesse sowie eine offene Kommunikation zwischen den Akteuren und Betroffenen (Stasavage 2005).

6.1.5.2 Relevanz nach Leitfadenganalyse

Die Sicherstellung von Transparenz des Gesamtprozesses wird als weitere Qualitätsanforderung immer wieder für verschiedene neue Wohnformtypen in den Leitfäden betont. Gerade in selbstverantworteten Wohnformen mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren und Abläufen sowie einer fehlenden steuernden Gesamtverantwortung kann dies eine Herausforderung sein. Zwar werden in einzelnen ordnungsrechtlichen und leistungsrechtlichen Regelungen hierzu Forderungen erhoben, aber sie beziehen sich häufig nicht auf den Gesamtprozess, sondern auf Einzelbereiche (z. B. Information über Kosten und angebotene Leistungen). Es gilt jedoch vor allem in selbstverantworteten neuen Wohnformen „... im „gelebten“ Alltag Prozesse zu implementieren, die eine transparente Kommunikation und Steuerung“ (Klie et al. 2017) kontinuierlich ermöglichen.

6.1.5.3 Relevanz aufgrund von Herausforderungen bei der Umsetzung (Ergebnisse der Online-Befragung)

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden Herausforderungen bei der Umsetzung von Transparenz im Wohnangebot:

- Zur Verbesserung der Transparenz fehlen personelle, zeitliche und monetäre Ressourcen.
- Durch die vielen beteiligten Akteure ist die Sicherung des Informationsflusses eine Herausforderung. Viele beteiligte Akteure

müssen berücksichtigt werden, die Kommunikationswege sind oft unklar oder werden nicht eingehalten. Eine nachvollziehbare Verschriftlichung bestimmter Prozesse gelingt nicht immer.

- Im Vergleich zum stationären Setting ist die Trennung der einzelnen Verträge mit entsprechend unterschiedlichen Ansprechpartnern für die Nutzerinnen und Nutzer und deren Angehörige teilweise schwer zu verstehen (z. B. Mietvertrag, Alltagsgestaltungsvertrag, Versorgungsvertrag).
- Eine konkrete Herausforderung stellt die transparente Dokumentation und transparente Abrechnung der fachlichen Leistungen dar. Gerade die Anforderungen in diesen Bereichen sind häufig nicht klar für die einzelnen Wohnformtypen definiert bzw. unterscheiden sich stark zwischen den Wohnformtypen.
- Eine zentrale Herausforderung ist die Information und Beratung der Nutzerinnen und Nutzer vor Einzug und im Verlauf. Hierbei geht es u. a. um die transparente Information, welche Leistungen und Unterstützung nach Einzug zu erwarten sind. Hier kommt es teilweise zu Differenzen zwischen den Erwartungen der Angehörigen und der Realität. Zudem ist die Komplexität der Leistungen für Nutzerinnen und Nutzer und deren Angehörige teilweise schwer zu verstehen (u. a. Pflegeleistungen, Betreuungsleistungen, Behandlungspflegeleistungen).

6.1.5.4 Relevanz nach Ansicht von Praktikerinnen und Praktikern/Expertinnen und Experten (Workshopergebnisse)

Auch aus Sicht der Workshopteilnehmenden ist die Relevanz des Qualitätsmerkmals Transparenz für neue Wohnformen gegeben. Grundsätzlich muss Transparenz in allen Bereichen – Wohnen, Umgebungsgestaltung, Versorgung, Betreuung, Pflege, Teilhabe – gewährleistet sein. Dabei kann die Transparenzanforderung nach Aussage der Expertinnen und Experten differenziert werden in Transparenz für künftige Nutzerinnen und Nutzer, Transparenz für aktuelle Nutzerinnen und Nutzer sowie in die Überprüfbarkeit der Transparenz.

Folgende Bedarfe in Bezug auf das Qualitätsmerkmal Transparenz wurden im Workshop benannt: Eine transparente und realitätsnahe Beschreibung der Wohnsituation (z. B. Struktur der Bewohnerschaft, Mitwirkungsmöglichkeiten, Entscheidungsfindung, Entscheidungshoheit). Diese könne in einem Konzept/Ansatz/Leitbild umgesetzt werden. Zudem bedarf es Transparenz bei der Umsetzung bzw. rechtlichen Komponenten. Weiter betonten die Expertinnen und Experten die Bedeutung von Transparenz im Hinblick auf die Passgenauigkeit des Angebots zu den individuellen Bedarfen (z. B.

in Bezug auf Versorgungskontinuität) bzw. im Hinblick auf die Grenzen der Versorgung (z. B. Versorgung bei hohem Pflegebedarf, Betreuung am Wochenende).

Im Hinblick auf eine Unterscheidung zwischen Selbstverantwortung und Trägerverantwortung bzw. bezüglich der vier Wohnformtypen wurde von den Teilnehmenden angemerkt, dass das Qualitätsmerkmal Transparenz grundsätzlich für alle Wohnangebote gelten müsse. Generell sollten Angebote „auf dem Markt“ mehr Transparenz für zukünftige und aktuelle Nutzerinnen und Nutzer gewährleisten. Zudem sollten sie einer gewissen Kontrolle bzw. einer gewissen Überwachung unterliegen. Bei selbstverantworteten Angeboten bedarf es aussagegemäß weniger Transparenzmaßnahmen für künftige Nutzerinnen und Nutzer. Dennoch bedarf es der Transparenz für aktuelle Nutzerinnen und Nutzer (z. B. klare, getrennte, transparente Leistungsangebote von Dienstleistern, Verträge etc.).

Gerade für neue Wohnformen sollte laut Meinung der Teilnehmenden der Spagat zwischen flexiblen individuellen Lösungen und gleichzeitigem Verbraucherschutz gelingen. Allgemeingültige Standards zu entwickeln sei deswegen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten schwierig. Vorgeschlagen wurde eine Definition von Anforderungen, die von den einzelnen Angeboten gewährleistet werden sollten. Grundsätzlich geht es hier um transparente Grundinformationen zu Leistungsangebot, Kosten und Konzept (gleichsam einer Verpflichtung zur Aufschlüsselung der Kostenstruktur, dem beschäftigten Personal, dem Personalschlüssel und der Qualifikation des Personals).

6.2 Konkretisierung der Konzeptinhalte – Operationalisierung der Qualitätsmerkmale

Nach der Bestimmung der Zielrichtung ist bei der Entwicklung eines Konzeptes der Anwendungsbezug zu definieren. In einem zweiten Schritt wurden daher Strategien und Maßnahmen erarbeitet, wie die Qualitätsanforderungen umzusetzen sind und wie deren Einhaltung überprüft werden kann. Als weiterer Bestandteil des Konzeptes wurde daher erarbeitet, **was** konkret bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale zu beachten ist.

Um zu definieren, **was** konkret bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale zu beachten ist, wurden die fünf **Qualitätsmerkmale operationalisiert**. In einem mehrstufigen Verfahren wurden für jedes Qualitätsmerkmal relevante Qualitätskriterien und Indikatoren herausgearbeitet, die Eigenschaften zur Erfüllung der Soll-Niveaus umfassen und eine Messung ermöglichen sollen. Für die Operationalisierung wurde eine umfassende Literaturstudie (Rapid Review)

durchgeführt. Nicht alle der auf der Basis allgemeiner Erfahrungen ermittelten Kriterien und Indikatoren sind für neue Wohnformen relevant. Da aktuell kaum evidenzbasierte Indikatoren zur Messung der Qualität speziell für neue Wohnformen vorliegen, wurde die Auswahl im Rahmen eines Expertenkonsensusverfahrens vorgenommen.

Das **Expertenkonsensusverfahren** orientiert sich an der Methode des nominalen Gruppenprozesses. Die Methode des nominalen Gruppenprozesses wird u. a. in der Leitlinien-Entwicklung als formale Konsensustechnik angewendet (Behrens und Langer 2010) und wurde auch von Hasseler et al. (2016) zur Bestimmung von Qualitätsanforderungen der pflegerischen Versorgung in allen Settings gewählt:

- Im ersten Schritt werden die Datenquellen, die für die Auswahl von Qualitätskriterien gesichtet werden sollen, bestimmt.
- Im zweiten Schritt analysiert jedes Mitglied der Expertengruppe das Material und arbeitet individuell auf der Grundlage seines Verständnisses Qualitätskriterien sortiert nach den Qualitätsmerkmalen heraus.
- Im dritten Schritt werden Kriterien in einer tabellarischen Übersicht gesammelt und es erfolgt eine Überprüfung auf Redundanzen.
- Im vierten Schritt werden die analysierten Kriterien kritisch diskutiert und bewertet, ob sie sich zum Messen von Qualitätseigenschaften in neuen Wohnformen eignen. Auf diese Weise werden induktiv aus dem Datenmaterial und deduktiv basierend auf dem bestehenden Expertenwissen der Arbeitsgruppenmitglieder Qualitätskriterien/-indikatoren erarbeitet. Somit wird eine konsensuelle Bestimmung und Zuordnung erreicht.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der nach der konsensuellen Bestimmung ermittelten Qualitätskriterien für jedes Qualitätsmerkmal genau dargestellt. Dabei sind zuerst jeweils die Ergebnisse des Rapid Review zur Operationalisierung von Kriterien und Indikatoren der Qualitätsmerkmale aufgeführt. Zudem werden mögliche Kriterien aus weiteren Quellen (Ergebnisse des ersten Rapid Reviews zu Versorgungsauscomes, Leitfäden, Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR), Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung (MuG) sowie Hasseler et al. (2016)) abgebildet. Eine Zusammenfassung der Studienmerkmale und verwendete Definitionen der in die Ergebnisdarstellung des zweiten Rapid Reviews eingeschlossenen Studien zu allen Qualitätsmerkmalen enthält Anhang 4. Die verwendeten Quellen sind dem Anhang 3 zu entnehmen. Anhang 5 fasst ergänzend Kriterien und mögliche Indikatoren zur Operationalisierung und Messung von Versorgungskontinuität

zusammen, die sich aus den QPR ambulant oder stationär, den MuG oder den Ausführungen bei Hasseler et al. (2016) finden ließen.

6.2.1 Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“

Ergebnisse des Rapid Reviews zu möglichen Kriterien in der internationalen Literatur

Die hier zusammengefassten Ergebnisse beruhen auf der Sichtung von 3.417 Titeln, 231 Abstracts und 86 Volltexten, von denen 17 Studien (sowohl quantitative, qualitative originäre Forschungsarbeiten, systematische Übersichtsarbeiten oder Methodenpapiere in deutscher oder englischer Sprache) in die abschließende Darstellung einbezogen wurden (Abbildung 4). Ausgeschlossen wurden Studien, die sich ausschließlich mit der Kontinuität der ärztlichen Primärversorgung oder der Versorgungskontinuität bei spezifischen Erkrankungen (wie COPD, Diabetes Mellitus, Asthma) befassten. Weiter wurden Arbeiten ausgeschlossen, die Versorgungskontinuität im Kontext der Pflegeüberleitung zwischen Kliniken und der Häuslichkeit oder dem Pflegeheim oder Kommunikations- und Überleitungsprozesse innerhalb einer Klinik untersuchten. Eine Ausnahme stellt die Arbeit von Kuske et al. (2016) dar, die aus Sicht der beteiligten Pflegefachkräfte Kriterien untersuchte, die beim Informationsaustausch zwischen den Settings der Häuslichkeit und der Kurzzeitpflege zur Gewährleistung einer guten Versorgungskontinuität von Menschen mit Demenz (MmD) relevant sind und für den Qualitätsdiskurs unter Berücksichtigung sicherheitsrelevanter Aspekte Bedeutung haben.

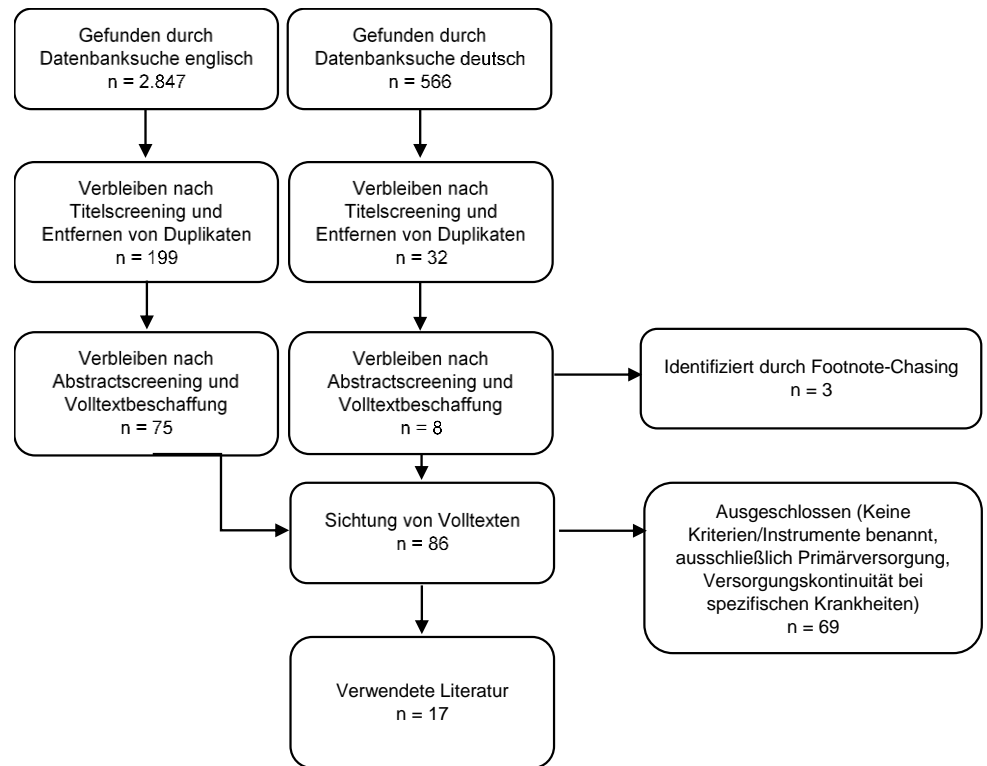


Abbildung 4: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Versorgungskontinuität

International gibt es keine allgemeingültige Definition von Versorgungskontinuität, jedoch besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass Versorgungskontinuität als mehrdimensionales Konstrukt zu fassen ist. Die Operationalisierung und Messung von Versorgungskontinuität stellt sich indessen als schwierig dar (Burns et al. 2009). Zudem lassen sich die Ergebnisse vorangegangener Forschung sowie vorliegende Messinstrumente zur Versorgungskontinuität nicht notwendigerweise auf die Lebens- und Versorgungssituationen in austauschbaren Settings (hier: neue Wohnformen) übertragen (vgl. Gjevjon et al. 2013, Hetlevik et al. 2017). Die bei der Operationalisierung einzunehmende Perspektive nimmt Einfluss auf die Auswahl von Kriterien, Indikatoren und Messinstrumente: Die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer fokussiert zumeist eher eine zeitnahe und fachgerechte Versorgung und eine vertrauensvolle Beziehung mit den beteiligten Akteuren. Die Perspektive der Leistungserbringenden (des Managements) fokussiert eher Koordination, Planung, Monitoring und Evaluation der Leistungserbringung. Diese beiden Perspektiven können miteinander in Konflikt stehen: Was für die Nutzerinnen und Nutzer wichtig ist, muss nicht notwendigerweise auch für die Leistungserbringenden wichtig sein und umgekehrt. Die Auswahl von Instrumenten und

Kennzahlen der Versorgungskontinuität sollte daher von einer konzeptionellen Analyse verfügbarer Kriterien und Instrumente im Zusammenhang mit den Aspekten von Versorgungskontinuität, die in der durchzuführenden Studie von Bedeutung sind, geleitet sein (Smedby et al. 1986).

Für die hier entwickelte Konzeption bedeutet letzterer Umstand, dass die Aspekte

- Information und Transparenz,
- Kommunikation,
- Verfügbarkeit der benötigten Leistungen bei Bedarf,
- Sicherung der Versorgung und Patientensicherheit sowie
- personelle Kontinuität,

die sich aus den bisherigen Literaturanalysen (1. und 2. ZWB) sowie den Ergebnissen der Online-Befragung und des Experten-Workshops im Zusammenhang mit Versorgungskontinuität als bedeutsam erwiesen, bei der Auswahl von Kriterien oder Indikatoren und Messinstrumenten berücksichtigt werden sollten.

Für das Merkmal Versorgungskontinuität zeigt sich zusammenfassend, dass keine Literatur zu evidenzbasierten Kriterien im Kontext der Versorgung in neuen Wohnformen vorliegt und somit jegliche Auswahl auf in anderen Settings oder Kontexten erprobte Kriterien fallen muss. Die entsprechenden standardisierten Instrumente wiederum liegen nicht in validierten deutschsprachigen Versionen vor. Bis auf die Arbeit von Bice & Boxerman (1977) (die die Entwicklung des Continuity of Care (COC) Index als relationales Maß der interpersonellen Kontinuität im Versorgungsprozess beschreibt, der eine der prominentesten Kennzahlen in der internationalen Literatur darstellt) stehen alle der eingeschlossenen Studien im Zusammenhang mit Settings oder Zielgruppen der pflegerischen Versorgung (stationäre und ambulante Langzeitpflege, Versorgung durch spezialisierte Pflegeteams in der eigenen Häuslichkeit und in Institutionen (nurse clinics).

6.2.2 Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“

Ergebnisse des Rapid Reviews zu möglichen Kriterien in der internationalen Literatur

Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf der Sichtung von 2.301 Titeln, 238 Abstracts und 29 Volltexten, von denen acht Studien in die abschließende Darstellung einbezogen wurden (Abbildung 5).

Die identifizierten Studien beschreiben keine Indikatoren zur Abbildung der Stärkung/Sicherung von Selbstbestimmung/Selbstverant-

wortung. Die eingeschlossenen Studien beziehen sich weitestgehend auf Settings der stationären Langzeitpflege. Eine Studie untersucht das Erleben von Selbstbestimmung und Wertschätzung älterer Menschen im Betreuten Wohnen und benennt hierfür Kriterien zur Ausübung der Selbstbestimmungsrechte (Hellstrom & Sarvimaki 2007). Selbstverantwortung drückt sich in den vorliegenden Studien über das Erleben der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Autonomie aus. Eine allgemeingültige Definition für Selbstverantwortung lässt sich aus der Literatur nicht herausarbeiten, jedoch ist allen identifizierten Definitionen ein Bezug zur Autonomie gemein (Custers et al. 2014, Hellstrom & Sarvimaki 2007, Mattiasson & Andersson 1997, Paque et al. 2017).

Die aus den Studien abgeleiteten Kriterien beziehen sich auf das Erleben der Leistungsinanspruchnehmerinnen und -nehmer in Bezug auf alltägliche Aktivitäten wie Fernsehen oder Radio hören können (Mattiasson & Andersson 1997) oder auf Wahlfreiheit/ Mitspracherecht beispielsweise bei der Auswahl neuer (Mit-)Bewohnerinnen und (Mit-)Bewohner (Stancliffe et al. 2011). Ein Instrument, das in den Studien zur Messung genutzt wurde, ist das „Basic Need Satisfaction in Life Scale nach Gagné (2003)“ (Custers et al. 2014). Mattiasson & Andersson (1997) verwendeten eine modifizierte Version der „Satisfaction with Nursing Home Scale“ (nach McCaffree & Harkins 1976) sowie eigene Items. In der analysierten Literatur ist kein deutschsprachiges Instrument beschrieben, das Selbstverantwortung umfassend erfasst. Weiter sind in der verwendeten Literatur keine Indikatoren benannt, um Selbstverantwortung oder die Ausübung von Selbstbestimmungsrechten abzubilden und zu sichern. Auffallend ist, dass in den Studien stets der Blick auf das Erleben der Pflegeempfängerinnen und -empfänger bezüglich ihrer Autonomie geworfen wird. Um dieses in neuen Wohnformen abzubilden ließen sich somit eine Auswahl von den im Anhang beschriebenen Kriterien heranziehen, um auf Ebene der Nutzerinnen und Nutzer die Selbstverantwortung zu erfassen – sei es in Bezug auf die individuelle Alltagsgestaltung und Leistungsinanspruchnahme oder auf Ebene der Mitbestimmung in strukturellen Aspekten der Wohnform wie der Mitbestimmung vom Einzug neuer Bewohnerinnen und Bewohner.

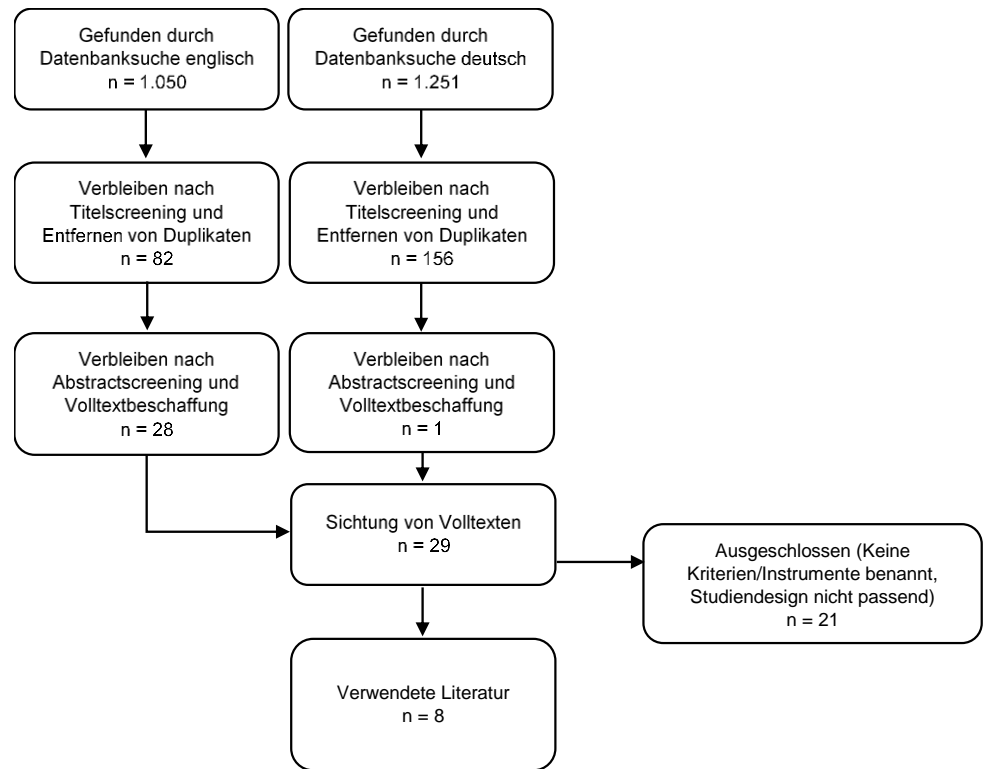


Abbildung 5: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Selbstbestimmung/Selbstverantwortung

6.2.3 Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Nutzerorientierung“

Ergebnisse des Rapid Reviews zu möglichen Kriterien in der internationalen Literatur

Die Ergebnisse in diesem Abschnitt beruhen auf der Sichtung von 1.560 Titeln, 241 Abstracts und 44 Volltexten, von denen 23 Studien in die abschließende Darstellung einbezogen wurden (Abbildung 6).

Nutzerorientierung als den Versorgungsprozess gestaltende Haltung der beteiligten Akteure findet sich in der internationalen Literatur in Studien als „Patienten-/Klientenzentrierung“, „Klientenorientierung“, „Bewohnerzentrierung“, „individualisierte Versorgung“ wieder und wird sowohl in Settings der klinischen Akutversorgung als auch in der stationären und ambulanten Langzeitpflege beforscht (Constand et al. 2014, Büssing & Glaser 2001, Harrison & Frampton 2017, Scholl et al. 2014). Im Mittelpunkt steht dabei sowohl die Einbindung der individuellen Nutzerinnen und Nutzer in ihren eigenen Versorgungsprozess sowie die Anerkennung einer geteilten Verantwortung zwischen ihnen und den Leistungserbringern (Berger 2006) als auch die Respektierung der individuellen Präferenzen, der

Autonomie und Werte der Nutzerinnen und Nutzer in einem kooperativen Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern (Muntinga et al. 2014).

Allerdings liegt auch für das Konzept der Nutzerorientierung kein etablierter Goldstandard konstituierender Faktoren vor, der die Eingrenzung von zu verwendenden Kriterien oder Indikatoren leiten kann. Ebenso konnten keine Studien identifiziert werden, die Nutzerorientierung im Setting neuer Wohnformen messen und/oder beschreiben. Daher lassen sich für dieses Qualitätsmerkmal Anhaltspunkte für die Operationalisierung nur aus den Ergebnissen anderer Versorgungssettings ableiten. Scholl et al. (2014) verweisen auf unterschiedliche multidimensionale Modelle der Patientenzentrierung, die neben Schlüsseldimensionen wie etwa einer bio-psychozialen-Perspektive und geteilter Verantwortung auch Kommunikation und den Zugang zu Versorgungsleistungen umfassen können. Diese Heterogenität schlägt sich wiederum in vorliegenden Skalen zur Messung der Nutzerorientierung wieder, die eine hohe Bandbreite von Dimensionen bzw. Kriterien erfassen. Die in den 23 Studien verwendeten Kriterien und (sofern eingesetzt) etablierten Instrumente zur Erfassung der Nutzerorientierung erheben diese mehrheitlich aus der Perspektive der Leistungsempfängerinnen und -empfänger selbst. Ausnahmen stellen das „Measure of Processes of Care for service providers working with adult clients (MPOC-SP(A))“ Instrument (Bamm et al. 2015) sowie das „Individualized Care Inventory (ICI)“ dar (Elfstrand & Corlin 2017), welche den Grad der Nutzerorientierung aus Sicht der Leistungserbringer abbilden.

Für das Qualitätsmerkmal der Gewährleistung von Nutzerorientierung lassen sich keine Indikatoren aus der verwendeten Literatur für neue Wohnformen ableiten. Es besteht jedoch eine Reihe von Kriterien und Instrumenten zur Abbildung von Nutzerorientierung. Ein Großteil der Instrumente misst Teilaspekte der Nutzerorientierung (so zum Beispiel die Zufriedenheit mit Versorgungsleistungen). Für die Erfassung der Gewährleistung von Nutzerorientierung gilt es zunächst zu klären, ob diese auf Ebene der Leistungsempfänger und/oder der Leistungserbringer erfasst werden sollen. Vor dem Hintergrund der Vielfalt der Leistungserbringer und ihren entsprechend unterschiedlichen Möglichkeiten der Umsetzung der Nutzerorientierung, erscheint im Kontext neuer Wohnformen die Erfassung der Nutzerperspektive als sinnvoll. Die in den Studien verwendeten Instrumente können jedoch nur bedingt Anwendung finden, da für diese weitestgehend keine validierte deutschsprachige Fassung vorliegt. Das Münchener Instrument zur Patientenbefragung ist zwar ein Instrument, das in deutscher Sprache vorliegt, jedoch ist

es für den Krankenhauskontext entwickelt worden und die Verwendung im Kontext neuer Wohnformen daher besonders zu prüfen. Die Zusammenstellung eines Kriterienkatalogs auf Basis der in der Literatur identifizierten Quellen wäre für die Gewährleistung von Nutzerorientierung möglich.

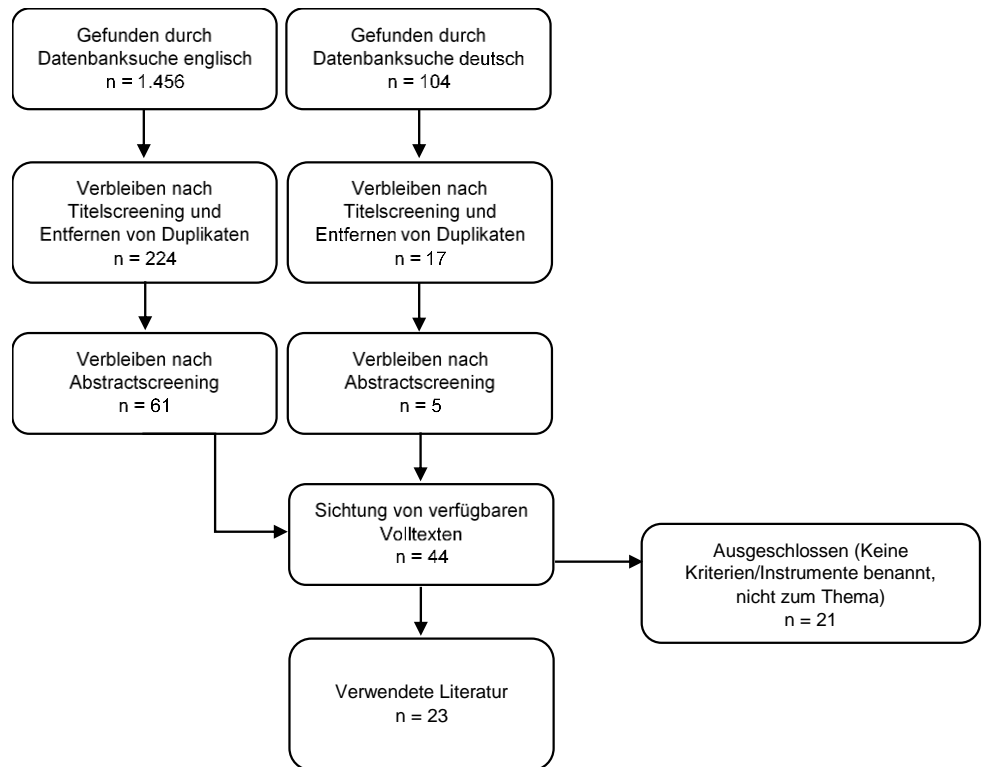


Abbildung 6: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Nutzerorientierung

6.2.4 Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Koordination“

Ergebnisse des Rapid Reviews zu möglichen Kriterien in der internationalen Literatur

Folgend werden Ergebnisse auf Grundlage der Sichtung von 2.257 Titeln, 211 Abstracts und 78 Volltexten dargestellt, von denen 28 Studien in die abschließende Darstellung einbezogen wurden (Abbildung 7).

Keine der identifizierten Studien beschreibt Qualitätskriterien oder -indikatoren für die Abbildung der Koordinationsleistung zwischen vielfältigen Akteuren im Setting neuer Wohnformen. Im Kontext der pflegerischen Versorgung fokussiert Koordination zumeist auf spezifische Aspekte der Therapie wie etwa die Einnahme von

Medikamenten oder die Koordination von palliativen Versorgungsleistungen (Marek et al. 2014, Addicott 2009). Ebenso steht die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften sowie die Versorgungskoordination verbessernde Interventionen (deren Wirksamkeit jedoch nicht an den koordinierenden Prozessen selbst, sondern an gesundheitlichen Outcomes überprüft wird) im Mittelpunkt der gesichteten Literatur (Morgan et al. 2015, Backhouse et al. 2017). Als Kernkompetenz und pflegerische Aufgabe wird die Koordination der Versorgung vielfach in Verbindung mit positiven Effekten für pflegebedürftige Menschen beschrieben (Rantz et al. 2014), jedoch selten eindeutig operationalisiert und gemessen (Mason et al. 2013). Je nach Setting und Zielgruppe ändert sich die Bedeutung der Koordination der Versorgung – eine allgemeingültige Definition liegt derzeit nicht vor. Zusammengefasst kann Koordination nach der U.S.-amerikanischen Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) als die absichtliche Organisation der Tätigkeiten zur Versorgung zwischen zwei oder mehr Akteuren (inklusive dem Leistungsempfänger), die an der Versorgung beteiligt sind um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten, bezeichnet werden. Die Organisation umfasst die Bereitstellung von Personal und anderen Ressourcen, die zur Versorgung erforderlich sind, und wird oftmals durch den Informationsaustausch zwischen den verantwortlichen Akteuren, die für verschiedene Versorgungsaspekte zuständig sind, gemanagt (McDonald et al. 2014).

Neben dem Konstrukt der relationalen Koordination (relational coordination) in der Beziehungsgestaltung zwischen den Akteuren, welches durch jeweils adaptierte Items des Relational Coordination Survey/Index nach Gittel (2000) in unterschiedlichen Settings der pflegerischen und ärztlichen Versorgung operationalisiert wird, drückt sich Koordination vor allem in Kommunikations- und Informationsprozessen sowohl im Erleben der Leistungserbringer als auch der Leistungsempfänger/Nutzer aus. Dabei sind regelmäßige Teambesprechungen sowie die Übernahme einer verantwortlich koordinierenden und informierenden Position durch eine Person wiederholt beschrieben.

Sowohl im Praxis-/Expertenworkshop als auch in der Literaturanalyse kristallisiert sich der Aspekt der Information und Kommunikation als relevant für das Merkmal der Koordination heraus. Auch die im Workshop vorgeschlagene Einführung von Koordinatoren findet sich in der Literatur wieder (Führung, Begleitung, Überleitungsmanagement, Case-Management). Die Messung von Kooperation durch bestehende Instrumente ist für Teilaspekte der Kommunikation möglich. Eine Gesamtschau der Abbildung aller Kooperation betreffende Aspekte ist mit den beschriebenen Instrumenten nicht

möglich. Aufgrund der fehlenden Übersetzung der vorliegenden Instrumente in die deutsche Sprache lassen sich diese nicht ohne weitere Adaption in neuen Wohnformen anwenden. Dennoch lassen sich aus der internationalen Literatur eine Vielzahl von Kriterien ableiten, aus denen ein Kriterienkatalog entwickelt werden kann.

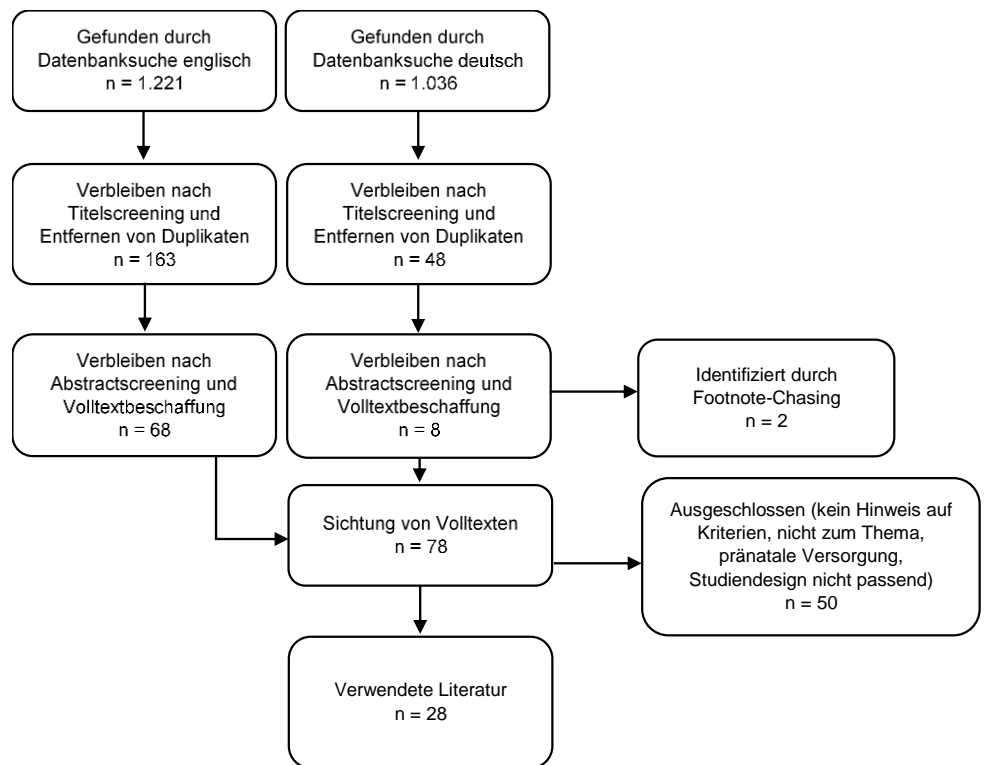


Abbildung 7: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Koordination

6.2.5 Qualitätskriterien für das Qualitätsmerkmal „Transparenz“

Ergebnisse des Rapid Reviews zu möglichen Kriterien in der internationalen Literatur

Die abgebildeten Ergebnisse beruhen auf der Sichtung von 2.363 Titeln, 228 Abstracts und 44 Volltexten, von denen sechs Studien in die abschließende Darstellung einbezogen wurden (Abbildung 8).

Auch für dieses Qualitätsmerkmal fanden sich in der Literatur keine direkten Ergebnisse aus einem Setting neuer Wohnformen, so dass für eine Operationalisierung vorrangig Studien aus der ambulanten und stationären Langzeitpflege berücksichtigt wurden. Unberücksichtigt bleibt eine Vielzahl von Publikationen, die besonders für Deutschland zwar auf die Relevanz transparenter Leistungsange-

bote verweist, jedoch über eine öffentliche Qualitätsberichterstattung hinaus keine Hinweise dazu liefert, wie Transparenz des Gesamtprozesses geschaffen und/oder gemessen werden kann. Obgleich sich der Begriff der Transparenz häufig in der Literatur findet, fand sich lediglich in einer Studie eine knappe Definition, die Transparenz als die Offenlegung von Stärken und Schwächen beschreibt, die sich im Erleben der Pflegeempfängerinnen und -empfänger und deren Angehörigen ausdrückt (Nübling et al. 2004).

Die herangezogene Literatur ermöglicht keine Formulierung von Indikatoren zum Qualitätsbereich. Die Verwendung von Subskalen einzelner Instrumente, die nicht ins Deutschsprachige übersetzt sind, geben Hinweise zu Kriterien, die verwendet werden können, um die Transparenz des Gesamtprozesses abzubilden. In den Workshops wurden weiterhin transparente Grundinformationen zu Leistungen und zu den Wohnformen als relevante Aspekte benannt. Auch diese Aspekte finden sich in den herausgearbeiteten Kriterien wieder. Im Hinblick auf die Ergebnisse des Workshops und der vorliegenden Literatur sollten vorrangig Kriterien berücksichtigt werden, die Kommunikation und Information in den Fokus nehmen um neue Wohnformen und darin erbrachte Leistungen transparent zu machen.

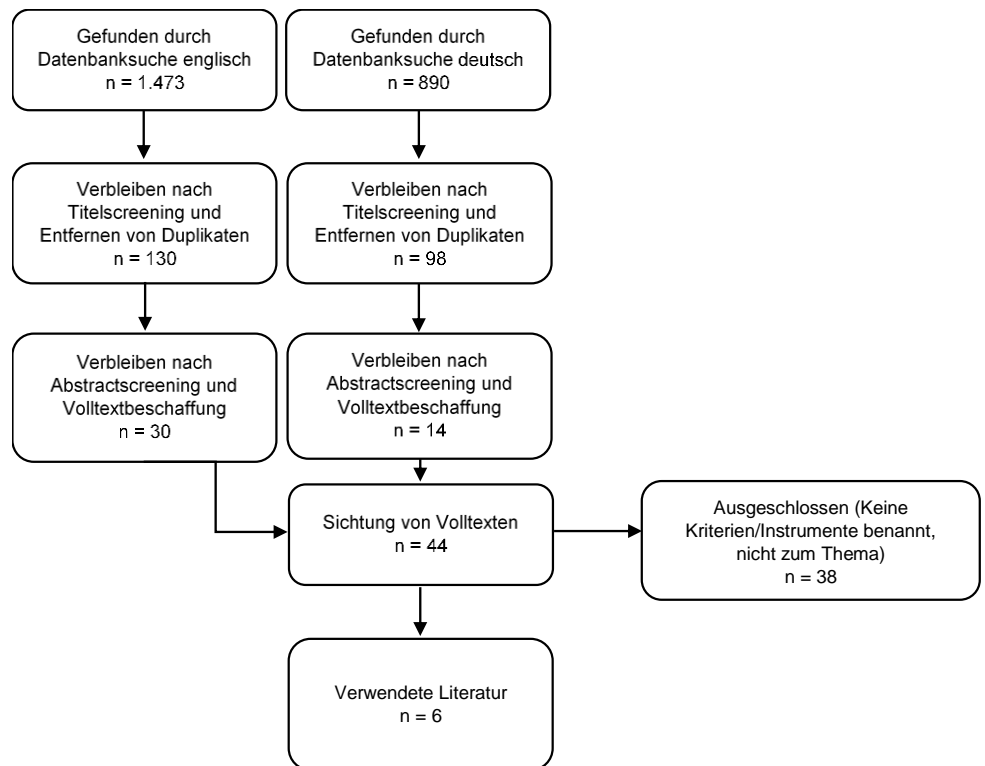


Abbildung 8: Flussdiagramm Rapid Review Operationalisierung Transparenz

6.2.6 Kriterien-/Indikatoren-Sammlung

Mittels dieses mehrstufigen Verfahrens wurde eine Vielzahl von Kriterien und insgesamt 93 Indikatoren ermittelt. Diese **Kriterien-/Indikatoren-Sammlung** gibt Anregungen dazu, was bei der Umsetzung der Qualitätsmerkmale konkret zu berücksichtigen ist (Tabelle 19). Das *Qualitätsmerkmal Selbstbestimmung/Selbstverantwortung* umfasst 25 Indikatoren, die die Qualitätskriterien Selbstbestimmung bei den Leistungen, Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung, Selbstbestimmung beim Wohnen, Förderung der Selbstbestimmung, Unterstützung der Nutzerinnen und Nutzer zur Bildung autonomer Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung und Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen umfassen. Das *Qualitätsmerkmal Nutzerorientierung* fokussiert mit 16 Indikatoren die Qualitätskriterien Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen, Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen, Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen sowie Beschwerdemanagement. Das *Qualitätsmerkmal Versorgungskontinuität* beinhaltet mit 23 Indikatoren die Qualitätskriterien Rund-um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit, Patientensicherheit/Krisensicherung, Personelle Kontinuität und Abstimmung von Leistungen ab. Das *Qualitätsmerkmal Koordination* beinhaltet 16 Indikatoren, die die Qualitätskriterien Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess klären, Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern, Verlässliche Regelungen zur Kooperation schaffen und Konfliktmanagement betrachten. Abschließend wird das *Qualitätsmerkmal Transparenz* mittels 13 Indikatoren in den Qualitätskriterien Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform, Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform und Dokumentation ausgedrückt.

Die ausführliche Darstellung der einzelnen Indikatoren befindet sich in Tabelle 21 in Kapitel 6.5.1 sowie Anhang 13.

Tabelle 19: Übersicht über Qualitätsmerkmale und Qualitätskriterien/-indikatoren

Qualitätsmerkmal	Qualitätskriterien	Anzahl der Indikatoren
Selbstbestimmung/ Selbstverantwortung	Selbstbestimmung bei den Leistungen	25
	Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung	
	Selbstbestimmung beim Wohnen	
	Förderung der Selbstbestimmung	
	Unterstützung der NutzerInnen zur Bildung autonomer Entscheidungen/ Übernahme von Verantwortung	
Nutzerorientierung	Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen	16
	Erfassung der Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/ Ressourcen	
	Berücksichtigung der Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/ Ressourcen bei der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen	
	Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen	
Versorgungskontinuität	Beschwerdemanagement	23
	Rund-um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit	
	Patientensicherheit/Krisensicherung	
Koordination	Personelle Kontinuität	16
	Abstimmung von Leistungen	
	Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess klären	
	Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern	
Transparenz	Verlässliche Regelungen zur Kooperation schaffen	13
	Konfliktmanagement	
	Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	
	Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform	
	Dokumentation	

Es ist explizit darauf hinzuweisen, dass diese Kriterien/Indikatoren-Sammlung **nur ein erster Einstieg in die inhaltliche Konkretisierung** der Qualitätsmerkmale sind. Die Sammlung basiert auf allgemeinen und weniger auf speziellen – gar evidenzbasiert nachgewiesenen – Erfahrungen neuer Wohnformen. Da solche Erfahrungen bisher nicht konkret aufgearbeitet wurden und es kaum evidenzbasierte Ergebnisse gibt, bedarf es in Zukunft explizit einer Validierung, wie die Qualitätsmerkmale vor dem Hintergrund speziell der Erfahrungen neuer ambulanter Wohnformen zu operationalisieren sind. Die exemplarische Felderprobung (Kapitel 6.5.3) reicht hierfür nicht aus. Diese konkretisierten Vorschläge zur Umsetzung der Qualitätsmerkmale können daher lediglich ein **erster Orientierungsrahmen** sein.

6.3 Bestimmung der Anwendungsfelder

In diesem Kapitel werden die Anwendungsfelder für die konkretisierten Qualitätsanforderungen für das Konzept genauer beschrieben. Dafür wurden Empfehlungen erarbeitet, wo also in welchen Wohnformen die Qualitätsanforderungen schwerpunktmäßig berücksichtigt werden sollten.

6.3.1 Qualitätsanforderungen in unterschiedlichen Wohnformtypen

Da die Qualitätsmerkmale die Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen sichern sollen, sind die operationalisierten Kriterien/Indikatoren als **Anforderungen an alle** neuen ambulanten Wohnformen zu stellen. Gleichwohl lassen sich Empfehlungen für Qualitätsanforderungen abgeben, auf die einzelne Wohnformen einen besonderen Fokus legen sollten, da sich in der Praxis (siehe hierzu die Ergebnisse der Online-Befragung und der Experten- und Praxisworkshops bei den jeweiligen Qualitätsmerkmalen) hier besondere Umsetzungs Herausforderungen stellen.

Dafür wurde einerseits eine **schwerpunktmäßige Zuordnung** der Kriterien/Indikatoren nach den konzeptionell zu unterscheidenden Wohnformtypen vorgenommen. Wohnangeboten des Wohnformtyps 1 (selbstständiges Wohnen in Gemeinschaft) und des Wohnformtyps 2 (Wohnen mit Betreuung) wird empfohlen, die Kriterien und Indikatoren für das Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“ in besonderer Weise in den Blick zu nehmen. Für den Wohnformtyp 3 (Wohnen mit Pflege) sind die Kriterien/Indikatoren der Qualitätsmerkmale „Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Nutzerorientierung, Koordination sowie Transparenz“ relevant. Für den Wohnformtyp 4 (Integriertes Wohnen) sind insbesondere die Kriterien und Indikatoren der Qualitätsmerkmale „Koordination und Transparenz“ zu beachten. Tabelle 20 gibt einen Überblick, welche Qualitätsmerkmale schwerpunktmäßig in den Wohnformen Anwendung finden sollten. In Anhang 14 befindet sich eine Übersicht über die Kriterien/Indikatoren, die schwerpunktmäßig von welchem Wohnformtyp in den Blick genommen werden sollten.

Tabelle 20: Anwendung der Qualitätsmerkmale in verschiedenen Wohnformtypen

Qualitätsmerkmale	Wohnformtypen			
	Wohnformtyp 1 Wohnen in Gemeinschaft	Wohnformtyp 2 Wohnen mit Betreuung	Wohnformtyp 3 Wohnen mit Pflege	Wohnformtyp 4 Integriertes Wohnen
Versorgungskontinuität	Eine besondere Herausforderung bei diesem Wohnformtyp ist die Gewährleistung einer	Eine besondere Herausforderung bei diesem Wohnformtyp ist die Gewährleistung einer		

Wohnformtypen				
Qualitätsmerkmale	Wohnformtyp 1 Wohnen in Gemeinschaft	Wohnformtyp 2 Wohnen mit Betreuung	Wohnformtyp 3 Wohnen mit Pflege	Wohnformtyp 4 Integriertes Wohnen
	kontinuierlichen Versorgung, es sollte daher hier insbesondere eine Konzeption, wie Wohn- und Versorgungskontinuität bei wachsendem Pflegebedarf der Bewohnerschaft gesichert werden kann, erarbeitet werden und Transparenz über die Grenzen der Versorgungskontinuität geschaffen werden.	kontinuierlichen Versorgung, es sollte daher hier insbesondere eine Konzeption, wie die Wohn- und Versorgungskontinuität bei wachsendem Pflegebedarf der Bewohnerschaft gesichert werden kann, erarbeitet werden und Transparenz über die Grenzen der Versorgung geschaffen werden.		
			In diesem Wohnformtyp können vor allem Träger einen größeren Teil der Organisation und Verantwortung übernehmen, die Stärkung der Selbstverantwortung der Bewohnerschaft sollte daher ein besonderer Schwerpunkt sein.	
			In diesen Wohnformtyp können vor allem Träger einen größeren Teil der Organisation und Verantwortung übernehmen, die Wahrung der Nutzerbedürfnisse sollte ein besonderer Schwerpunkt bei diesen Wohnformen sein.	
			In diesem Wohnformtyp sind in der Regel viele Akteure mit der Umsetzung und Sicherung der Leistungen beteiligt (Professionelle aber auch Ehrenamtliche oder Angehörige), die Zusammenarbeit dieser unterschiedlichen Akteure und die Koordination der	In diesem Wohnformtyp sind in der Regel viele Akteure mit der Umsetzung und Sicherung der Leistungen beteiligt (Professionelle aber auch Ehrenamtliche oder Angehörige), die Zusammenarbeit dieser unterschiedlichen Akteure und die Koordination der

Wohnformtypen				
Qualitätsmerkmale	Wohnformtyp 1 Wohnen in Gemeinschaft	Wohnformtyp 2 Wohnen mit Betreuung	Wohnformtyp 3 Wohnen mit Pflege	Wohnformtyp 4 Integriertes Wohnen
Transparenz			vielfältigen Leistungen sollte klar geregelt sein. Weil so viele Akteure in diesem Wohnformtyp an der Umsetzung beteiligt sind, ist die Sicherung der Transparenz über die Gesamtprozesse in besonderer Weise in den Blick zu nehmen.	vielfältigen Leistungen sollte klar geregelt sein. Weil so viele Akteure in diesem Wohnformtyp an der Umsetzung beteiligt sind, ist die Sicherung der Transparenz über die Gesamtprozesse in besonderer Weise in den Blick zu nehmen.

6.3.2 Qualitätsanforderungen in unterschiedlichen Wohnformträgerschaften

Weiterhin wurde eine schwerpunktmäßige Zuordnung der Kriterien/Indikatoren nach **Wohnformträgerschaft** – also eher selbstverantworteten und eher trägerverantworteten Wohnformen – vorgenommen. Für weitgehend „selbstverantwortete Wohnformen“ wird empfohlen, die Kriterien/Indikatoren des Qualitätsmerkmals „Versorgungskontinuität“ aber auch „Koordination“ und „Transparenz“ verstärkt zu beachten, da sich aufgrund der fehlenden Gesamtverantwortung in der Praxis hier besondere Herausforderungen stellen. Demgegenüber können bei eher „trägerverantworteten Wohnformen“ die Kriterien/Indikatoren der Qualitätsmerkmale „Nutzerorientierung und Selbstbestimmung“ als besonders relevant eingestuft werden. Praxiserfahrungen (siehe u. a. die Ergebnisse der Experten-/Praxisworkshops) zeigen, dass die Wahrung der Einflussmöglichkeiten der Bewohnerschaft in solchen Wohnformen eine besondere Herausforderung ist.

Gleichwohl können in beiden Wohnformen auch die Umsetzung der anderen Qualitätsmerkmale gefährdet sein, daher wird empfohlen, alle Qualitätsmerkmale bei allen neuen ambulanten Wohnformen zu berücksichtigen. Auch hier ist explizit darauf hinzuweisen, dass diese Schwerpunktsetzungen nur Empfehlungen sind, die sich je nach konkretem Wohnangebot auch noch anders stellen können, wenn unterschiedliche Bausteine kombiniert werden. Letztlich muss die **Schwerpunktsetzung individuell für jedes Wohnprojekt** getroffen werden.

6.4 Konkretisierung der Qualitätssicherungsverfahren

Nach der Klärung der Zielausrichtung des Konzeptes (Kapitel 6.1), und der Konkretisierung der Inhalte (Kapitel 6.2), die bei der Qualitätssicherung zu berücksichtigen sind, sowie der Bestimmung schwerpunktmäßig relevanter Qualitätsanforderungen für unterschiedliche Wohnformen (Kapitel 6.3) geht es im Folgenden um die Konkretisierung der Qualitätssicherungsverfahren. Im Fokus dieses Kapitels steht die Frage, wie die Umsetzung der Qualitätsanforderungen gesichert werden kann. Dafür wird zunächst ein Überblick über die in neuen Wohnformen angewendeten Qualitätssicherungsverfahren gegeben (Kapitel 6.4.1). Anschließend werden Erfahrungen aus der Online-Befragung und den Experten-/Praxisworkshops dazu dargelegt, wie die Verfahren zur Qualitätssicherung für neue Wohnformen gestaltet sein sollten (Kapitel 6.4.2).

6.4.1 Überblick über Qualitätssicherungsverfahren

Bei den Verfahren zur Qualitätssicherung ist zwischen interner und externer Qualitätssicherung zu unterscheiden: Die **interne Qualitätssicherung** bezieht sich auf alle Leistungen, die in einer Wohnform erbracht werden, die von den unterschiedlichen Akteuren in der neuen Wohnform gemeinsam oder schwerpunktmäßig verantwortet werden (internes Qualitätsmanagement, freiwillige Qualitätsberichterstattung). Die **externe Qualitätssicherung** hat unterschiedliche Formen. Diese kann durch Kontrolle von außen sei es im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen (MDK-Prüfungen, verpflichtende Qualitätsberichterstattung) oder durch freiwillige Prüfungen (z. B. Qualitätssiegel) oder über Beratungsleistungen erfolgen.

▪ Interne Qualitätssicherungsverfahren

Von Verfahren der internen Qualitätssicherung wird gesprochen, wenn die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch die relevanten Akteure (z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch Auftraggebergemeinschaften oder Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre Vertreterinnen und Vertreter) des jeweiligen Angebots – also von „innen“ heraus – gesichert wird. Die Festlegung, Durchführung und Überprüfung von Verfahren und Verfahrensstandards zur Qualitätssicherung erfolgt dementsprechend durch die Akteure selbst. Relevante Arbeitsbereiche können in Abhängigkeit vom jeweiligen Wohnformtyp neben der Pflege auch die Betreuung, die Verpflegung, die Hauswirtschaft, die Wäscherei und die Haustechnik sein. Im Folgenden werden Verfahren der internen Qualitätssicherung vorgestellt, die für neue Wohnformen von Relevanz sind.

Die Darstellung basiert schwerpunktmäßig auf Wolf-Ostermann & Gräske (2013) und BMFSFJ (2004).

Einrichtung von Qualitätszirkeln: Bei einem Qualitätszirkel handelt es sich um eine Arbeitsgruppe, im Rahmen derer sich mehrere Akteure auf freiwilliger Basis in regelmäßigen Abständen treffen, um Probleme zu analysieren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten sowie deren Umsetzung zu initiieren und nachzuhalten. Mit der Umsetzung von Qualitätszirkeln können Arbeitsabläufe und Prozesse in den neuen Wohnformen verbessert und die Problemlösefähigkeit der Akteure gestärkt werden.

Einsetzung von Qualitätsbeauftragten: Ein weiteres internes Verfahren zur Qualitätssicherung stellt der Einsatz von Qualitätsbeauftragten dar. Zu diesen können einzelne Akteure weitergebildet werden. Aufgabe der Qualitätsbeauftragten ist die Selbstbewertung im Rahmen einer regelmäßigen Prüfung der Arbeitsabläufe und/oder Prozesse und Strukturen in den neuen Wohnformen. Insbesondere für professionelle Leistungserbringer in neuen Wohnformen tragen neben der Weiterbildung von Mitarbeitenden zu Qualitätsbeauftragten im Allgemeinen Fort- und Weiterbildungen des Leitungs- und Pflegepersonals zur Qualitätssicherung bei.

(Weiter-)Entwicklung von (Verfahrens-)Standards: Auch die eigenständige (Weiter-)Entwicklung von (Verfahrens-)Standards für die Pflege und Versorgung kann zur internen Qualitätssicherung genutzt werden.

Durchführung von Fallbesprechungen: Bei Fallbesprechungen handelt es sich um regelmäßig stattfindende Teambesprechungen professioneller Leistungserbringer, an welchen vorrangig das Leitungs- und Pflegepersonal teilnehmen. Daneben können auch weitere für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner relevante Akteure wie Therapeuten oder Ärzte sowie Angehörige oder gesetzliche Betreuer in die Besprechungen einbezogen werden. Im Rahmen der Besprechungen werden das Befinden und die pflegerische Versorgung der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner im Team besprochen. Bei Bedarf werden Maßnahmen zu deren Verbesserung abgeleitet.

Durchführung von Pflegevisiten: Im Rahmen von Pflegevisiten besuchen Pflegefachkräfte die Bewohnerinnen und Bewohner und nehmen eine strukturierte und umfängliche Überprüfung und Bewertung von deren Befinden und pflegerischen Versorgungssituation vor. Bei Bedarf werden Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation abgeleitet. Mit der Durchführung von Pflegevisiten können die Kundenzufriedenheit ermittelt, der Pflegeprozess gesteuert und die Personalentwicklung gefördert werden.

Durchführung interner Audits: Bei internen Audits handelt es sich um die eigenständige systematische, unabhängige und dokumentierte Überprüfung und Bewertung von Systemen, Verfahren bzw. Prozessen, Compliance und Risikoprozessen. Mögliche Formen sind die Dokumentenauswertungen, Befragungen oder teilnehmende Beobachtung. Ziel der Durchführung interner Audits ist die Ermittlung der Wirksamkeit und des Verwirklichungsgrades des Qualitätsmanagementsystems.

Beschwerdemanagement: Ein weiteres zur internen Qualitätssicherung geeignetes Verfahren ist die Umsetzung eines effektiven Beschwerdemanagements. Dies umfasst die Anregung der Bewohnerinnen und Bewohner, Beschwerden vorzubringen, die systematische Erfassung und Bearbeitung der Beschwerden sowie die regelmäßige Auswertung der Art der Beschwerden und des Umgangs mit ihnen. Neben der Implementierung eines Beschwerdemanagements können auch Bewohnerbefragungen als Verfahren der internen Qualitätssicherung angewendet werden.

- **Externe Qualitätssicherungsverfahren**

Externe Qualitätssicherungsverfahren basieren auf der Grundlage verschiedener rechtlicher Regelungen, die eine Qualitätssicherung verbindlich regeln.

Qualitätssicherung nach dem Sozialleistungsrecht und ihre Relevanz für neue Wohnformen (SGB XI, SGB V, SGB XII)

Im SGB V, SGB XI und SGB XII finden sich keine expliziten Regelungen, die auf eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen abzielen. Die durch die Sozialgesetzbücher für die Qualitätssicherung relevanten Aspekte kommen in neuen Wohnformen jeweils dann zum Tragen, wenn durch einen Anbieter Leistungen im Bereich des SGB V, SGB XI oder SGB XII erbracht werden. Der Wohnformtyp selbst ist in diesem Zusammenhang weniger von Bedeutung. Um die Relevanz des Sozialleistungsrechts im Kontext der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen eingehender zu untersuchen, ist zunächst zu erheben, von welcher Art und Umfang die von den Bewohnerinnen und Bewohnern in Anspruch genommenen Leistungen sind und durch welche Anbieter sie erbracht werden. Der Organisationsgrad der Wohnform entscheidet weiter über Verantwortung und Zuständigkeiten. Die Verantwortung für die Qualität der erbrachten Leistungen in Pflege und Betreuung einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität wird in § 112 SGB XI den Trägern der Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI zugesprochen. Dies ist für trägerverantwortete Wohnformen, die neben Wohnraum auch Pflege- und Betreuungsleistungen aus einer Hand anbieten, relevant. Erbringen Pflegedienste Leistungen in

selbstverantworteten Wohnformen, so ist nicht die Wohnform selbst, sondern der jeweilige Pflegedienst Gegenstand der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI.

Qualitätssicherung nach dem Ordnungsrecht und ihre Relevanz für neue Wohnformen (Heimrechtliche Regelungen, Bauordnungsrecht, Brandschutz, Gesundheits-/Hygieneschutz)

Die bisherigen Erfahrungen in der Studie zur „Ambulantisierung stationärer Einrichtungen im Pflegebereich und innovative ambulante Wohnformen“ der Universität Bremen zeigen, dass insbesondere auch problematische oder wenig geregelte Rahmenbedingungen auf Landesebene (bspw. im Bereich Gesundheits- und Hygieneschutz) erst im Dialog mit den zuständigen Behörden aufzudecken sind.

Die unterschiedlichen, derzeit in den Ländergesetzen verankerten Regelungen, die für neue Wohnformtypen greifen und Aussagen zu Qualitätsaspekten treffen, verdeutlichen den höheren Regelungsgrad für trägerverantwortete Wohnformen sowie die in den meisten Bundesländern nicht vorhandenen Regelungen für selbstverantwortete Wohnformen. Aspekte der Qualitätssicherung betreffen Regelungen in den Bereichen Meldepflicht, Prüfungen, Personalvorgaben, Mitwirkung und Selbstbestimmung, Qualität des Wohnens und räumliche Anforderungen, Qualität der Leistungserbringung, Transparenz und Teilhabe, Hygiene sowie weitere Anforderungen. Im Folgenden werden die einzelnen Aspekte für die verschiedenen Wohnformtypen zusammengefasst.

Selbstständige/selbstverantwortete Wohnformen des Typs 1 (Ambulante gemeinschaftliche Wohnformen) unterliegen in Baden-Württemberg, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen einer Melde- bzw. Anzeigepflicht – die in Baden-Württemberg auch die Darlegung eines Konzeptes zur Selbstbestimmung beinhaltet (§ 14 WTPG) – und der entweder direkt durch die Initiatoren der Wohngemeinschaft oder durch die Leistungserbringer, die Bewohnerinnen und Bewohner versorgen, nachgekommen werden kann. Eine Prüfung darüber, ob Vereinbarungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern und den Leistungsanbietern im Sinne des Gesetzes sind, erfolgt in Bremen durch die Vorlage von Vertragsausfertigungen (§ 21 BremWoBeG). In Nordrhein-Westfalen wird in regelmäßigen Intervallen unter Berücksichtigung der Selbsteinschätzung der Nutzerinnen und Nutzer die Feststellung der Einordnung als selbstverantwortete Wohngemeinschaft geprüft (§ 30 WTG). Die von Pflegediensten erbrachten Leistungen in der Wohngemeinschaft sind weiterer Gegenstand der behördlichen Prüfung. Die Mitwirkung soll in selbstorganisierten Wohnformen in Sachsen-Anhalt

durch ein Gremium zur gemeinsamen Regelung aller die Wohngemeinschaft betreffenden Angelegenheiten, in dem Wohnraumbieter sowie Pflege- und Betreuungsdienste kein Stimmrecht haben, gefördert werden (§ 5 WTG LSA).

Innerhalb des *Typs 2 (Ambulante betreute Wohnformen)* finden sich ordnungsrechtliche Regelungen für Wohnformen mit betreuten Wohngruppen für Menschen mit Behinderung sowie für nicht selbstorganisiertes betreutes Einzelwohnen für volljährige Pflegebedürftige. Angebote des betreuten Wohnens oder des Servicewohnens liegen mehrheitlich nicht im Anwendungsbereich der Gesetzestexte.

Für die in der Regel melde- bzw. anzeigepflichtigen Wohnformen des *Typs 3 (Ambulante Pflegewohnformen)* in anbieter- oder teil selbstständiger Verantwortung, die mehrheitlich als ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf zu begreifen sind, finden sich wenig konkrete Anforderungen an Menge und Qualifikation des in diesen Wohnformen tätigen Personals. In Baden-Württemberg ist nach § 13 WTPG in teilweise selbstverantworteten ambulant betreuten Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf die durchgehende Anwesenheit einer Präsenzkraft und bei mehr als acht Bewohnerinnen und Bewohnern eine zusätzliche Präsenzkraft über 12 Stunden erforderlich. Für die Qualität der Leistungserbringung selbst wird in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen die Erbringung von Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten aktuellen Stand der fachlichen Erkenntnisse gefordert. Prüfungen durch die zuständigen Behörden umfassen angemeldete und unangemeldete regelhafte und/oder anlassbezogene Begutachtungen sowie in einigen Bundesländern eine Feststellungsprüfung. Die Einrichtung eines Bewohnergremiums bzw. die Bestellung einer Interessenvertretung/ eines Fürsprechers zur Sicherung der Mitwirkung und Selbstbestimmung ist mehrheitlich in allen Gesetzestexten verankert. Die wenigen Aussagen zu der Qualität des Wohnens fordern neben Angaben zu Quadratmeterzahl und Ausstattung der Wohnräume insbesondere die Integration der Wohngemeinschaften in den Sozialraum/ die Einbindung in Stadtteile und Gemeinden sowie die Teilhabe in der örtlichen Gemeinschaft (so in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz). Aspekte der Teilhabe/ Transparenz, die außerhalb der behördlichen Informations- und Beratungspflichten liegen, beziehen sich auf die Beteiligung der Bewohnerinnen und Bewohner an den sie betreffenden Pflege-, Hilfe- und Förderplanungen (§ 8 WTG LSA für Sachsen-Anhalt). Regelungen für melde-/anzeigepflichtige Gasteinrichtungen finden sich in

Hamburg und Nordrhein-Westfalen. Einrichtungen dieser Art können in Hamburg anlassbezogene Prüfungen erfahren, Vorgaben zur personellen Ausstattung und zur Qualität der Leistungserbringung sind einzuhalten, eine zielgruppengerechte bauliche und sonstige Ausstattung ist vorzuhalten und ein Beschwerdemanagement muss betrieben werden (§ 18 HmbWBG).

Leistungserbringungsrecht und seine Relevanz für neue Wohnformen (Versorgungs-Vertragsrecht, Qualitätsprüfungs-Richtlinie Teil 1 ambulante Pflege vom 1.1.2017)

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) im Jahr 2008 gehören die Qualitätssteigerung und die Erhöhung der Transparenz zu den zentralen Zielen in der Pflegeversicherung. In diesem Zusammenhang wurden neben anlassbezogenen Prüfungen regelhafte Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt. Die Instrumente der Qualitätssicherung und der Qualitätsberichterstattung einschließlich der Pflegenoten werden derzeit überarbeitet. Auf der Grundlage dieser Überarbeitung sowie einer angepassten Qualitätsprüfungsrichtlinie soll für den ambulanten Bereich bis Ende 2018 eine neue Qualitätsdarstellungsvereinbarung geschlossen werden. Die Prüfung von Einrichtungen erfolgt auf Grundlage von Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR), die zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Sozialhilfeträgern und den Bundesverbänden der Pflegeeinrichtungen geschlossen wurden und die eine verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in den ambulanten Pflegediensten nach einheitlichen Kriterien darstellen (Qualitätsprüfungs-Richtlinie Teil 1 ambulante Pflege vom 1.1.2017)²⁹. Prüfungen können dabei als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung stattfinden und basieren auf Auswertung der Dokumentation, Beobachtungen während der Prüfung, Befragung der Pflegebedürftigen, Befragung der Angehörigen sowie Auskünften durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Dienste. Die Regelprüfungen fokussieren sich dabei auf die Qualität der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. Daneben werden Organisations- und Personalstrukturen der Dienste in den Blick genommen sowie Abrechnungsprüfungen durchgeführt. Für die hier geforderte Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI bildet

²⁹ Vgl. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/2017-05-15_QPR_PTVA_Teil_1.pdf [15.10.2017].

die Qualitätsprüfungs-Richtlinie daher i. W. den Rahmen komplementärer rein pflegerischer Qualitätskriterien, die in dem neu zu entwickelnden Konzept keine weitergehende Berücksichtigung finden müssen, da sie bereits ausreichend abgedeckt sind.

6.4.2 Qualitätssicherungsverfahren in der Praxis – Erfahrungen und Empfehlungen zu Gestaltungsanforderungen

Ergebnisse der Online-Befragung

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden sowohl zu ihren freiwilligen **Instrumenten** der Qualitätssicherung (Abbildung 9) sowie zu den **Institutionen**, die eine externe Qualitätsprüfung in ihrem Wohnangebot vornehmen (Abbildung 10) befragt. Die Befragten konnten sowohl Mehrfachangaben als auch keine Angaben machen. Die Summe der prozentualen Werte über die einzelnen Wohnformtypen kann deshalb sowohl kleiner als auch größer als 100 Prozent ausfallen.

Im Rahmen der Abfrage der freiwilligen Instrumente der Qualitätssicherung fällt bei der Auswertung nach Wohnformtypen auf, dass die Gruppe der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) die meisten freiwilligen Instrumente der Qualitätssicherung anwendet, gefolgt von den ambulant betreuten Wohnformen (Typ 2). Dieses Ergebnis erklärt sich daraus, dass die ambulanten Pflegewohnformen mit Abstand die meisten Bewohnerinnen und Bewohner mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit haben (Abbildung 22). So führen über 85 % der ambulanten Pflegewohnformen Fallbesprechungen bzw. Pflegevisiten (75 %) durch (Abbildung 9). Über 60 % der ambulanten Pflegewohnformen führen Verfahrensstandards (zum Beispiel im Qualitätsmanagement-Handbuch festgelegte Verfahrensabläufe) durch oder setzen Qualitätsbeauftragte ein. Weiterhin auffällig ist, dass die externe Moderation bei Konflikten im Vergleich der Wohnformtypen von etwa 40 % der selbstständig organisierten Wohnformen (Typ 1) gewählt wird.

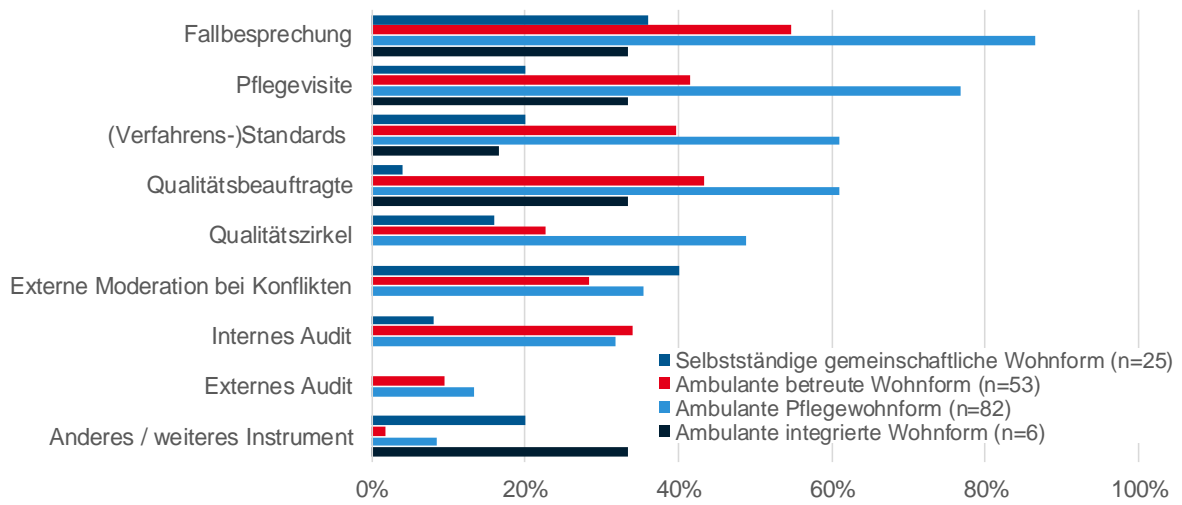
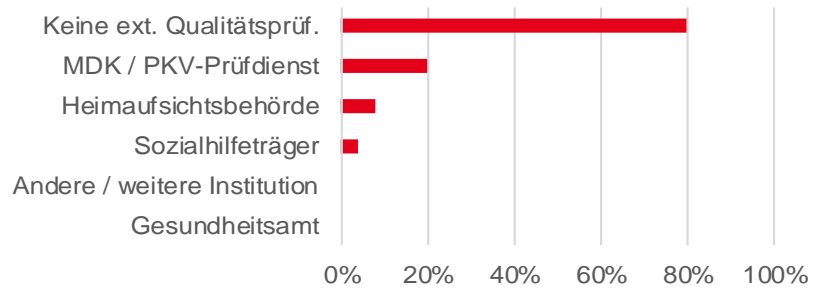


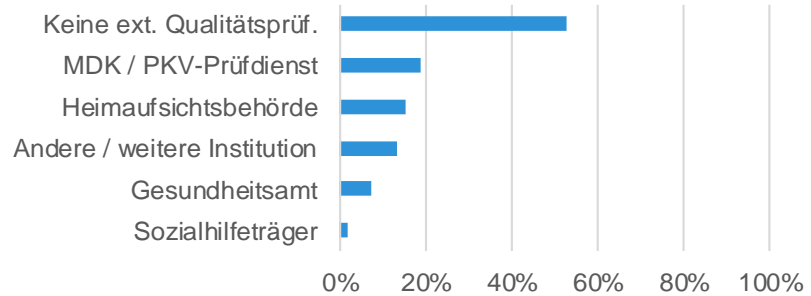
Abbildung 9: Freiwillige Instrumente der Qualitätssicherung, Online-Befragung

In der überwiegenden Mehrheit der befragten selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1), der Mehrheit der befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie der Mehrheit der ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) sind keine externen Qualitätsprüfungen vorgesehen. Demgegenüber erfolgen in über zwei Dritteln der befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) externe Qualitätsprüfungen durch den MDK/PKV-Prüfdienst (Abbildung 10).

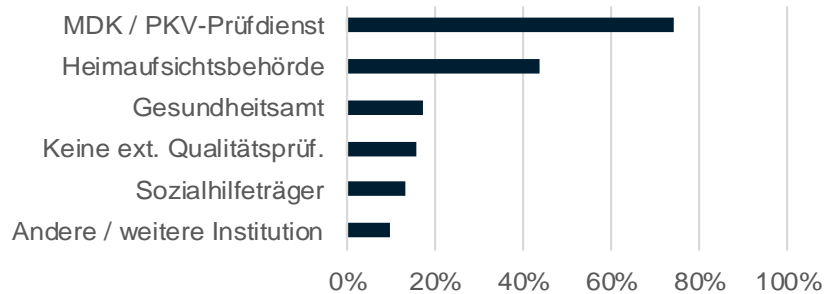
Grundgesamtheit: **Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen**
(n=25)



Grundgesamtheit: **Ambulante betreute Wohnformen** (n=53)



Grundgesamtheit: **Ambulante Pflegewohnformen** (n=82)



Grundgesamtheit: **Ambulante integrierte Wohnformen** (n=6)

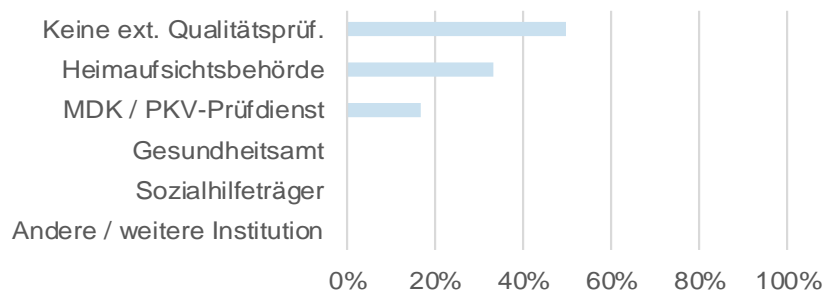


Abbildung 10: Institutionen der externen Qualitätsprüfung, Online-Befragung

Im Rahmen der Befragung wurden die teilnehmenden Wohnangebote nach ihrer **Einschätzung zu den passenden Verfahren** zur Sicherung der verschiedenen Qualitätsmerkmale befragt. Auch bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen.

Dabei ist auffällig, dass 18 % der Teilnehmenden hierzu keine Angabe tätigten. Unter den restlichen Projekten mit Angaben zur Sicherung der Qualität dominiert über alle fünf Qualitätsmerkmale die Sicherung der Qualität über Beratungsleistungen. Am häufigsten wurde die Beratung bei den ambulant betreuten Wohnformen (Typ 2) genannt (Abbildung 11 bis Abbildung 15).

In Bezug auf die einzelnen Qualitätsmerkmale sind etwa 64 % der Befragten der ambulant betreuten Wohnformen (Typ 2) der Ansicht, dass das Qualitätsmerkmal Koordination über Beratungsleistungen gesichert werden sollte. Anschließend folgen die freiwillige Qualitätsberichterstattung, die verpflichtende Qualitätsberichterstattung sowie die rechtlich geregelten Qualitätsprüfungen in deren Bedeutung. Für das Qualitätsmerkmal Versorgungskontinuität wurde von etwa 20 % der Projekte der Wohnformtypen 2 und 3 angegeben, dass verpflichtende Qualitätsberichterstattung und etwa 20 % vom Typ 3 über rechtlich geregelte Qualitätsprüfungen zu sichern sei. Ebenso geben etwa 20 % der Projekte vom Typ 3 an, das Merkmal Transparenz der Prozesse über die verpflichtende Qualitätsberichterstattung bzw. rechtlich geregelte Qualitätsprüfungen zu sichern.

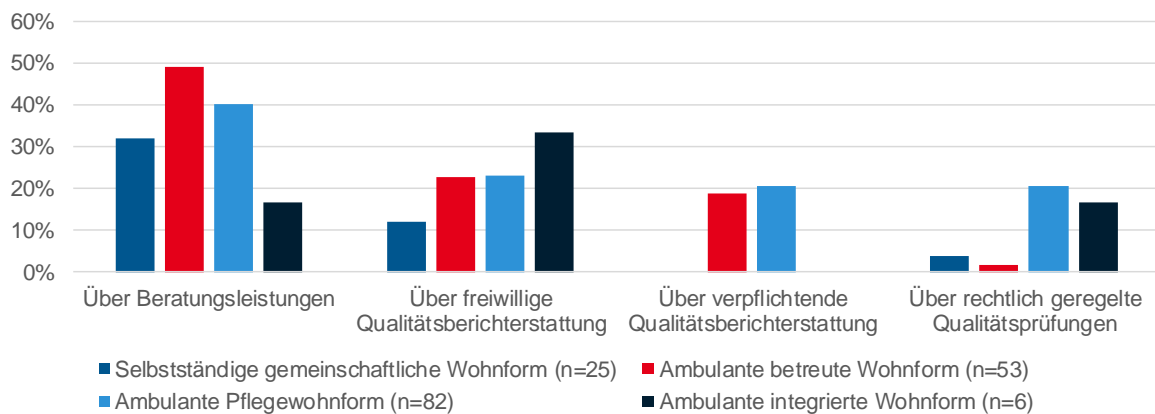


Abbildung 11: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Versorgungskontinuität, Online-Befragung

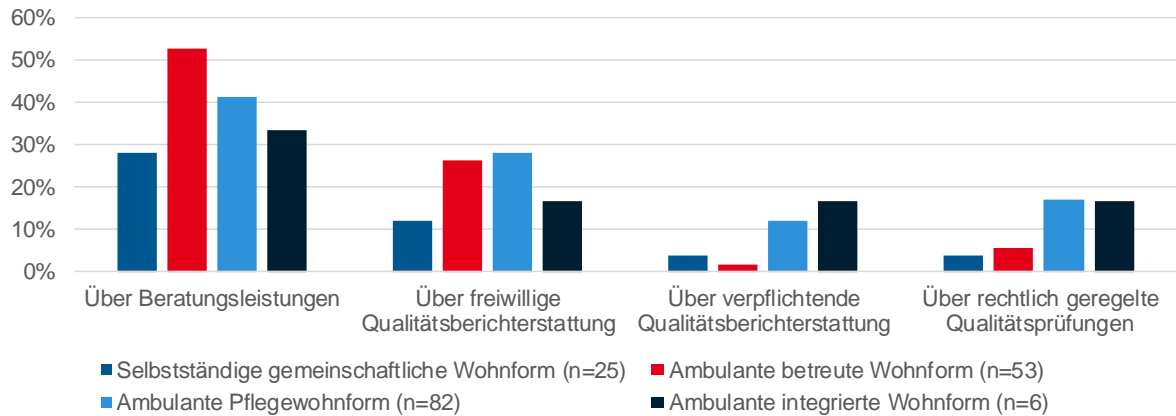


Abbildung 12: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Online-Befragung

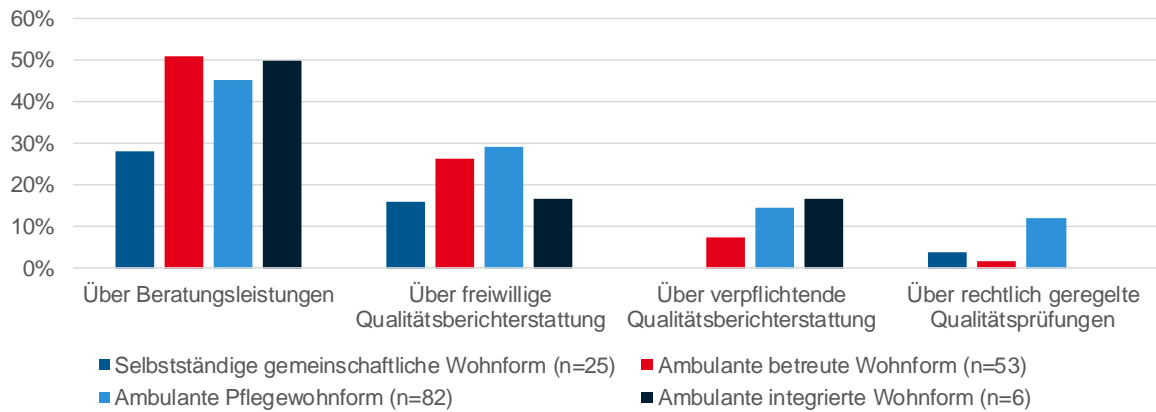


Abbildung 13: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Nutzerorientierung, Online-Befragung

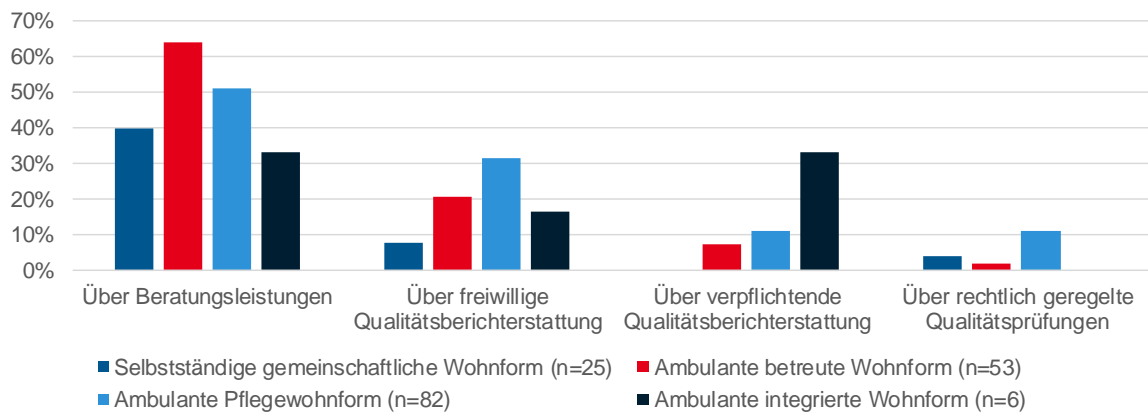


Abbildung 14: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal Koordination und Kooperation, Online-Befragung

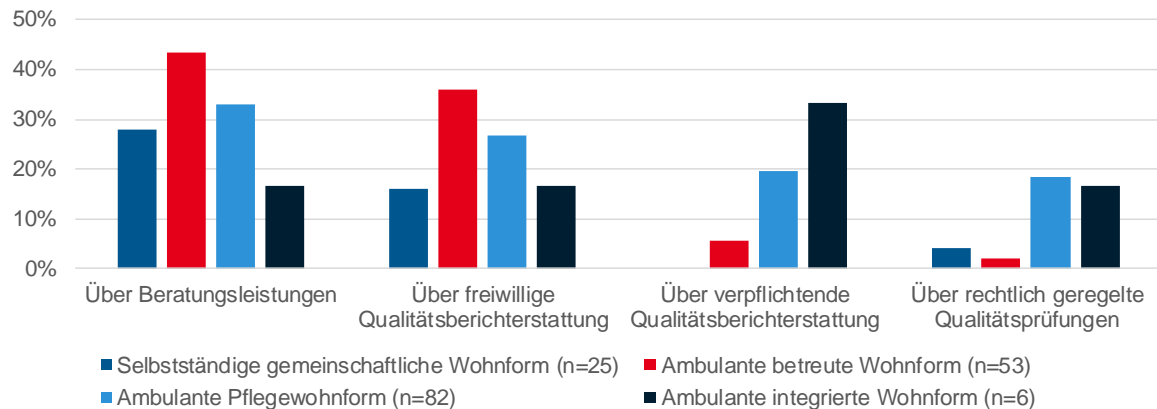


Abbildung 15: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Transparenz der Prozesse, Online-Befragung

Ergebnisse aus den Experten-/Praxis-Workshops

Folgende Vorschläge wurden im Rahmen der Workshops von den Teilnehmenden zu allgemeinen Verfahren der Qualitätssicherung in neuen ambulanten Wohnformen gemacht:

- Abgleich der Erwartungen der Bewohnerinnen und Bewohner mit dem Erreichten; **Zielerreichungsabgleich** bei den allgemeinen Qualitätsprüfungen
- **Kontrolle der Wohnangebote in einer Erprobungsphase** (bspw. muss in Hamburg ein ambulanter Pflegedienst anmelden, wenn er in einer entstehenden Wohngemeinschaft auf Wunsch der Bewohnerschaft tätig werden soll. Diese Wohngemeinschaft muss in einer zwei Jahre dauernden Probephase der Wohnpflegeaufsicht nachweisen, dass sie in der Lage ist, die Selbstbestimmung zu wahren. Wenn nicht, unterliegt das Wohnangebot der Kontrolle der Heimaufsicht)
- Sicherung und **Überprüfung der Arbeitsweise eines Auftraggebergremiums**
- Übernahme der Verantwortung für Beratung durch eine Auftraggebergemeinschaft
- Vorab sollten immer eine Beratung und auch eine **Qualitätsberichterstattung** als Grundlage erfolgen.
- **Verpflichtung zur Beratung** durch verschiedene Stellen aber möglichst durch eine neutrale Person. Diese spricht mit den Akteuren und ist ansprechbar für Belange und/oder auch Sorgen/Fragen, die von den Nutzerinnen und Nutzern oder deren Angehörigen, aber auch von den Leistungserbringern in geschütztem Rahmen geäußert werden können. Beratung weist einen anderen Charakter als eine Prüfung durch den MDK auf. Es bedarf mindestens einer Beratungsstelle in jedem Bundes-

land. Die verpflichtende Beratung sollte **einmal pro Jahr erfolgen** – durch welche Stelle auch immer. Dies kann nicht der Pflegedienst sein – dieser wird über den MDK geprüft. Diese verpflichtende Beratung muss mit Augenmerk auf die hohe Qualität der neuen Wohnformen erfolgen.

- Einbindung von Ehrenamtlichen und Aufbau eines Netzwerks von **Wohnpaten**, die die Arbeit für Bewohnerinnen und Bewohner mit Berufsbetreuern ergänzen
- Angebot der **Begleitung durch sog. Externe**, die bestimmte Dinge wahrnehmen, die Angehörige und Dienste nicht machen können. Im Rahmen des Freiburger Modells besuchen sich Freiwillige gegenseitig einmal im Jahr.
- Verpflichtend sollte es interne und externe Qualitätssicherungsverfahren geben. Es bedarf aber nicht nur eines internen und externen Qualitätsmanagements, sondern auch **Konfliktmanagement-Verfahren**.
- Die Heimaufsicht als Ordnungsinstrument sollte dann tätig werden, wenn etwas nicht stimmt. Eine Herausforderung bleiben die unterschiedlichen Landesheimrechte.
- Modell des Zwischenhaltens: Gemeinsame Reflexion einmal im Jahr. Kommunikation als eine Art der Qualitätssicherung.
- Evtl. geeignet könnte die **(freiwillige) Zertifizierung von Prozessen nach ISO** sein.
- Datenschutzrechtliche Hürden abbauen, damit den Bewohnerinnen und Bewohnern auch ein Feedback gegeben werden kann.

Die Workshopteilnehmenden machten auch Vorschläge, wie die Qualitätssicherung für die einzelnen Qualitätsmerkmale erfolgen könnte. Als Qualitätssicherungsverfahren für das Qualitätsmerkmal **Versorgungskontinuität** wurden folgende Empfehlungen gemacht:

- Die Teilnehmenden der Workshops erachteten eine **verpflichtende Beratung** als sinnvoll, um dieses Qualitätsmerkmal zu wahren.
- Kontrovers diskutiert wurde hingegen die Frage, ob ein Prüf- und Beratungsauftrag „aus einer Hand“ anzustreben ist. Der Beratungsauftrag des MDK im Sinne des § 112 SGB XI Absatz 3 schließt Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI ein. Besondere Aspekte der Qualitätssicherung und -entwicklung in neuen Wohnformen können bei Leistungserbringung in entsprechenden Angeboten Beachtung finden. Ein expliziter Prüfungsauftrag für neue Wohnformen besteht derzeit jedoch nicht.
- Die Teilnehmenden wiesen darauf hin, die **Schnittstelle** zu den **Heimaufsichtsbehörden/Wohn- und Betreuungsaufsichten** für Synergieeffekte mit im Blick zu haben und offen dafür zu

sein, den „Hebel“ der Qualitätsprüfung neu zu denken: Es sollte bspw. erfasst werden, ob Pflegedienste Leistungen in neuen Wohnformen erbringen. Falls dies so ist, sollten besondere Kriterien in diesen Pflegediensten abgeprüft werden. (Teilnehmende führen Hamburg als Beispiel an. Dort werden Pflegedienste bei Leistungserbringung in Wohngemeinschaften (auch Typ 1) anders in die Verantwortung genommen.)

Als Qualitätssicherungsverfahren für das Qualitätsmerkmal **Selbstbestimmung/Selbstverantwortung** wurden folgende Empfehlungen gemacht:

- Es braucht **interne Regelungen** in der Wohnform, wie mit dem Thema Selbstbestimmung/Selbstverantwortung umgegangen werden soll. Zu überlegen ist, wie sich Regeln zur Selbstbestimmung aufstellen lassen.
- Es muss geklärt sein, ob ein Träger ausreicht oder ob andere Qualitätskriterien für Selbstbestimmung gebraucht werden.
- Es müsste eine **verpflichtende Beratung** geben. Obgleich eine solche „*zwanghafte Beratung*“ nicht von allen erwünscht sein dürfte, würden die meisten Akteure diese begrüßen.
- Es braucht auch bei vollständig selbstverantworteten Wohnformen ein Konzept, in Baden-Württemberg muss über die **Konzeption**, die Gründung und das Ausmaß der Selbstbestimmung nachvollzogen werden können.
- Die prüfende Person könnte jedes Jahr einmal die Wohngemeinschaft besuchen und mit den Angehörigen/mit dem Pflegedienst sprechen. Hier sind positive Effekte zu erwarten.

Als Qualitätssicherungsverfahren für das Qualitätsmerkmal **Nutzerorientierung** wurden folgende Empfehlungen gemacht:

- Es sollten Bewohnerbedürfnisse **systematisch erfasst** werden, teilweise ist dies in ländereheimrechtlichen Regelungen gefordert.
- **Wohnpatinnen und Wohnpaten** sollten für Bewohnerinnen und Bewohner mit Berufsbetreuerinnen und -betreuern gewährleisten, dass ihre Bedürfnisse berücksichtigt werden.
- **Konfliktmanagement**, wenn unterschiedliche Bewohnerbedürfnisse auszuhandeln sind.

Als Qualitätssicherungsverfahren für das Qualitätsmerkmal **Kooperation** wurden folgende Empfehlungen gemacht:

- **Externe beratende und begleitende Strukturen** zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen sollten etabliert werden.
- Sofern eine neue Wohnform auch mit öffentlichen Geldern refinanziert werde, könnte die **Beratung** in der Gründungsphase auch **verpflichtend** gemacht werden.

- Die Qualität von Quartiersprojekten könnte durch **jährliche Audits** gesichert werden, die von einer externen Koordinierungsstelle durchgeführt werden könnten.

Als Qualitätssicherungsverfahren für das Qualitätsmerkmal **Transparenz** wurden folgende Empfehlungen gemacht:

- Anspruch einer **Mindestdarstellung** zu den einzelnen Angeboten, d. h. eine Mindestformulierung, eine Mindestbeschreibung.
- Dazu bedarf es **festgelegter Kriterien** anhand derer eine Beurteilung erfolgen kann – und das gilt für selbst- sowie trägerverantwortete Angebote aller Wohnformtypen.
- **Befähigung der Verbraucher** z. B. durch Beratungsstellen und Beratung im Vorfeld (z. B. Kenntnis über Angebote)

6.5 Entwicklung von Instrumenten für unterschiedliche Qualitätssicherungsverfahren

Um zu klären, wie die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen ausgestaltet sein sollte, wurden nicht nur die Verfahren der Qualitätssicherung aufgearbeitet, sondern gleichzeitig Instrumente zur Ausgestaltung der unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren entwickelt. Sie sollen Orientierung geben, welche Qualitätsanforderungen bei welchen Qualitätssicherungsverfahren wie zu berücksichtigen sind. Im Sinne eines modularen Qualitätssicherungsverfahrens wurden für die unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren auch unterschiedliche Instrumente entwickelt. Dafür wurde auf der Basis der Kriterien/Indikatoren-Sammlung (Kapitel 6.2) zunächst Instrumente erstellt und anschließend einer exemplarischen Felderprobung unterzogen.

Im Folgenden werden zunächst die erarbeiteten Instrumente für die Beratung, Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung vorgestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Felderprobung vorgestellt, die in die Entwicklung der Instrumente eingeflossen ist.

6.5.1 Instrument zur Beratung und internen Qualitätsprüfung

Auf der Basis der operationalisierten Qualitätsmerkmale (Kapitel 6.2) wurde zunächst ein Instrument entwickelt, mit dem umfassend die Überprüfung aller Indikatoren der Qualitätsmerkmale untersucht werden kann (vgl. Tabelle 21 am Ende dieses Abschnitts). Dieses umfassende Instrument beinhaltet auch Items, die in anderen Qualitätssicherungssystemen Anwendung finden (beispielsweise in der

QPR ambulant). Da diese Qualitätsindikatoren als Gegenstand der Beratung sowie der internen Qualitätssicherung relevant für neue Wohnformen erscheinen, sind sie weiterhin im umfassenden Instrument abgebildet. Im Kontext einer externen Qualitätssicherung durch eine Prüfung hingegen sind diese Items ausgeschlossen.

Das Instrument ist im Sinne einer **Checkliste** aufbereitet, wobei die Qualitätssicherung mittels einer Selbst- oder Fremdeinschätzung bewertet werden kann. Für jedes Qualitätsmerkmal sind Indikatoren auf Ebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität benannt, wobei die Indikatoren auf Ebene der Ergebnisqualität die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer/ deren Angehörigen in den Mittelpunkt rücken. Wie bereits dargelegt, umfasst das Instrument für

- das *Qualitätsmerkmal: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung* 25 Indikatoren, die die Qualitätskriterien Selbstbestimmung bei den Leistungen, Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung, Selbstbestimmung beim Wohnen, Förderung der Selbstbestimmung, Unterstützung der Nutzerinnen und Nutzer zur Bildung autonomer Entscheidungen/ Übernahme von Verantwortung und Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen konkretisieren;
- das *Qualitätsmerkmal: Nutzerorientierung* fokussiert mit 16 Indikatoren die Qualitätskriterien Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen, Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen, Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen sowie Beschwerdemanagement;
- das *Qualitätsmerkmal: Versorgungskontinuität* bildet mit 23 Indikatoren die Qualitätskriterien Rund-um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit, Patientensicherheit/Krisensicherung, Personelle Kontinuität und Abstimmung von Leistungen ab;
- das *Qualitätsmerkmal: Koordination* beinhaltet 16 Indikatoren, die die Qualitätskriterien Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess klären, Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern, Verlässliche Regelungen zur Kooperation schaffen und Konfliktmanagement betrachten. Abschließend wird
- das *Qualitätsmerkmal: Transparenz* mittels 13 Indikatoren in den Qualitätskriterien Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform, Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform und Dokumentation ausgedrückt.

Das Qualitätsinstrument bietet mittels einer tabellarischen Darstellung die Möglichkeit, für jeden Indikator die Erfüllung des Sollniveaus in den Abstufungen „ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“ zu erfassen oder einzelne Indikatoren als „nicht zutreffend“ zu bewerten. Referenzwerte für neue Wohnformen liegen jedoch nicht vor. Möglich wäre im Rahmen der internen Qualitätssicherung zunächst Ist-Werte zu erheben und so Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen zu identifizieren. Zu berücksichtigen ist, dass geeignete deutschsprachige Instrumente zur Erfassung der Ergebnisqualität explizit für neue Wohnformen derzeit nicht verfügbar sind. Das hier vorgestellte Qualitätsinstrument schreibt somit keine festgelegte Methode der Erfassung von Ergebnisindikatoren vor. Offen bleiben derzeit eine geeignete Methode der Erhebung relevanter Aspekte und eine geeignete Darstellungsart, welche im Rahmen einer ausführlichen Erprobung im Weiteren zu entwickeln sind. Hinweise zu möglicherweise nutzbaren bzw. zu adaptierenden Skalen liefern die Ergebnisse der Literaturrecherche zur Operationalisierung der Qualitätsmerkmale (vgl. Anhang 4).

Außerdem wurde als Hilfe eine **Ausfüllanleitung** erstellt (Anhang 13), in der die verwendeten Begrifflichkeiten der Indikatoren genauer erläutert werden, um ein einheitliches Verständnis bei der Anwendung zu sichern. In der Ausfüllanleitung werden auch Anregungen zum Verfahren, wie die Indikatoren überprüft werden könnten, gegeben und Vorschläge für eine mögliche Bewertung des Umsetzungsgrades der Indikatoren gemacht. Diese Vorschläge basieren auf allgemeinen Erfahrungen in der Qualitätssicherung. Auch sie bedürfen in Zukunft einer Überprüfung auf ihre spezielle Handhabbarkeit speziell im Kontext neuer Wohnformen.

Grundsätzlich wird mit der Ausfüllanleitung bezweckt, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu verbessern, indem durch sie ein möglichst einheitliches Verständnis der Fragen und ein möglichst einheitliches Antwortverhalten generiert wird. Eingeschränkt wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse dabei dadurch, dass die Wohnangebote dem Konzept nach jeweils selbst entscheiden, welche Indikatoren auf sie zutreffen und welche nicht.

Tabelle 21: Qualitätssicherungsinstrument für neue Wohnformen: Checkliste zur Beratung (93 Qualitätsindikatoren) und internen Qualitätsprüfung (60 Qualitätsindikatoren – in der Bezeichnung **hervorgehoben**)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (25 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator ^{1, 2}	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Selbstbestimmung bei den Leistungen	Struktur	1.1: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.2: Kann die Art der pflegerischen Hilfen, der Betreuungsleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung selbst bestimmt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	1.3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	1.4: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungsarten/Leistungserbringern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung	Struktur	1.5: Kann die Essensauswahl selbst bestimmt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.6: Kann der Tagesablauf selbst bestimmt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.7: Bestimmen die NutzerInnen selbst, was sie anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Die in der Tabelle angeführten Indikatoren beinhalten die Möglichkeit, die Erfüllung des Sollniveaus in den Abstufungen „ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“ zu erfassen. Referenzwerte für neue Wohnformen liegen jedoch nicht vor.

² **NutzerInnen** sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform. **Leistungserbringer** sind die professionellen Dienste, die in der Wohnform tätig sind. **Leistungen**, sowie nicht anders definiert, sind insbesondere pflegerische Hilfen der Leistungserbringer: körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung, teilstationäre Pflegeleistungen.

		1.8: Gibt es bei der Kontaktpflege keine Einschränkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.9: Können Freizeitaktivitäten selbst bestimmt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	1.10: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbestimmung beim Wohnen	Struktur	1.11: Kann das eigene Zimmer bzw. die eigene Wohnung selbst eingerichtet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.12: Kann Einfluss auf die Gestaltung der Gemeinschaftsräume genommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.13: Ist die Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.14: Kann über die MitnutzerInnen mitbestimmt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	1.15: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Selbstbestimmung	Struktur	1.16: Ist die Förderung der Selbstbestimmung in einem Betreuungskonzept/Leitbild formuliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	1.17: Werden Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.18: Werden Sicherheitsaspekte im Einklang mit individuellen Freiheiten berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	1.19: Kennen die NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		1.20: Sind die NutzerInnen zufrieden damit, wie die Selbstbestimmung gefördert wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützung der NutzerInnen bei der Fällung autonomer Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung	Struktur	1.21: Gibt es ein Bewohnergremium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	1.22: Werden die NutzerInnen bei der Bildung und dem Erhalt eines Bewohnergremiums (z.B. Auftraggebergemeinschaft) unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	1.23: Ist den NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen klar, welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten sie im Wohnangebot übernehmen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen	Prozess	1.24: Werden Angehörige/nahestehende Personen/gesetzlich bestimmte BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung für den Fall der „Wohlbestimmung“ integriert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.25: Kennen Pflegekräfte/andere Leistungserbringer die Werte und Normen der Pflegebedürftigen für den Fall der „Wohlbestimmung“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung			___/25	___/25	___/25	___/25

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (16 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen der NutzerInnen	Prozess	2.1: Werden systematisch unter Einbeziehung der NutzerInnen umfassende Informationen über deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, Ressourcen, Bedarfe gesammelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.2: Nehmen VertreterInnen der Leistungserbringer regelmäßig an Sitzungen des Bewohnergremiums teil, um Nutzerbedürfnisse zu erfassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (16 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
	Ergebnis	2.3: Haben die NutzerInnen den Eindruck, dass das Pflege- und Betreuungspersonal ihre Gewohnheiten/Bedürfnisse kennt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen	Prozess	2.4: Bilden die Gewohnheiten/Bedürfnisse der NutzerInnen die Grundlage für die Versorgungsplanung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.5: Werden vorhandene Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.6: Wird bei der Umsetzung sichergestellt, dass sich vereinbarte Leistungen der Leistungserbringer an den Gewohnheiten/Bedürfnissen der NutzerInnen orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.7: Haben Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen Vorrang vor Wünschen des Personals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.8: Wird die Privatsphäre der NutzerInnen gewahrt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	2.9: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Berücksichtigung von Gewohnheiten/Bedürfnissen und Fähigkeiten/Ressourcen	Prozess	2.10: Wird regelmäßig überprüft, ob sich die vereinbarten Unterstützungsleistungen an den Gewohnheiten/Bedürfnissen und Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (16 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Beschwerde- management	Struktur	2.11: Liegt ein Konzept zum Umgang mit Beschwerden vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.12: Gibt es eine/n benannte/n AnsprechpartnerIn für Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	2.13: Können Beschwerden und Unzufriedenheit ohne Nachteile zu befürchten geäußert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	2.14: Sind den NutzerInnen Beschwerdemöglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.15: Hat sich nach Ansicht der NutzerInnen nach den Beschwerden etwas verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.16: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Beschwerdemöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung			___/16	___/16	___/16	___/16

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (23 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Rund-Um-die-Uhr-Versor-	Struktur	3.1: Sind bei Bedarf Leistungen rund um die Uhr, einschließlich sonn- und feiertags verfügbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (23 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
gung/Versorgungssicherheit		3.2: Ist der Pflege-/Betreuungsdienstleister ständig für Pflegebedürftige erreichbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.3: Ist bei Personalausfall die Vertretung gesichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.4: Werden Grenzen der Versorgungsmöglichkeit aus Perspektive der NutzerInnen transparent dargestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.5: Ist auch bei Bedarf an Rund-um-die-Uhr Versorgung ein Einzug/Verbleiben im Wohnangebot möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	3.6: Wird die Versorgung auf sich verändernde Bedarfe angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	3.7: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patientensicherheit/ Krisensicherung	Struktur	3.8: Ist eine Versorgung im medizinischen Notfall gesichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9: Kann jederzeit eine in erster Hilfe geschulte Person erste Hilfe leisten?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prozess		3.10: Gibt es verbindliche Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen (Ablaufplan)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (23 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
		3.11: Ist der Transfer von Informationen gesichert/ sind Informationen über die NutzerInnen dem Notfallpersonal schnell zugänglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	3.12: Können die NutzerInnen die erste Person benennen, die im medizinischen Notfall zu kontaktieren ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.13: Sind die NutzerInnen zufrieden mit dem Krisenmanagement des pflegerischen und medizinischen Personals im medizinischen Notfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Kontinuität	Struktur	3.14: Gibt es überschaubare Pflege-/ Betreuungsteams/ Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	3.15: Ist bei Bedarf Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.16: Sind Überleitungsprozesse geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	3.17: Wissen die NutzerInnen, an wen sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.18: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der personellen Kontinuität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstimmung von Leistungen	Prozess	3.19: Sind Leistungen (Pflegeplan, Betreuungsplan, Behandlungsplan) aufeinander abgestimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (23 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
		3.20: Stimmen andere Leistungserbringer ihre Leistungen aufeinander ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	3.21: Ist der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den NutzerInnen konsistent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.22: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.23: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl vergebene Bewertungen			___/23	___/23	___/23	___/23

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (16 Indikatoren)						
<i>Anmerkung: Bei der Umsetzung neuer Wohnformen wirken häufig viele Akteure zusammen: professionelle Pflegedienstleister, Betreuungsdienstleister, hauswirtschaftliche Kräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner selbst und ihre Angehörigen sowie Ehrenamtliche. Sie übernehmen unterschiedliche Aufgaben und haben unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar. In diesem Gesamtprozess kooperieren unterschiedliche Akteure miteinander und stimmen die Leistungen im Wohnangebot im Idealfall untereinander ab (z.B. bei der Terminierung von Leistungen oder bei dem Austausch von Informationen).</i>						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
	Struktur	4.1: Ist geklärt, wer welche Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess übernimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (16 Indikatoren)

Anmerkung: Bei der Umsetzung neuer Wohnformen wirken häufig viele Akteure zusammen: professionelle Pflegedienstleister, Betreuungsdienstleister, hauswirtschaftliche Kräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner selbst und ihre Angehörigen sowie Ehrenamtliche. Sie übernehmen unterschiedliche Aufgaben und haben unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar. In diesem Gesamtprozess kooperieren unterschiedliche Akteure miteinander und stimmen die Leistungen im Wohnangebot im Idealfall untereinander ab (z.B. bei der Terminierung von Leistungen oder bei dem Austausch von Informationen).

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Klärung der Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess		4.2: Sind die Verantwortungsrollen eindeutig beschrieben und geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.3: Gibt es eine hauptverantwortliche Person, die einen Überblick über den Gesamtprozess hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	4.4: Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen zur Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation durch die hauptverantwortliche Person oder einen anderen (auch externen) Akteur unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	4.5: Wissen die NutzerInnen, wer die hauptverantwortliche Person ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.6: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Aufteilung und Beschreibung der Verantwortlichkeiten in der Wohnform?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Struktur	4.7: Wissen die NutzerInnen, welche Akteure in welcher Anzahl in der Wohnform tätig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sicherung der Zusammenarbeit vielfältiger Akteure	Ergebnis	4.8: Kennen die NutzerInnen die im Wohnprojekt aktiven Akteure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Struktur		4.9: Gibt es Kooperationen des Wohnangebots mit den Akteuren im Sozialeiraum/Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (16 Indikatoren)

Anmerkung: Bei der Umsetzung neuer Wohnformen wirken häufig viele Akteure zusammen: professionelle Pflegedienstleister, Betreuungsdienstleister, hauswirtschaftliche Kräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner selbst und ihre Angehörigen sowie Ehrenamtliche. Sie übernehmen unterschiedliche Aufgaben und haben unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar. In diesem Gesamtprozess kooperieren unterschiedliche Akteure miteinander und stimmen die Leistungen im Wohnangebot im Idealfall untereinander ab (z.B. bei der Terminierung von Leistungen oder bei dem Austausch von Informationen).

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Schaffung zuverlässiger Regelungen zur Kooperation	Struktur	4.10: Gibt es Vereinbarungen über die Art der Kooperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.11: Gibt es ein integriertes Organisationskonzept zur Steuerung des Gesamtprozesses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	4.12: Gelingt der Informationsfluss zwischen den Akteuren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.13: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Regelungen zur Kooperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfliktmanagement	Struktur	4.14: Gibt es Regelungen bei Unstimmigkeiten und Konflikten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4.15: Wird externe Unterstützung hinzugezogen, wenn dies notwendig erscheint?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	4.16 Wie zufrieden sind die NutzerInnen mit dem Umgang mit Konflikten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl vergebene Bewertungen			___/16	___/16	___/16	___/16

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (13 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht zutreffend
Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	Struktur	5.1: Wird eine ausführliche Beratung von an der Wohnform interessierten Personen zu ihren Möglichkeiten und Grenzen angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.2: Erfolgt eine regelmäßige Information/Beratung der NutzerInnen über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.3: Gibt es eindeutig geregelte Vorgehensweisen zum Austausch von Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	5.4: Fühlen sich die NutzerInnen gut informiert über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.5: Fühlen sich die NutzerInnen gut informiert über alle sie betreffenden Kosten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.6: Fühlen sich die NutzerInnen gut über die vertraglichen Regelungen informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transparenz bezüglich der Abläufe und Verantwortlichkeiten (Gesamtprozess)	Struktur	5.7: Haben sich die Leistungserbringer über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert/qualifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	5.8: Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen ausreichend über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	5.9: Fühlen sich die NutzerInnen gut über Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation	Struktur	5.10: Liegt ein schriftliches Konzept/Leitbild/Grundsätze für die Wohnform vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (13 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht zutreffend
	Prozess	5.11: Werden die Erreichung der Konzeptziele und die Beachtung der Grundsätze regelmäßig überprüft und wird darüber informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.12: Werden im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement/in der internen Qualitätsberichterstattung Abläufe über die organisatorischen Gesamtprozesse dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5.13: Erfolgt eine Dokumentation über den Gesamtprozess in der Wohnform?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl vergebene Bewertungen			___/13	___/13	___/13	___/13

Mögliche Anwendung des Instruments im Kontext der Beratung

Dieses Instrument mit allen 93 Indikatoren eignet sich besonders für die Beratung. Es gibt inhaltlich einen umfassenden Rahmen für die *Soll-Anforderungen* neuer Wohnformen, damit diese ihrer besonderen Stellung zwischen Heim und Häuslichkeit gerecht werden können – im pluralistischen Mix Unterstützungsarrangements für Pflegebedürftige mit Selbstverantwortung zu gestalten. Im Kontext der Beratung kann das Qualitätsinstrument insofern Anwendung finden, dass beratende Instanzen jeweils die Umsetzung der Qualitätsindikatoren für neue Wohnformen umfassend empfehlen. Dabei kann das Beratungsangebot sowohl für bereits bestehende Wohnangebote als auch für sich in der Planung/Gründung befindende Wohnangebote genutzt werden. Neben den Anbietern von neuen Wohnformen, kann sich eine an das Instrument angelehnte Beratung auch an Nutzerinnen und Nutzer sowie deren Angehörige richten und so über ihre Mitgestaltungsmöglichkeiten und gegebenenfalls Pflichten in neuen Wohnformen beraten sowie eine Hilfestellung bei der Auswahl einer geeigneten Wohnform ermöglichen. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle, dass das Instrument mit seinen Indikatoren an vielen Stellen allgemein gehalten ist. So lassen sich beispielsweise für spezifische Zielgruppen – wie etwa Menschen mit Demenz – keine gesonderten Beratungsinhalte ableiten.

Ausgehend vom Anlass der Beratung können einzelne Indikatoren unterschiedlich von Bedeutung sein. Für eine kontinuierliche prozesshaften Umsetzungsberatung/-begleitung sollten zunächst alle Indikatoren berücksichtigt werden. Im Rahmen einer Gründungsberatung sind vor allem die Indikatoren der Qualitätsmerkmale Selbstbestimmung/Selbstverantwortung und Koordination bedeutsam. Sie sensibilisieren für die zu regelnden Verantwortlichkeiten sowie die zu regelnden Arbeitsprozesse.

Mögliche Anwendung des Instruments im Kontext der internen Qualitätsprüfung

Die Checkliste mit allen Indikatoren lässt sich auch als Qualitätssicherungsinstrument im Rahmen der internen Qualitätssicherung anwenden. Durch die Einschätzung der Erfüllung der Soll-Anforderungen lassen sich Qualitätsmerkmale und -kriterien aufdecken, die als Ansatzpunkte für Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung dienen können. Ebenso lassen sich auch die Stärken einer neuen Wohnform nach Innen und Außen darstellen: Im Rahmen der internen Qualitätsberichterstattung kann so der anteilige Erfüllungsgrad der einzelnen Qualitätsmerkmale Aufschluss über die Qualität der evaluierten Wohnform geben. Das in diesem Bericht vorgeschlagene

Instrument erlaubt eine einfache (Selbst-)Darstellung neuer Wohnformen. Ein Vorschlag für eine einfache zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Bewertung der Qualitätsmerkmale ist dem Anhang 9 zu entnehmen. Zu beachten ist, dass hierfür keine Bewertungssystematik, welche bspw. auch eine Gewichtung einzelner Kriterien berücksichtigt, vorliegt. Die Darstellung fasst lediglich die komplexen Inhalte des Instruments zusammen.

Nicht alle 93 Indikatoren sind als *Soll-Anforderungen* bei Qualitätsprüfungen gleich bedeutsam und die Umsetzung aller Indikatoren kann die Akteure evtl. überfordern. Einzelne Soll-Anforderungen berücksichtigen besondere Herausforderungen bei der Qualitätssicherung und besondere leistungsrechtliche Anforderungen. Sie sind als *Mindest-Anforderungen* schwerpunktmäßig bei der Qualitätssicherung in den Blick zu nehmen. Ebenso ist die Prüfung von bereits in anderen Qualitätssicherungssystemen enthaltenen Kriterien/Indikatoren zu vermeiden. Es wurde daher ein Instrument geschaffen, das einen reduzierten Anforderungskatalog von 60 Indikatoren enthält. Bei der Auswahl der *Mindest-Anforderungen* konnte nicht auf evidenzbasierte Erfahrungswerte zurückgegriffen werden, da solche Erfahrungswerte bisher für neue Wohnformen kaum vorliegen. Daher erfolgte die Auswahl lediglich vor dem Hintergrund von Expertenerfahrungen, den Ergebnissen aus den Workshops sowie den Ergebnissen aus der Felderprobung, bei denen Wohnprojektinitiatoren, wie auch Prüfinstanzen die Bedeutsamkeit einzelner Indikatoren für eine Prüfung bewertet haben (Kapitel 6.5.3 Felderprobung) (vgl. die in Tabelle 21 vorangehend gezeigten, hervorgehobenen Qualitätsindikatoren).

6.5.2 Instrument zur externen Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung

Die reduzierte Indikatorenliste umfasst auf Grundlage bisheriger Erfahrungswerte wichtige *Anforderungen* bei der Qualitätssicherung. Da eine externe Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI nur dann erfolgen kann, wenn ein leistungsrechtlicher Bezug vorliegt (siehe hierzu Ergebnisse des Juristischen Gutachtens in Kapitel 6.7 und Anhang 8), wurde überprüft, welche Kriterien/Indikatoren leistungsrechtlich relevant sind. Zudem wurden zur Vermeidung von Mehrfachprüfungen Indikatoren, die bereits Bestandteil der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) ambulante Pflege sind, ausgeschlossen. Nur 27 Indikatoren könnten im Rahmen der nach § 113 SGB XI vorgeschriebenen externen Qualitätsprüfungen und verpflichtenden Qualitätsberichterstattung überprüft werden. Mit dem Instrument **„Checkliste für externe Prüfung und Qualitätsberichterstattung“** werden Hilfestellungen gegeben, diese *leistungsrechtlich relevanten Anforderungen* in neuen Wohnformen zu überprüfen. Dabei ist zu betonen, dass nicht alle in der Checkliste genannten Kriterien/Indikatoren für alle Wohnformen gleichermaßen zutreffend und prüfbar sein können. Im Einzelfall bleibt zunächst zu prüfen, welche Indikatoren unter Berücksichtigung landesrechtlicher und vertraglicher Regelungen zutreffend sind, da eine externe Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI nur dann erfolgen kann, wenn ein leistungsrechtlicher Bezug vorliegt.

Auch dieses zweite Instrument wurde wie eine Checkliste aufgebaut (s. *Tabelle 22*), wobei die Erfüllung der Anforderungen hier ebenfalls in den Abstufungen „ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“ und „nein, nicht erfüllt“ erfasst werden kann. Ebenso wie bei dem anderen Instrument zur Beratung und internen Qualitätsprüfung bleibt hierbei die Herausforderung bestehen, Ergebnisindikatoren auf Ebene der Nutzerinnen und Nutzer mittels einer geeigneten Art zu erheben und auszuwerten. Die entwickelte Ausfüllanleitung kann hier Orientierung geben (Anhang 13). Jedoch gilt auch für diese Indikatoren-Sammlung, dass keine evidenzbasierten Referenzwerte vorliegen, wodurch eine Erhebung des Ist-Zustands allein keine Rückschlüsse auf einen Soll-Zustand, der abgeprüft wird, zulässt.

Tabelle 22: Qualitätssicherungsinstrument für neue Wohnformen: Checkliste zur externen Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (6 von 25 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator ^{1, 2}	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Selbstbestimmung bei den Leistungen	Struktur	1.1: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.2: Kann die Art der pflegerischen Hilfen, der Betreuungsleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung selbst bestimmt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	1.3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	1.4: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungsarten/Leistungserbringern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstbestimmung beim Wohnen	Struktur	1.13: Ist die Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der Selbstbestimmung	Struktur	1.17: Werden Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung			___/6	___/6	___/6	___/6

¹ Die in der Tabelle angeführten Indikatoren beinhalten die Möglichkeit, die Erfüllung des Sollniveaus in den Abstufungen „ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“ zu erfassen. Referenzwerte für neue Wohnformen liegen jedoch nicht vor.

² **NutzerInnen** sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform. **Leistungserbringer** sind die professionellen Dienste, die in der Wohnform tätig sind. **Leistungen**, sowie nicht anders definiert, sind insbesondere pflegerische Hilfen der Leistungserbringer: körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung, teilstationäre Pflegeleistungen.

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (6 von 16 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen der NutzerInnen	Prozess	2.2: Nehmen VertreterInnen der Leistungserbringer regelmäßig an Sitzungen des Bewohnergremiums teil, um Nutzerbedürfnisse zu erfassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen	Prozess	2.4: Bilden die Gewohnheiten/Bedürfnisse der NutzerInnen die Grundlage für die Versorgungsplanung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.5: Werden vorhandene Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.6: Wird bei der Umsetzung sichergestellt, dass sich vereinbarte Leistungen der Leistungserbringer an den Gewohnheiten/Bedürfnissen der NutzerInnen orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2.7: Haben Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen Vorrang vor Wünschen des Personals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Berücksichtigung von Gewohnheiten/Bedürfnissen und Fähigkeiten/Ressourcen	Prozess	2.10: Wird regelmäßig überprüft, ob sich die vereinbarten Unterstützungsleistungen an den Gewohnheiten/Bedürfnissen und Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen orientieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung			___/6	___/6	___/6	___/6

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (10 von 23 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Rund-Um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit	Prozess	3.6: Wird die Versorgung auf sich verändernde Bedarfe angepasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientensicherheit/ Krisensicherung	Struktur	3.8: Ist eine Versorgung im medizinischen Notfall gesichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Kontinuität	Prozess	3.16: Sind Überleitungsprozesse geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	3.17: Wissen die NutzerInnen, an wen sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.18: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der personellen Kontinuität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstimmung von Leistungen	Prozess	3.19: Sind Leistungen (Pflegeplan, Betreuungsplan, Behandlungsplan) aufeinander abgestimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.20: Stimmen andere Leistungserbringer ihre Leistungen aufeinander ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	3.21: Ist der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den NutzerInnen konsistentl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (10 von 23 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
		3.22: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3.23: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl vergebene Bewertungen			___/10	___/10	___/10	___/10

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (3 von 16 Indikatoren)						
<i>Anmerkung: Bei der Umsetzung neuer Wohnformen wirken häufig viele Akteure zusammen: professionelle Pflegedienstleister, Betreuungsdienstleister, hauswirtschaftliche Kräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner selbst und ihre Angehörigen sowie Ehrenamtliche. Sie übernehmen unterschiedliche Aufgaben und haben unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar. In diesem Gesamtprozess kooperieren unterschiedliche Akteure miteinander und stimmen die Leistungen im Wohnangebot im Idealfall untereinander ab (z.B. bei der Terminierung von Leistungen oder bei dem Austausch von Informationen).</i>						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Klärung der Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess	Struktur	4.3: Gibt es eine hauptverantwortliche Person, die einen Überblick über den Gesamtprozess hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prozess	4.4: Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen zur Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation durch die hauptverantwortliche Person oder einen anderen (auch externen) Akteur unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ergebnis	4.5: Wissen die NutzerInnen, wer die hauptverantwortliche Person ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl vergebene Bewertungen			___/3	___/3	___/3	___/3

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (2 von 13 Indikatoren)							
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung				
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht zutreffend	
Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	Struktur	5.1: Wird eine ausführliche Beratung von an der Wohnform interessierten Personen zu ihren Möglichkeiten und Grenzen angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transparenz bezüglich der Abläufe und Verantwortlichkeiten (Gesamtprozess)	Struktur	5.7: Haben sich die Leistungserbringer über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert/qualifiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anzahl vergebene Bewertungen			___/2	___/2	___/2	___/2	

Mögliche Anwendung des Instruments im Kontext der extern geforderten Qualitätsberichterstattung

Sollen die Ergebnisse der Qualitätsbewertung in ein Dokument zur extern geforderten Qualitätsberichterstattung integriert werden, so erscheint es sinnvoll, zunächst die Zusammenfassung der Ergebnisse der Bewertung abzubilden. Ergänzend sollten einrichtungsbezogene Informationen (Art des Wohnangebots, Zielgruppe, Rahmenbedingungen etc.) sowie Erläuterungen zu den Qualitätsmerkmalen und den Qualitätsindikatoren für die Adressaten der Qualitätsberichterstattung angeführt werden. Im Zeitverlauf ließen sich auch Informationen zur Entwicklung der Qualität im Wohnangebot aufnehmen (beispielsweise können die Ergebnisse der vorangegangenen Bewertung im Vergleich zu den aktuellen Ergebnissen abgebildet werden). So können die Ergebnisse der Qualitätsberichterstattung einerseits die internen Qualitätsentwicklungsprozesse unterstützen, andererseits können sie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, um so interessierte Personengruppen, Beratungsstellen und Nutzerinnen und Nutzer über die Qualität in neuen ambulanten Wohnformen zu informieren. Offen bleibt an dieser Stelle die Frage nach dem Regelungsbedarf der Qualitätsberichterstattung: So ist eine Darstellung ausschließlich auf freiwilliger Basis sowohl für selbstverantwortete als auch trägerverantwortete Wohnangebote gegenüber einer verpflichtenden Darstellung für trägerverantwortete Wohnformen zu diskutieren. Letztere wäre dann in Betracht zu ziehen, wenn die Anforderungen in regelhaften oder anlassbezogenen externen Prüfungen erfasst würden (siehe dazu weiter Kapitel 7.3 Prüfregelungen für das Konzept).

6.5.3 Felderprobung der Instrumente

Das Instrumentarium zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen (Testversion, vgl. Anhang 7) wurde im Mai und Juni 2018 einer exemplarischen Erprobung unterzogen (Kapitel 3.7). Im Folgenden sind die Ergebnisse dieser Erprobung zusammenfassend dargestellt.

Die Bewertung der einzelnen Qualitätskriterien/-indikatoren in der Checkliste wurde von den Wohnprojekten und Beratungsinstitutionen bzw. die Bewertung der Prüfliste von den Prüfinstanzen anhand folgender Fragen vorgenommen und vor dem Fachgespräch mittels eines Bewertungsbogens an das Evaluationsteam übersandt:

- Ist der Indikator für Sie verständlich (ja/nein)?
- Schätzen Sie den Indikator als sinnvoll für die interne Qualitätssicherung ein (ja/nein)?
- Ist der Indikator für Sie praktikabel, d. h. ist dieser durch das Wohnangebot beeinflussbar (ja/nein)?

- Liegen Ihnen die benötigten Daten/Informationen vor, um diese Fragen zu beantworten (ja/nein)?³⁰
- Ist der Indikator relevant für die Beratung durch Prüfinstitutionen (ja/nein)?³¹

Die quantitativen Bewertungen sowie qualitativen Anmerkungen aus dem Bewertungsbogen sowie dem Fachgespräch wurden in eine Ergebnisübersicht überführt, die diesem Bericht im Anhang 8 beiliegt.

Aufbau/Formulierungen

Insbesondere vor dem Hintergrund der Konzipierung eines bundeseinheitlichen Qualitätsinstruments ist die Verwendung klarer bzw. eindeutiger Begrifflichkeiten sowie ggf. deren Erläuterung wichtig. Aus diesem Grund wurden die Gesprächspartnerinnen und -partner gebeten, vorab in dem Bewertungsbogen zu Check- und Prüfliste anzugeben, inwiefern die einzelnen Qualitätsindikatoren für sie verständlich sind.

Die Mehrheit der Teilnehmenden bewertete die meisten Qualitätsindikatoren als verständlich. Insbesondere bei den Qualitätsmerkmalen „Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“ und „Nutzerorientierung“ wurden Indikatoren mehrheitlich als verständlich beschrieben. Anpassungsbedarf bestand vor allem bei dem Qualitätsmerkmal „Transparenz“.

Anmerkungen zu Aufbau und Formulierung betrafen vor allem Fragen zur Definition von Begrifflichkeiten. Zudem wurde auf Doppelungen verwiesen. Aufgrund des Umfangs der Qualitätsindikatoren wurden Kürzungen vorgeschlagen.

Zudem wurde von einigen Fachgesprächspartnerinnen und -partnern angemerkt, dass die Trennung der Qualitätsebenen in Prozess-, Struktur- sowie Ergebnisqualität grundsätzlich überdacht werden sollte, da die Unterscheidung in die Qualitätsebenen im Kontext der internen freiwilligen Qualitätsberichterstattung und von externen Prüfungen als Herausforderung erscheint.

³⁰ Diese Frage wurde nur von den Wohnprojekten und Beratungsinstituten bewertet.

³¹ Diese Frage wurde nur von den Prüfinstanzen bewertet.

Umsetzung/Erhebung

Sowohl in den Bewertungsbögen als auch in den Fachgesprächen wurde auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Qualitätssicherung sowie den Erhebungsmöglichkeiten eingegangen. Einige Fachgesprächspartnerinnen und -partner verwiesen hierbei auf die Frage des Adressaten/der Adressatin der einzelnen Qualitätsindikatoren (z. B. Träger, Bewohnerschaft oder Angehörige). Hierzu wurde vorgeschlagen, eine Erläuterung der Perspektive, die mit den Qualitätsindikatoren jeweils erfasst werden soll, beizufügen.

Zur Erhebung der Informationen wurden häufig Befragungen von Nutzerinnen und Nutzern als Methode vorgeschlagen, jedoch auch mehrheitlich kritisch diskutiert. Schwierigkeiten sahen viele Fachgesprächspartnerinnen und -partner darin, dass die Nutzerinnen und Nutzer durch medizinische Diagnosen, die tagesformabhängige Verfassung sowie ein mögliches Abhängigkeitsverhältnis beeinflusst sein könnten. Eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer könne nicht als einziges Instrument zur Erfassung der Ergebnisqualität herangezogen werden. Die Ergebnisqualität sollte zudem nach Aussage einiger Teilnehmenden anhand konkreter, objektiv feststellbarer Indikatoren bemessen werden („*Wer bestimmt über Neuzuzüge?*“, *Wer bestimmt, was gegessen wird?*“).

Einigkeit bestand bei den Fachgesprächspartnerinnen und -partnern darin, dass der Arbeits- und Dokumentationsaufwand in Grenzen gehalten werden sollte. Viele der genannten Qualitätsindikatoren setzen eine entsprechende Dokumentation voraus. Hierbei ist zu untersuchen, inwieweit die erfassten Informationen für eine effektive Nutzung geeignet sind und einen Mehrwert mit sich bringen.

Interne und externe Qualitätssicherung

In den Fachgesprächen wurde einstimmig betont, dass strikte Vorgaben für selbstverantwortete Wohnformen häufig nicht angemessen erscheinen. Wenn jedoch ein gewisser Grad der Abhängigkeit bzw. Schutzbedarf aufgrund der Verantwortungsteilung zwischen Nutzerinnen und Nutzern und Träger besteht, sollten aussagegemäß höhere Anforderungen bzw. Prüfmaßstäbe gelten.

In einem Fachgespräch mit einer Prüfinstanz wurde hierzu der Vorschlag gemacht, ein abgestuftes Anforderungssystem in das Qualitätsinstrument einzuarbeiten. Abstufungen bei den zu erfüllenden Qualitätsindikatoren ermöglichen, dass das bundesweite Konzept für alle Wohnformtypen sowie für selbst- als auch trägerverantwortete Angebote Anwendung finden kann.

Für die interne freiwillige Qualitätskontrolle wurden von einigen Teilnehmenden Erläuterungsfelder zu den Qualitätsindikatoren anstatt

geschlossener Fragen gewünscht. Der Vorteil wurde in einem höheren Informationsgewinn bei der internen Verwendung gesehen.

Grundsätzlich zeigte sich, dass verbindlich zu prüfende Qualitätsindikatoren vor allem für trägerverantwortete Wohnangebote als sinnvoll bewertet wurden. Sollten einzelne Qualitätsindikatoren in den Fachgesprächen für eine externe Prüfung angedacht werden, stellt sich die Frage durch welche Instanz die Prüfung erfolgen soll und welche Konsequenzen aus den Ergebnissen folgen können. Zu klären ist außerdem, ob es anlassbezogene oder regelmäßige Prüfungen geben sollte.

Die vorangehend berichteten Ergebnisse führten zu einer Überarbeitung der Testversion des Instruments, welche insbesondere im Hinblick auf sprachliche Konkretisierungen/Ergänzungen zur besseren Verständlichkeit einzelner Indikatoren vorgenommen wurde. Vereinzelt wurden Items gänzlich gestrichen oder umformuliert. Die Überarbeitung resultierte in den bereits dargestellten Instrumenten zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen (Kapitel 6.5.1 und 6.5.2). Das Instrument zur externen Qualitätssicherung, welches zunächst als „Prüfliste“ beschrieben wurde, wurde im Rahmen der Überarbeitungen in „Checkliste für externe Prüfung und Qualitätsberichterstattung“ umbenannt.

6.6 Klärung der Verantwortlichkeiten

Zur Aufbereitung des Anwendungsbezugs eines Konzeptes gehört auch die Bestimmung, durch **wen** die Umsetzung erfolgen soll. Für die Erarbeitung eines Qualitätssicherungskonzeptes für neue Wohnformen gilt es daher, die **Verantwortlichkeiten** für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu klären.

6.6.1 Verantwortungszuständigkeiten

Neue ambulante Wohnformen unterstehen in der Regel nicht dem Verantwortungsbereich eines Trägers, der die gesamte Steuerung und Verlässlichkeit der Hilfe sichert. Wenn ein Träger die gesamte Verantwortung übernimmt, wäre es keine ambulante Wohnform mehr, sondern eine Heimeinrichtung. Kennzeichen, dass eine stationäre Versorgungsform und keine ambulante Versorgungsform vorliegt, sind nach den meisten heimrechtlichen Regelungen:

- die fehlende Trennung von Wohn- sowie Pflege- und Betreuungsleistungen, also die fehlende Möglichkeit, das Wohnangebot unabhängig von Betreuungs- und Pflegeleistungen nutzen zu können,

- die fehlende Wahlfreiheit bei der Auswahl der Leistungsträger und Leistungen, d. h. der Träger bestimmt das Wohn- und Leistungsangebot und die Nutzerin bzw. der Nutzer muss in der Regel das Gesamtpaket abnehmen, um das Einrichtungsangebot nutzen zu können.

Im Umkehrschluss bedeutet dies,

- dass bei ambulanten Wohnformen Wohn- sowie Pflege- und Betreuungsleistungen nicht gekoppelt werden dürfen – nur für kleinere Betreuungsleistungen ist eine solche Koppelung möglich (zu „kleineren Betreuungsleistungen“ werden nach den länderspezifischen Heimrechtsregelungen in der Regel die Notrufsicherung, Beratung und Vermittlungsdienste gezählt, die z. B. beim Betreuten Wohnen zur verpflichtenden Abnahme gemacht werden dürfen, ohne dass eine Einstufung als Heimeinrichtung erfolgt) und
- dass bei ambulanten Wohnformen Wahlfreiheit bezüglich der Leistungen und Leistungserbringer bestehen muss. Eine Einschränkung der Wahlfreiheit wird auch angenommen, wenn Wohn-/Betreuungs-/Pflegedienstleister rechtlich oder wirtschaftlich miteinander verbunden sind.

Dies bedeutet auch, dass bei ambulanten Wohnformen **immer eine Form der Selbstverantwortung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern oder ihren Vertreterinnen und Vertretern** vorliegt – es gibt keinen Träger, der die gesamte Verantwortung übernimmt. Es ist zwar möglich, dass Träger Teile der Verantwortung mit übernehmen und die Bewohnerinnen und Bewohner bei den selbstverantwortlich zu regelnden Aufgaben unterstützen. Bei den neuen ambulanten Wohnformen gibt es entsprechend unterschiedliche Verantwortungstypen:

- Es gibt neue ambulante Wohnformen, die ganz **selbstverantwortlich von der Bewohnerschaft bzw. ihren Vertreterinnen und Vertretern geregelt** werden: Sie mieten eigenständig die Wohnungen und beauftragen eigenständig Pflege- und Betreuungsdienstleister. Von solchen selbstverantworteten Wohnformen wird auch ausgegangen, wenn mehrere Personen – auch Pflegebedürftige – in einer Wohnung zusammenleben und eine **Auftraggebergemeinschaft** bilden. Mit diesem gemeinsamen Vertretungsorgan wird gesichert, dass die Bewohnerschaft in gemeinschaftlicher Verantwortung das Leben im Wohnprojekt regelt und gemeinschaftlich verantwortet Leistungsanbieter beauftragt. Adressaten für Qualitätssicherungsmaßnahmen bei solchen Wohnformen sind die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen und Vertreter bzw. die Auftraggebergemeinschaft. Sie können selbstverantwortlich alles regeln, sind aber auch für die

Qualität in diesen Wohnformen selbstverantwortlich. Die Dienstleister, die von diesen Bewohnerinnen und Bewohnern beauftragt werden (z. B. ambulante Pflegedienste für individuelle Pflegeleistungen), sind nur verantwortlich für die Qualitätsanforderungen ihres Leistungsbereichs, aber sie sind nicht verantwortlich für die Gesamtqualität in diesen Wohnformen.

- Daneben gibt es neue ambulante Wohnformen mit **eingeschränkter Selbstverantwortung**, die teilweise oder überwiegend von **Trägern organisiert/ gesteuert** werden, die dann auch Teile der Verantwortung übernehmen. Die Bewohnerschaft hat zwar rechtlich weiterhin die Möglichkeit, Wohn-, Pflege- und Betreuungsleistungen unabhängig voneinander wählen zu können und steht damit rechtlich auch weiter in der Verantwortung – sonst wären sie ja Heimbewohner. Tatsächlich jedoch wird ein Teil der Verantwortung abgegeben und es werden dafür Einschränkungen in der tatsächlichen Wahlfreiheit in Kauf genommen. Eine Einschränkung wird in einigen heimrechtlichen Regelungen angenommen, wenn z. B. Personen mit hohem Unterstützungsbedarf in der Wohnform leben und der durchgehenden Präsenz einer Betreuungskraft bedürfen. In diesen Fällen wird z. B. in Brandenburg sogar von „Einrichtungen gleich gestellten Wohnformen“ gesprochen (Gesetz über das Wohnen mit Pflege und Betreuung des Landes Brandenburg (Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz – BbgPBWoG vom 8. Juli 2009)). Verantwortlicher für die Gesamtprozesse und damit Adressat für die Sicherung der Qualität des Gesamtprozesses und nicht nur einzelner Teilleistungen (wie z. B. ambulante individuelle Pflege) ist in diesen Wohnformen neben der Bewohnerschaft/ den Vertreterinnen und Vertretern sowie evtl. Auftraggebergemeinschaften vor allem der Träger. Er wäre auch Adressat, um sicherzustellen, dass die Qualitätsanforderungen neuer ambulanter Wohnformen gewahrt werden.

Eine erste Orientierung für die Zuordnung zu trägerverantworteten oder selbstverantworteten Wohnformen können die länderrechtlichen Regelungen geben. Hier wird nach verschiedenen Kriterien geprüft und eine Zuordnung vorgenommen. Ob die dort benannten Kriterien ein sinnvoller Maßstab und praxistauglich für eine qualitätssichernde Verantwortungszuordnung sind, kann aktuell nicht beurteilt werden und bedarf in Zukunft einer Überprüfung.

6.6.2 Verantwortlichkeiten für die Qualitätssicherung

Für ein Qualitätssicherungskonzept in neuen ambulanten Wohnformen hat diese Verantwortungsteilung folgende Konsequenzen:

- Steuern die Bewohnerinnen und Bewohner überwiegend selbst die Umsetzung des Wohnangebots, sind sie auch hauptverantwortlich für die Qualitätssicherung des gesamten Prozesses. Bei überwiegend **selbstverantworteten Wohnformen** entscheiden die Bewohnerinnen und Bewohner oder gemeinsame Bewohnergremien – wenn mehrere Personen zusammenleben – über das Wohn- und Leistungsangebot und damit auch über Art und Umfang der Qualitätssicherung. Die Leistungserbringer (Vermieterinnen und Vermieter, Hilfs- und Pflegedienste) sind verantwortlich für die Qualität ihrer jeweiligen Teilleistung, jedoch nicht für die gesamte Qualität in dem Wohnangebot, d. h. für die Gesamtsteuerung. Die Qualitätssicherung des Gesamtprozesses liegt hier allein in den Händen der Bewohnerschaft/ihrer Vertreterinnen und Vertreter oder der Auftraggebergemeinschaft. Da diese keine Vertragspartner der Leistungsträger (Kassen, Sozialhilfeträger) sind und damit keine Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben erhalten, können sie auch nicht in eine verpflichtende Qualitätssicherung nach § 113 SGB XI eingebunden werden. Auch an die Leistungserbringer können – sofern sie keine Leistungen für die Gesamtsteuerung erhalten – nur Qualitätsanforderungen nach § 113 SGB XI, für die jeweilige Teilleistung, für die sie von den Leistungsträgern Mittel erhalten, gestellt werden. Ordnungsrechtlich können diese neuen Wohnformen zwar gezwungen werden, bestimmte Qualitätsanforderungen zu erfüllen (z. B. nach heimrechtlichen Regelungen die Einrichtung von Bewohnergremien, damit sie als selbstverantwortet eingestuft werden), aber leistungsrechtlich können sie nicht in verpflichtende Qualitätssicherungsverfahren nach § 113 SGB XI eingebunden werden. Diese Adressaten können aufgeklärt und beraten werden, alle oder die zentralen Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen in den Blick zu nehmen. Eine Qualitätssicherung im Sinne § 113 SGB XI für das gesamte Wohnangebot kann hier nur **individuell, freiwillig und intern in Selbstverantwortung der Bewohnerschaft** und der an der Umsetzung beteiligten Akteure ausgehandelt werden.
- In überwiegend **trägerverantworteten Wohnformen** übernehmen Träger zumindest Teile der Gesamtverantwortung für die Umsetzung einer ambulanten neuen Wohnform. Die Bewohnerinnen und Bewohner bleiben zwar weiter in der Verantwortung (sonst würden sie ja in einem Heim leben), jedoch geben sie einen Teil der Verantwortung ab und nehmen dafür Einschränkungen z. B. in der Selbstverantwortung in Kauf. Verantwortlich für die Qualitätssicherung ist in diesen Wohnformen neben der Bewohnerschaft und deren Vertreterinnen und Vertreter dann

auch der Träger, der steuernde Gesamtleistungen erbringt. Die Träger, die in dieser Weise solche Wohnformen unterstützen, sollten zur Qualitätssicherung ebenso gezielt beraten werden, die zentralen Qualitätsmerkmale neuer ambulanter Wohnformen zu berücksichtigen und im Rahmen ihrer internen Qualitätsberichterstattung einzubauen. Eine verpflichtende Qualitätssicherung mit Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI ist jedoch auch hier nur dann einzufordern, wenn solche Träger spezielle Leistungen nach dem Leistungsrecht für steuernde Gesamtaufgaben erhalten (z. B. evtl. Leistungen nach § 38a SGB XI). Nur dann können sie als Vertragspartner der Leistungsträger in ein verpflichtendes Qualitätssicherungsverfahren nach § 133 SGB XI für die gesamte Wohnform eingebunden werden. Dies setzt jedoch den Bezug eines Leistungsbausteins nach SGB XI mit gesamtsteuernden Aufgaben voraus. Werden solche Leistungen nicht bezogen, kann aktuell eine verpflichtende Einhaltung der Qualitätsanforderungen im Rahmen von prüfungsrelevanten Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 113 SGB XI für das gesamte Wohnprojekt – nicht für einzelne dort erbrachte Teilleistungen – auch bei trägerverantworteten Wohnformen nicht vorgenommen werden. **Ohne einen solchen Leistungsbezug für gesamtsteuernde Aufgaben** bleibt die Qualitätssicherung auch hier **nur eine freiwillige, individuelle und interne Aufgabe**.

6.7 Zusammenfassende juristische Einordnung

Zur Bewertung des in der Studie entwickelten Konzeptes und der Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI im Hinblick auf zu beachtende Anforderungen im Kontext der Pflegeversicherung wurde eine juristische Stellungnahme vom Institut für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR) der Universität Bremen erstellt. Die Stellungnahme zeigt zunächst Grundlagen des Qualitätssicherungsrechts der Pflegeversicherung auf und verweist hierbei auf die bestehenden Schwierigkeiten, dass ein „gesichertes Wissen“ – auch im pflegewissenschaftlichen Sinne – nur teilweise verfügbar ist und einer steten Weiterentwicklung unterliegt. Nachfolgend wird der konstitutive Bezug der Qualitätssicherung zur pflegerischen Versorgung im Sinne des SGB XI umrissen – wobei insbesondere auf das Spannungsfeld zwischen pflegerischer Leistungserbringung sowie parallel bestehenden Wohn- und Lebenszusammenhängen hingewiesen wird. Anschließend werden die in der Studie herausgearbeiteten Qualitätsmerkmale beleuchtet, wobei hier nur auf die Frage der

rechtlichen Umsetzbarkeit fokussiert wird. Überlegungen zu Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement beenden die Darstellung und weisen auch noch einmal daraufhin, dass bestehende Regelungsansätze zur Qualitätssicherung im Sinne von Qualitätskontrolle und/oder Qualitätsmanagement hierbei nicht umfassend kompatibel sind und im vorliegenden Fall neuer Wohnformen schwerpunktmäßig eher zum Qualitätsmanagement genutzt werden sollten.

Die ausführliche Stellungnahme ist dem Anhang 2: *Stellungnahme des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), Universität Bremen* zu entnehmen.

Die Empfehlungen aus der juristischen Einordnung wurden fortlaufend in den Prozess der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen und darauf aufbauenden Instrumenten zur Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung eingebunden. Aufgrund der konstatierten stetigen Weiterentwicklung neuer Wohnformen umfasst das hier vorgestellte Konzept daher Qualitätsanforderungen, die sicherstellen, dass die Besonderheit neuer ambulanter Wohnformen auch umgesetzt wird. Zudem bieten die eher allgemein gehaltenen Qualitätsmerkmale einen einheitlichen Rahmen für eine Qualitätssicherung, die jedoch genügend Raum bietet, damit die Akteure der Wohnformen die Qualitätssicherung nach ihren individuellen Vorstellungen ausgestalten können. Aufgrund der oft fehlenden leistungsrechtlichen Bezüge basiert das Instrument zur externen Prüfung bzw. Qualitätsberichterstattung nur noch auf einer kleineren Anzahl von Qualitätsindikatoren, wohingegen der Empfehlung zu einem umfassenden (internen) Qualitätsmanagement durch die umfassende Checkliste für Beratung und Qualitätsprüfung Rechnung getragen wird.

7 Vorschlag für ein (bundeseinheitliches) Konzept für die Qualitätssicherung neuer Wohnformen nach § 113 SGB XI

Auf der Grundlage der Analyseschritte und der konkretisierten Konzeptbestandteile wird im Folgenden ein Vorschlag für ein bundeseinheitliches Konzept der Qualitätssicherung für neue Wohnformen nach § 113 SGB XI erarbeitet. Dieser enthält Empfehlungen dazu,

- welche Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen sind (inhaltliche Ausrichtung),
- wie die Qualitätsanforderungen umgesetzt werden sollen (Umsetzungsgestaltung),
- wie die Umsetzung überprüft werden kann (Prüfungsregelung),
- welcher Strukturen es bedarf, um ein solches Konzept zu realisieren (Rahmenbedingungen).

Der Vorschlag basiert auf den im Rahmen der Untersuchung erfassten Strukturen und Erfahrungen zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen. Die Empfehlungen bedürfen in Zukunft einer empirischen Fundierung im Forschungsfeld neuer Wohnformen.

7.1 Inhaltliche Ausrichtung des Konzeptes

Anforderungen an eine Qualitätssicherung in neuen ambulanten Wohnformen im Rahmen eines bundeseinheitlichen Konzeptes müssen verschiedene Aspekte berücksichtigen, die nachfolgend beschreiben werden.

Offenheit für individuelle Qualitätssicherungskonzepte

Aufgrund der besonderen Verantwortungsregelungen in neuen Wohnformen, die der Bewohnerschaft – auch wenn sie Unterstützung von Trägern bei der Umsetzung erhält – eine Verantwortungsrolle bei der Umsetzung belässt (Kapitel 6.6) und aufgrund der Vielfalt der Konzepte, die sich flexibel um eine Passung von Wohnwünschen und Leistungsgestaltung bemühen (Kapitel 4.1 und Kapitel 5.1), erscheinen standardisierte Vorgaben dazu, welche Qualitätsanforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind und wie die Umsetzung dieser Anforderungen zu gewährleisten ist, nicht sinnvoll. Ein bundeseinheitliches Qualitätssicherungskonzept muss diese besonderen Verantwortlichkeiten und die Flexibilität und besondere Nutzerorientierung neuer Wohnformen berücksichtigen.

Aufgabe eines bundeseinheitlichen Konzeptes zur Qualitätssicherung kann es daher nicht sein, ein extern definiertes, standardisiertes Qualitätssicherungskonzept – z. B. wie für die stationären

Wohnsettings – für alle neue Wohnformen vorzugeben. Ein bundesweit einheitliches Konzept zur Qualitätssicherung neuer Wohnformen muss die Gestaltung individueller Qualitätssicherungskonzepte durch die Akteure ermöglichen und sie unterstützen, individuellen Qualitätssicherungskonzepte für ihre eigene Wohnform zu erstellen. Sowohl die Qualitätsinhalte, als auch die Qualitätssicherungsverfahren sind individuell zu definieren.

Besonderheiten neuer Wohnformen bei der Ausgestaltung berücksichtigen

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung ihres eigenen Qualitätssicherungskonzeptes sind sie jedoch nicht völlig frei. Sie müssen die Besonderheiten neuer Wohnformen berücksichtigen und ihrem Wesenskern – Schaffung nutzerorientierter Unterstützungsarrangements im pluralistischen Mix mit Selbstverantwortung der Betroffenen – gerecht werden. Interessentinnen und Interessenten neuer Wohnformen erwarten diese Besonderheiten – sonst würden sie sich eher für klassische Wohnsettings entscheiden. Wenn Qualität bedeutet, dass die Leistungen mit den Erwartungshaltungen der Nutzerinnen und Nutzer übereinstimmen, ist diese Besonderheit Richtschnur für ein individuelles Qualitätssicherungskonzept. Mit der Herausarbeitung zentraler Qualitätsanforderungen, durch die die Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen gewahrt werden können (siehe die fünf Qualitätsmerkmale in Kapitel 6.1), soll den Initiatoren neuer Wohnformen eine Rahmung für ihr individuelles Qualitätssicherungskonzept gegeben werden.

Definierte Qualitätsanforderungen als Orientierungshilfen nutzen

Mit der Konkretisierung der Qualitätsanforderungen (Kapitel 6.2) und mit den Empfehlungen, welche Qualitätsanforderungen schwerpunktmäßig bei welchen Wohnformen in den Blick genommen werden sollten (Kapitel 6.3), werden den neuen Wohnformen weiterhin Hilfestellungen bei der inhaltlichen Ausgestaltung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes gegeben. Welche Schwerpunktsetzung eine neue ambulante Wohnform im Hinblick auf die aufbereiteten Qualitätsanforderungen vornimmt, ist von den Umsetzungsverantwortlichen – der Bewohnerschaft, ihren Vertreterinnen und Vertretern, den Leistungserbringern und den zivilgesellschaftlich Engagierten der Umsetzung – selbst auszuhandeln. Die Qualitätsmerkmale sowie die definierten **Indikatoren** sind daher zunächst einmal **als Orientierungshilfen** – **nicht als verpflichtende Vorgaben** – zu verstehen.

7.2 Umsetzungsgestaltung des Konzeptes

Um die Umsetzung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes zu gewährleisten und so die Qualität in neuen Wohnformen zu sichern, bedarf es verschiedener Rahmenseetzungen, die die Akteure der neuen Wohnformen bei der Entwicklung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes befähigen und unterstützen.

Befähigen zur Entwicklung individueller Qualitätssicherungskonzepte

Bei der Erstellung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes ist von den Akteuren der neuen Wohnformen

- nicht nur zu definieren, welche Qualitätsanforderungen für das eigene Wohnangebot schwerpunktmäßig berücksichtigt werden sollten,
- sondern auch festzulegen, wie die Einhaltung dieser Qualitätsanforderung gesichert und überprüft werden kann und
- wie allen Akteuren transparent gemacht werden kann, welchem Qualitätssicherungskonzept man sich gemeinsam verpflichtet fühlt.

Die Entwicklung solcher individuellen Qualitätssicherungskonzepte kann die Akteure der neuen Wohnformen vor große Herausforderungen stellen, vor allem, wenn in diesen neuen Wohnformen vulnerable Personen leben, die in hohem Maße auf Unterstützung angewiesen sind.

Um die Akteure neuer Wohnformen zu befähigen, ein eigenes Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, wird vorgeschlagen, die Bildung von Gremien zu fördern bzw. die vielfach schon bestehenden **Bewohnergremien** in neuen Wohnformen (z. B. Bewohnerbeiräte im Betreuten Wohnen, Auftraggebergemeinschaften in Pflegewohngemeinschaften, lokale Verantwortungsgemeinschaften in Quartierskonzepten, Vorstände von selbstständigen Wohngemeinschaften) zu sensibilisieren, in ihrer Arbeit den Aspekt der Qualitätssicherung – vor allem wenn hilfe- und pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner in der Wohnform leben –, systematisch zu thematisieren. Das entwickelte Instrument zur internen Qualitätsprüfung (Kapitel 6.5.1) kann diesen Gremien Hilfestellung bei ihrer individuellen Entwicklungsarbeit geben.

Vorgeschlagen wird, weiterhin die Arbeit der Bewohnergremien durch **Beratung und/oder durch Qualifizierung** gezielt zu unterstützen. Besondere Anreizsysteme (wie z. B. spezielle Beratungsgutscheine für die Initiatoren neuer Wohnformen oder Beratungsbesuche statt Kontrollbesuche der Prüfinstitutionen) könnten hier die

interne Qualitätssicherung stärken. Das entwickelte Instrument für die Beratung (Kapitel 6.5.1) kann von Beratungsinstitutionen für diese Prozesse genutzt werden.

Unterstützung bei der Entwicklung individueller Qualitätssicherungsverfahren

Wenn Wohnprojekte keine Ressourcen haben, selbst ein individuelles Qualitätssicherungskonzept zu erstellen, sollten sie Unterstützung erhalten. **Träger**, die bereits Teile der Verantwortung für die gesamte Steuerung eines Wohnprojektes übernehmen, könnten in die Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes eingebunden werden und die Akteure bei der Entwicklung begleiten. Zur **systematischen Begleitung** sollte

- eine **Information** der Akteure, was die Besonderheiten neuer ambulanter Wohnformen sind, gehören. Hier bieten die fünf Qualitätsmerkmale inhaltliche Orientierung (Kapitel 6.1),
- eine **gemeinsame Diskussion** und Festlegung in entsprechenden Gremien gehören, welche Qualitätsmerkmale schwerpunktmäßig für das je eigene Qualitätssicherungskonzept berücksichtigt werden soll, sodass ein auf die Bedarfe der Akteure ausgerichtetes spezifisches Qualitätssicherungskonzept entsteht. Hier können die Kriterien-/Indikatoren-Sammlung und die Schwerpunktsetzung nach Wohnformen (Kapitel 6.2 und Kapitel 6.3) Orientierung geben.
- eine **schriftliche Darstellung** des individuellen Qualitätssicherungskonzeptes für das spezielle Wohnangebot und die gemeinsame Bestimmung eines Verfahrens sollten, wie das Konzept den Beteiligten der Umsetzung, transparent gemacht werden (z. B. Aushändigung mit dem Mietvertrag, Veröffentlichung auf der Projekthomepage).
- eine **gemeinsame Vereinbarung**, wie die definierten Qualitätsanforderungen überprüft werden sollen (z. B. einmal jährlich mit dem individuell angepassten Instrument zur internen Qualitätssicherung) und wie die Überprüfungsergebnisse transparent gemacht werden sollen (z. B. Kurzbericht an die Bewohnerschaft im Rahmen der internen Qualitätsberichterstattung) gehören. Bei der internen Überprüfung können das Instrument zur internen Qualitätssicherung und die Ausfüllanleitung (Kapitel 6.5.1) Hilfestellung geben.

Eine solche systematische Begleitung setzt jedoch voraus, dass Leistungserbringer hierfür entsprechende personelle und finanzielle Ressourcen erhalten, damit sie diese Prozesse gestalten können (siehe hierzu die Empfehlungen zur Veränderung der Rahmenbedingungen Kapitel 7.4).

7.3 Prüfregelelungen für das Konzept

Um zu überprüfen, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen auch eingehalten werden, sind folgende abgestufte Regelungen notwendig.

Interne (freiwillige) Qualitätsprüfungen

Wenn neue Wohnformen ohne Leistungsbezug für gesamtsteuernde Aufgaben geführt werden (und damit keinerlei Vertragspartnerschaft zu Leistungsträgern oder Leistungserbringern besteht), können keine verbindlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung der Gesamtprozesse vorgegeben werden – weder für die Qualitätsinhalte noch für die Qualitätssicherungsverfahren. Für die Qualitätsprüfung ergibt sich damit auch, dass sie nur freiwillig z. B. in Form einer Selbstverpflichtung der Akteure erfolgen kann. Eine Prüfung, ob ein individuelles Qualitätssicherungskonzept erarbeitet und umgesetzt wird, kann bei diesen Wohnformen nicht durch externe Institutionen im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren nach § 113 SGB XI erfolgen. Das entwickelte Instrument zur internen Qualitätsprüfung ist für diese Wohnformen entwickelt worden, um hier eine Qualitätssicherung auf freiwilliger Ebene zu gewährleisten (Kapitel 6.5.1).

Externe Qualitätsprüfung (nur für Begleitprozesse)

Neue Wohnformen, in denen die Bewohnerschaft Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben bezieht (z. B. im Rahmen von § 38a SGB XI) (und damit eine Vertragspartnerschaft zwischen Leistungsträgern und leistungsberechtigter Bewohnerschaft besteht), können in eine verpflichtende Qualitätssicherung nach SGB XI eingebunden und damit einer externen Prüfung unterzogen werden. Wenn Bewohnerinnen und Bewohner diese Leistungen in Anspruch nehmen und Leistungserbringer mit der Umsetzung gesamtsteuernder Aufgaben betrauten, sind diese Leistungserbringer Adressanten für Qualitätssicherungsmaßnahmen. Da jedoch Leistungserbringer, selbst wenn sie steuernde Aufgaben in neuen Wohnformen übernehmen, dies immer in verantwortlicher Einbindung der Bewohnerschaft vollziehen müssen – sonst wären sie ja Heimeinrichtungen – ist die Gesamtsteuerung immer auch ausgerichtet auf die Stärkung der Selbstverantwortung der Bewohnerschaft. Daher ist die Rolle der Leistungserbringer bei der Qualitätssicherung auch als Begleitung bei der Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes zu verstehen. Wenn sie im Rahmen des SGB XI Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben erhalten, sollten diese Leistungen auch dazu eingesetzt werden, die Bewohnerschaft zu unterstützen, ein eigenes Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln. Welche konkreten Qualitätsanforderungen die weiterhin in der Verantwor-

tung stehende Bewohnerschaft für ihr individuelles Qualitätssicherungskonzept auswählt, bleibt in ihrer Verantwortung und nicht in der Verantwortung des Leistungserbringers.

Eine externe Qualitätsprüfung kann sich dann nur auf die Befähigung der Bewohnerschaft bei der Entwicklung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes richten. Im Rahmen einer externen verpflichtenden Qualitätsprüfung ist zu kontrollieren, ob die Leistungserbringer diese Unterstützungsleistung erbringen – also ob sie die individuelle Qualitätsentwicklung in den neuen ambulanten Wohnformen auch systematisch begleitet haben. Bei einer externen Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI sollte es **nicht** darum gehen, die **Umsetzung einzelner Qualitätsmerkmale oder einzelner Qualitätsindikatoren zu überprüfen. Gegenstand der externen Qualitätsprüfung** ist der **Begleitprozess** der Leistungserbringer bei der Entwicklung des individuellen Qualitätssicherungskonzeptes im Rahmen ihrer gesamtsteuernden Aufgaben.

Geprüft werden sollte z. B.

- ob die Leistungserbringer im Rahmen ihrer gesamtsteuernden Aufgaben die Bewohnerschaft und ihre Vertreterinnen/Vertreter sowie weitere eingebundene Akteure über die Besonderheiten neuer Wohnformen **informiert** haben - hier könnten die definierten fünf Qualitätsmerkmale eine Orientierung für die Leistungserbringer geben.
- ob sie den Diskussionsprozess zur Entwicklung eines eigenen Qualitätssicherungskonzeptes **moderiert** haben, indem sie zur Diskussion stellen, welche Kriterien und Indikatoren konkret für das individuelle Qualitätssicherungskonzept ausgewählt werden sollen – hier kann die Kriterien/Indikatoren-Sammlung eine Orientierung geben.
- ob sie die schriftliche Darstellung eines Konzeptes **gesichert** haben und an der transparenten Verbreitung mitgewirkt haben – hier wäre es hilfreich, Beispiele für individuelle Qualitätssicherungskonzepte in den unterschiedlichen neuen Wohnformen als Beispielsammlung zu erstellen,
- ob sie die Entwicklung eines Verfahrens zur Prüfung **unterstützt** haben und an der Ergebnisverbreitung mitgewirkt haben.

Um externe Prüfinstanzen zur Qualitätsprüfung dieses Begleitprozesses zu unterstützen, kann die folgende „Checkliste: Begleitprozesse zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes“ (Tabelle 23) genutzt werden. Wobei das Zutreffen der Indikatoren im Einzelfall zu überprüfen ist. Auch hier ist explizit darauf hinzuweisen, dass dieses Instrument nur eine erste Orientierung geben kann. Die Checkliste bedarf einer Validierung durch praktische Erfahrungen.

Tabelle 23: Externe Qualitätsprüfung: Checkliste: Begleitprozesse zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes“

Information über Besonderheiten neuer Wohnformen gesichert				
	Fremdeinschätzung			
	Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Bewohnergremien sind zu Besonderheiten neuer Wohnformen informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewohnerschaft ist zu Besonderheiten neuer Wohnformen informiert (z.B. Einzugsberatung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige/gesetzliche Vertreter sind zu den Besonderheiten neuer Wohnformen informiert (z.B. Informationsveranstaltungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere in der Wohnform tätige Akteure/Verantwortliche sind über Besonderheiten neuer Wohnformen informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Dokument mit Informationen zu Besonderheiten neuer Wohnformen zur permanenten Einsicht bereit gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Alltag bei entsprechenden Gelegenheiten über die Besonderheiten neuer Wohnformen aufgeklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung				

Prozess zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes moderiert				
	Fremdeinschätzung			
	Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Bewohnerschaft/Angehörige/gesetzliche Vertreter und evtl. weitere in der Wohnform tätige/verantwortliche Akteure werden für einen speziellen Austausch zur Entwicklung eines individuellen Qualitätssicherungskonzeptes eingeladen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablauf der gemeinsamen Diskussion ist inhaltlich vorstrukturiert (z.B. Aufbereitung der relevanten Qualitätsanforderungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskussion wird moderiert oder externe Moderation ist gesichert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskussionsergebnisse sind dokumentiert und abgestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung				

Transparenz über das individuelle Qualitätssicherungskonzept gesichert				
	Fremdeinschätzung			
	Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Konzept ist nach der Diskussion schriftlich fixiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzept ist allen Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen sowie weiteren verantwortlichen Akteuren in der Wohnform zugestellt (print oder digital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzept wird neuen Bewohnerinnen und Bewohnern mit Vertragsunterlagen zugestellt (z.B. mit dem Miet-/Betreuungsvertrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung				

Verfahren zur Überprüfung und Anpassung entwickelt				
	Fremdeinschätzung			
	Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Trifft nicht zu
Verfahren zur Überprüfung ist vorgeschlagen (z.B. Befragung der Bewohnerschaft, regelmäßiger Austausch, Sammlung von Anpassungserfordernisse im Alltag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfahrensregeln sind ausgestaltet (z.B. Definition wann und wie der Austausch darüber erfolgen soll) und abgestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfahrensregel wird angewendet und gewünschte Veränderungen dokumentiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
individuelles Qualitätssicherungskonzept ist angepasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betroffene sind über Änderungen im individuellen Qualitätssicherungskonzept informiert (print oder digital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Vergebene Bewertung				

Damit die Leistungserbringer solche Begleitprozesse gestalten können, sind sie auf diese Aufgaben gezielt vorzubereiten. Entsprechend den Empfehlungen der Expertinnen und Experten aus dem Expertenworkshop wird eine **verpflichtende Beratung** zu den Besonderheiten neuer Wohnformen vor dem Leistungsbezug für gesamtsteuernde Aufgaben durch entsprechend versierte Beratungsinstitutionen für sinnvoll gehalten.

Die Prüfung der Leistungserbringer bezüglich der Begleitprozesse kann im Rahmen der einmal im Jahr durchgeführten **Regelprüfungen** der ambulanten Leistungserbringer durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst erfolgen, wenn die Leistungserbringer SGB XI-Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben erhalten (z. B. § 38 SGB

XI). Dies setzt voraus, dass mit dem Leistungsbezug für gesamtsteuernde Aufgaben die Verpflichtung besteht, die Akteure bei der Entwicklung ihrer individuellen Qualitätssicherungsverfahren zu unterstützen. Zu überlegen ist, die jährlichen Regelprüfungen in größeren Zeitabständen vorzuschreiben und zumindest ein Teil der jährlichen Prüfungen von MDK und PKV-Prüfdienste in neuen Wohnformen explizit in **moderierende Beratungsbesuche** umzugestalten, wie dies z. B. auch im Rahmen ordnungsrechtlicher Qualitätsprüfungen in manchen Länderheimgesetzgebungen bereits erfolgt (z. B. Rheinland-Pfalz). Hier kann auch die Checkliste mit den 27 Qualitätsindikatoren – soweit sie für die Wohnform zutreffend sind – herangezogen werden (siehe „Checkliste für externe Prüfung und Qualitätsberichterstattung“ in Kapitel 6.5.2). Im Rahmen solcher Beratungsbesuche könnten regelmäßige gemeinsam moderierte Gespräche der Akteure der Wohnangebote mit den Leistungserbringern zur Qualitätssicherung ermöglicht werden. Auch so kann der Begleitprozess bei der individuellen Ausgestaltung der Qualitätssicherung unterstützt werden. Zur Vorbereitung der Beratungsbesuche wird empfohlen, die Mitarbeitenden der Prüfbehörden oder andere Beratungsinstitutionen gezielt zu den Besonderheiten neuer Wohnformen zu qualifizieren.

Im Rahmen **anlassbezogener Prüfungen**, die sich meist auf der Basis von Beschwerden ergeben, könnte nicht nur eine Prüfung des Begleitprozesses, sondern auch eine Prüfung von umgesetzten Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualitätsanforderungen erfolgen. Dafür wurde als erste vorläufige Orientierung das Instrument mit den aufgrund praktischer Erfahrungen wichtigsten Anforderungen bzw. leistungsrechtlich relevanten Qualitäts-Anforderungen als Prüfinstrument entwickelt (siehe hierzu die Checkliste zu externen Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichterstattung in Kapitel 6.5.2). Auf dieser Grundlage können die Prüfbehörden Empfehlungen geben, wo und wie die individuelle Qualitätssicherung zu verbessern ist. Die Akteure können ihr Qualitätssicherungskonzept überarbeiten und passgenauer in Kooperation mit den Leistungserbringern gestalten. Vor einer solchen anlassbezogenen Prüfung wird jedoch empfohlen, die in dem Instrument vorläufig definierten Qualitätsanforderungen umfassend im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit in neuen Wohnformen zu validieren.

Erfolgt eine Umsetzung der **NutzerInnenbefragung in externen Qualitätsprüfungen**, so kann ggfs. die konkrete Umsetzung dieser Befragung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in Anlehnung an § 114 SGB XI an die bestehende Systematik in stationären und ambulanten Einrichtungen anknüp-

fen. Insofern gilt es auch in den ambulanten Wohnformen das bewährte Ziehen einer Zufallsstichprobe zur Prüfung der personenbezogenen Kriterien bei der NutzerInnenauswahl anzuwenden, um eine Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen sicherzustellen.

7.4 Rahmenbedingungen für das Konzept

Ein bundeseinheitliches Konzept zur Qualitätssicherung setzt bestimmte Rahmenbedingungen voraus:

- Neben einer deutlichen Verbesserung der Informationslage aller Akteure über die Besonderheiten neuer Wohnformen
- bedarf es vor allem ausreichender Ressourcen, um die Akteure neuer Wohnformen bei der Entwicklung ihres individuellen Qualitätssicherungskonzeptes zu unterstützen.

Empfohlen wird die Schaffung eines **eigenen Leistungsbausteins für gesamtsteuernde Aufgaben in neuen Wohnformen**. Mit dem Leistungskomplex § 38a SGB XI wurde ein solcher Leistungsbaustein für ambulante Pflegewohngemeinschaften bereits geschaffen (§ 38a SGB XI: „[...] *unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten* [...]). Untersuchungen belegen jedoch, dass auch in ambulanten Pflegewohngemeinschaften dieser Leistungsbaustein vielfach nicht für gesamtsteuernde Aufgaben, sondern für individuelle Betreuungsleistungen genutzt wird (Klie et al. 2016). Für andere neue ambulante Wohnformen gibt es solche Leistungen für gesamtsteuernde Aufgaben jedoch bisher nicht, bzw. sie können von anderen neuen ambulanten Wohnformen nicht genutzt werden (z. B. weil die Pflegebedürftigen hier in Individualwohnungen leben. Leistungen nach § 38a SGB XI werden Pflegebedürftigen nur gewährt, wenn „[...] *sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben* [...]). Solche gesamtsteuernden Aufgaben werden teilweise über Förderungen (z. B. Quartiersmanagement in integrierten Konzepten) oder Eigenleistungen der Bewohnerschaft (z. B. Betreuungspauschalen beim Betreuten Wohnen, Bürgerstiftungen) oder von Trägern selbst (z. B. in ambulantiserten Einrichtungen) finanziert.

Ein solcher Leistungsbaustein zur Finanzierung personeller Ressourcen für gesamtsteuernde Aufgaben wäre jedoch die Grundlage, um die Prozesse der individuellen Qualitätssicherung in neuen Wohnformen besonders dort zu stärken, wo Pflegebedürftige dies allein nicht mehr bewältigen können. Zudem bietet sich über einen

solchen Leistungsbaustein die Möglichkeit, dass neue ambulante Wohnformen in denen vielfach vulnerable Personen leben, aber aufgrund der besonderen Verantwortungszuweisungen nicht die Qualitätssicherungsvorschriften nach dem SGB XI greifen können, in eine externe Qualitätsprüfung eingebunden werden können.

Es wird empfohlen, den **§ 38a SGB XI** wie folgt zu reformieren, um die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entsprechend des bundeseinheitlichen Konzeptvorschlages zu gestalten:

- Zum einen sollte die Gewährung dieses Leistungsbausteins auf die Erbringung **gesamtsteuernder Aufgaben fokussiert** werden. Bestandteil dieser gesamtsteuernden Aufgaben ist die Befähigung und Begleitung neuer Wohnformen bei der Entwicklung individueller Qualitätssicherungskonzepte.
- **Alle neuen ambulanten Wohnformen**, die in einer pluralistischen Mixtur Unterstützungsarrangements für Pflegebedürftige in Selbstverantwortung gewährleisten, sollten diesen Leistungsbaustein in Anspruch nehmen können (dies könnte auch die Bedingung für die Gewährung sein und nicht die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und der Wohnort).
- Voraussetzung für die Gewährung sollte sein, dass Leistungserbringer **vor Leistungsbezug** eine **verpflichtende Beratung** zu den Besonderheiten neuer Wohnformen in Anspruch genommen haben.
- Zu klären bleibt, ob dieser Leistungsbaustein **nur an professionelle Leistungserbringer**, die über einen Versorgungsvertrag mit den Leistungsträgern verfügen, gebunden sein muss oder ob nicht solche Leistungen auch für Einzelpersonen oder Gruppen, Agenturen ohne solche Voraussetzungen vergeben werden können. Dies wäre bei den in Selbstverantwortung von den Betroffenen umgesetzten Wohnformen zielführend. Hierfür sollten die Erfahrungen für die Leistungsgewährung des Leistungsbausteins nach § 45a SGB XI „Unterstützung im Alltag“ ausgewertet werden. Eine Qualitätssicherung könnte dann wie bei § 45a SGB XI in die Verantwortung der Länder gelegt werden, die ja auch heimrechtlich die Verantwortung für die Qualitätssicherung der neuen Wohnformen haben (§ 45a SGB XI: *„[...] Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe Landesrechts. [...] Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote*

und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen.“).

Der Vorschlag für ein solches bundeseinheitliches Konzept der Qualitätssicherung neuer Wohnformen nach § 113 SGB XI belässt die Akteure neuer Wohnformen in ihrer besonderen Verantwortungsrolle – in Betonung des Unterschieds neuer Wohnformen zu Heimeinrichtungen– und eröffnet genügend Spielraum je nach Besonderheit des eigenen Wohnkonzeptes und nach den individuellen Bedarfen der Bewohnerschaft, die Schwerpunkte bei der Qualitätssicherung passgenau zu definieren. Mit einem eigenen Leistungsbaustein könnte zudem fachliche Unterstützung für vulnerable Personen, die mit der Definition und Umsetzung der individuellen Qualitätssicherung überfordert sind, gewährleistet werden. Mit einer verpflichtenden Beratung/ Qualifizierung als Voraussetzung für den Leistungsbezug und regelmäßigen Prüfungen der Begleitprozesse im Sinne von moderierenden Beratungsbesuchen kann die Fachlichkeit der Begleitung gesichert werden. Bei Beschwerden ermöglichen anlassbezogene Prüfungen die Umsetzung von Mindestqualitätsanforderungen im gemeinsamen Diskurs mit Leistungsanbietern und Akteuren in Augenschein zu nehmen.

8 Ausblick: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsverfahren

Der vorliegende Abschlussbericht hat auf Basis vorliegender theoretisch-konzeptioneller Grundlagen ein Konzept zur Qualitätssicherung in neuen Wohnformen und einen Entwurf für ein Instrument zur Qualitätsberichterstattung und ggf. -prüfung entwickelt. Diese Konzept- und Instrumentenentwicklung ist dabei von verschiedenen Rahmenbedingungen geprägt. So ist zum einen das Feld neuer Wohnformen ein hochdynamischer und sehr heterogener Markt ohne eine bundesweit verbindliche Definition, was darunter genau zu fassen ist. Zum anderen werden neue Wohnformen von einer Vielzahl an sowohl professionellen als auch informellen und ehrenamtlichen Akteuren geprägt, sodass die Frage einer Qualitätssicherung sowohl von leistungs- und ordnungsrechtlichen Festlegungen bestimmt wird als auch gleichzeitig in einem rechtlich oftmals wenig formalisierten Rahmen stattfinden muss. Parallel zur Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten findet zudem derzeit die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien in der ambulanten Pflege statt, einem Bereich der aufgrund der ambulanten pflegerischen Versorgung mit neuen Wohnformen eng verzahnt ist.

Der Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI entstammt also einerseits leistungsrechtlichen Fragestellungen, soll aber andererseits alle Akteure in allen Typen neuer Wohnformen berücksichtigen und gleichzeitig keine explizit pflegebezogenen Qualitätskriterien für ambulante Leistungserbringer entwickeln, um Doppelungen zu vermeiden. Das vorliegende Konzept und die entwickelten Instrumente zur Qualitätssicherung haben daher als Grundlage einen breiteren Ansatz, der dazu führt, dass eine Vielzahl der entwickelten Kriterien ausschließlich zur internen Qualitätssicherung und Beratung dienen und nur eine Auswahl an Kriterien auch Prüfcharakter haben. Eine Festlegung auf einzelne, eng begrenzte neue Wohnformen wie bspw. ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflege und Unterstützungsbedarf könnte dabei – auch unter Berücksichtigung einer möglichen Trägerschaft – zu einer deutlichen Verschiebung in Richtung Prüfkriterien führen und möglicherweise auch ergänzende Kriterien notwendig machen.

Aufgrund des engen zeitlichen Entwicklungsrahmens konnte die Erprobung des Instrumentes nur exemplarisch erfolgen. Für die Weiterentwicklung des Instrumentariums ist daher zukünftig eine umfassende Evaluation als nächster Schritt anzudenken, die auch die genaue Ausformung des hier vorliegenden Instrumentariums z.B. in Bezug auf möglich Gewichtungen der einzelnen Indikatoren zueinander oder aber auch mögliche Prüfzyklen zum Gegenstand hat („Qualitätsprüfungs-Richtlinie“). Darüber hinaus ergeben sich aus Sicht der Auftragnehmer folgende Gesichtspunkte für eine Weiterentwicklung, die in den Blick genommen werden sollten:

Beratung verstärken und qualifizieren

Sowohl Bewohnerinnen und Bewohner bzw. deren Angehörige als auch professionelle Akteure, die sich für neue Wohnformen interessieren, selbst gründen wollen oder darin arbeiten, sollten verstärkt für die Besonderheiten dieser Wohnformen mit ihrer Sonderstellung zwischen Häuslichkeit und Heim sensibilisiert werden. Bestehende Beratungsinstitutionen (Pflegestützpunkte, Koordinierungsstellen zum Wohnen im Alter, allgemeine Beratungsstellen) sollten aufgeklärt und in die Lage versetzt werden, über solche Wohnformen zu beraten. Sie sollten das Spektrum an solchen neuen Wohnformen aufzeigen können, deren Leistungen aber auch Leistungsgrenzen benennen können und auch deutlich machen, wo die Besonderheiten liegen und wie sie sich von anderen Wohnformen unterscheiden. Arbeitshilfen und Checklisten sowie Weiterqualifizierungsangebote sollten Beratungsinstitutionen dabei unterstützen, da vielfach bestehende Beratungsinstitutionen nicht ausreichend über die

Besonderheiten neuer Wohnformen informiert sind. Das entwickelte Instrument kann dafür eine wichtige Grundlage sein.

Melde- und Anzeigeformen erweitern

Um Qualität in neuen Wohnformen in Zukunft sichern zu können, kann ein weiterer wesentlicher Beitrag sein, mehr Transparenz in diesem Marktsegment zu schaffen. Eine allgemeine Meldepflicht für die Initiatoren solcher neuen Wohnform gibt es aktuell nicht. Eine auf Landesebene ordnungsrechtlich vorgeschriebene Anzeigepflicht gilt lediglich für bestimmte Wohnangebote wie zumeist generell für PflegeWGs (sowohl träger- als auch selbstverantwortet), sie gilt aber zum Beispiel meist nicht für Betreutes Wohnen oder ambulante Pflegedienste, die in solchen Wohnformen tätig sind, bei ihren Qualitätsprüfungen ambulant angeben, in welchen Wohnformen sie tätig sind, oder wenn Pflegebedürftige bei ihren Beantragungen von individuellen Pflegeleistungen im ambulanten Bereich auch noch nähere Angaben zu ihrer Wohnform anführen würden. Jedoch wird auch mit diesem Ansatz das Transparenzproblem in diesem Marktsegment insgesamt nicht gänzlich behoben werden können. So lange es sich um Wohnformen des Typs 1 bis 3 handelt, wird hierüber mehr Transparenz geschaffen werden können, jedoch bei den integrierten Wohnformen, die sich nicht als spezielle Wohnform verstehen, sondern vor allem verschiedene Leistungsmodule miteinander koppeln, wird es schwer sein, ein einheitliches Verständnis für eine Meldung zu einer bestimmten neuen Wohnform zu motivieren.

Einheitliches Kriterienraster zur Verantwortungszuordnung entwickeln

Die Adressaten für die Qualitätssicherungsverfahren sind gerade bei neuen Wohnformen oft unklar. In reinen selbstverantworteten Wohnformen sind allein die Bewohnerschaft sowie ihre Vertreter oder gemeinsame Bewohnergremien für die Qualitätssicherung der Gesamtprozesse verantwortlich. In ambulanten Wohnformen, in denen Träger größere Teile der Gesamtprozesse verantwortlich steuern, sind diese verstärkt die Adressaten für Qualitätssicherungsverfahren. Die Trennlinien, wann eine Wohnform als überiegend trägerverantwortet gilt, werden in den ordnungsrechtlichen Regelungen der Länderheimgesetzte unterschiedlich gezogen und auch die dort benannten Kriterien, nach denen eine Zuordnung erfolgt, sind unterschiedlich. Praxiserfahrungen zeigen zudem, dass einige Kriterien für eine klare Zuordnung nicht geeignet sind. Es bedarf in Zukunft einer Überprüfung, welche Kriterien sich für die Klärung einer Verantwortungszuweisung für Qualitätssicherungsmaßnahmen bei neuen ambulanten Wohnformen eignen.

Anreizsysteme schaffen

Ergebnisse aus dem GKV-Modellprogramm nach § 45f SGB XI zeigen, dass gerade Verbundlösungen und die Mischung verschiedener Wohnformen und Leistungen bei neuen ambulanten Wohnformen zunehmend bedeutender werden. Erschwert ist hierbei die Bestimmung eines Verantwortlichen als Adressat für Qualitätssicherungsmaßnahmen. Damit aber auch solche neuen Wohnformen in Zukunft die Besonderheiten zwischen Heim und Häuslichkeit wahren, wird empfohlen, besondere Anreizsysteme für diese Wohnformen zu schaffen und sie damit zu unterstützen, die Qualitätsanforderungen an neue ambulante Wohnformen – Sicherung der Versorgungskontinuität auch bei veränderten Hilfebedarfen, Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Wahrung der Nutzerorientierung sowie Gewährleistung von Koordination und Transparenz des Gesamtprozesses – umzusetzen. Möglich wäre z.B. – wie in dem vorliegenden Konzeptentwurf explizit empfohlen – den Gruppenschlag für Pflegewohngemeinschaften nach § 38a SGB XI nicht nur auf Pflegewohngemeinschaften zu begrenzen, sondern auch für andere neue Wohnformen zu öffnen, in denen Pflegebedürftige versorgt werden. Damit könnten auch die neu entstehenden ambulanten Verbundformen in ein Qualitätssicherungssystem eingebunden werden, da die Inanspruchnahme solcher Leistungen mit entsprechenden Qualitätsanforderungen verknüpft werden kann, die bei der Qualitätsprüfung im ambulanten Bereich mit überprüft werden könnten.

Personelle Ausstattung prüfen

Insgesamt steht in neuen Wohnformen die Frage nach der geeigneten Zusammensetzung des Care-Mixes (Anzahl und Qualifikation von eingesetzten (Pflege-)Kräften) in Relation zum Case-Mix der Bewohner-/Mieterschaft und den damit einhergehenden Unterstützungsbedarfen innerhalb der Dimensionen der Module des NBA (die aktuell in der Studie „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI“ für die traditionellen Versorgungssetting untersucht wird) bislang noch wenig im Fokus des Qualitätsdiskurses. Ergänzend zu den bisher benannten Bereichen für Qualitätsmerkmale ist – insbesondere für trägerverantwortete Wohnformen – auch hier zukünftig über „ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung [...] auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung“ sowie konzeptioneller Schwerpunkte der Wohnform zu diskutieren. Auch wenn dieser Aspekt hier indirekt vorangehend unter dem Kriterium Versorgungskontinuität

bereits benannt worden ist, sollte insbesondere für Angebote des Typ 3 „ambulante Pflegewohnformen“ zukünftig ebenfalls über die Entwicklung eines Konzeptes nachgedacht werden, das ausgehend vom Case-Mix und den Bedarfen der Bewohnerinnen und Bewohner Mindeststandards für einen bedarfsgerechten Care-Mix formuliert und auch zu erbringende Leistungen im Bereich § 45b SGB XI dabei stärker in den Blick nimmt und auch bei der aktuellen Personaldebatte im Pflegebereich Berücksichtigung findet.

9 Literaturverzeichnis

- Addicott, R. 2009. Centralisation of end of life care coordination: impact on the role of community providers. London J Prim Care (Abingdon), 2, 102-6.
- Backhouse, A., Ukoumunne, O. C., Richards, D. A., McCabe, R., Watkins, R. & Dickens, C. 2017. The effectiveness of community-based coordinating interventions in dementia care: a meta-analysis and subgroup analysis of intervention components. BMC Health Serv Res, 17, 717.
- BAGüS – Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hrsg.) 2017. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Bericht 2015. <http://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenbericht2015.pdf> [10.10.2017].
- Bamm, E. L., Rosenbaum, P., Wilkins, S. & Stratford, P. 2015. Performance of the measures of processes of care for adults and service providers in rehabilitation settings. Patient Relat Outcome Meas, 6, 157-65.
- Behrens, J., Langer, G. 2010. Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung, Bern.
- Berger, J. L. 2006. Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care--a program quality improvement project. J Psychiatr Ment Health Nurs, 13, 464-7.
- BIVA – Bundesinteressenvertretung für alte und pflegbetroffene Menschen (Hrsg.) 2017. Bundesgesetz WBVG. Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG). <https://www.biva.de/gesetze/das-wbvg/> [21.11.2017]
- Blumenstock, G. 2011. Zur Qualität von Qualitätsindikatoren, in: Bundesgesundheitsblatt 54, S. 154–159.
- Burns, T., Catty, J., White, S., Clement, S., Ellis, G., Jones, I. R., Lissouba, P., McLaren, S., Rose, D. & Wykes, T. 2009. Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon. Psychol Med, 39, 313-23.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit / BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2011: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Berlin.
- BMU – Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit 2017. Soziale Stadt <http://www.bmub.bund.de/themen/stadt-wohnen/staedtebaufoerderung/soziale-stadt-biwaq/soziale-stadt/> [09.10.2017].
- Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.) 2018. Übersicht der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI. Stand: Januar 2018. <http://www.bagfw.de/qualitaet/gesetze/landesrahmenvertraege-nach-75-abs-1-sgb-xi/> [19.01.2017].
- Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U. (Hrsg.) 2013: Gesundheitsmonitor 2013 – Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, Gütersloh.

- Büssing, A. & Glaser, J. 2001. [Team and patient orientation in nursing as a part of quality management--status and needs for research]. *Pflege*, 14, 339-50.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2014. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Berlin.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) 2004. Handbuch zur Praxis der Heimaufsicht. Vgl. <https://www.bmfsfj.de/blob/79100/cde192ad9524b517c4612d3ab8cc1942/handbuch-heimaufsicht-data.pdf> [15.10.2017].
- Campbell, S. M., Roland M.O., Buetow, S.A., 2000. Defining quality of care, in: *Social Science & Medicine* 51: 1611–1625.
- 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.
- Constand, M. K., Macdermid, J. C., Dal Bello-Haas, V. & Law, M. 2014. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*, 14, 271.
- Custers, A. F., Cillessen, A. H., Westerhof, G. J., Kuin, Y. & Riksen-Walraven, J. M. 2014. Need fulfillment, need importance, and depressive symptoms of residents over the first eight months of living in a nursing home. *Int Psychogeriatr*, 26, 1161-70.
- De Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S. & Verbeek, H. 2017. Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 17, 155.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (Hrsg.) 2011: Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel, Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Dreiher, J., Comaneshter, D. S., Rosenbluth, Y., Battat, E., Bitterman, H. & Cohen, A. D. 2012. The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study. *Isr J Health Policy Res*, 1, 21.
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) 2012. Demenz und Selbstbestimmung – Stellungnahme, Berlin.
- Donabedian, A. (1996): Evaluation the quality of medical care, in: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol XLIV, 166-206.
- Elsenbernd, A., Allgeier, C., Lauffer-Spindler, B., 2011. Praxisstandards und Qualitätsindikatoren in der Pflege. Qualitätsinstrumente am Beispiel der stationären Altenpflege, Lage: Jacobs.
- empirica (Hrsg.) (2003). empirica-Datenbank – Verteilung der Service-Wohnanlagen nach Bundesländern. Berlin.
- Fachstelle ambulant unterstützte Wohnformen Baden-Württemberg (Hrsg.) 2017. Bestandserhebung ambulant betreuter Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg. Vgl. <https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/Fawo/fawo-bericht-bestandserhebung-2017.pdf> [07.06.2018]

- Fedrowitz, M. 2016. Gemeinschaftliches Wohnen – Stand und Entwicklung in Deutschland. In Nachrichten der ARL, 1, 9-12.
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) 2012: Generali Altersstudie 2013: Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren, Frankfurt a. M.
- Gittell J.H., Fairfield K.M., Bierbaum B., Head W., Jackson R., Kelly M., Laskin R., Lipson S., Siliski J., Thornhill T., Zuckerman J., 2000. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*. 2000;38(8):807–819.
- Giuliani, C. A., Gruber-Baldini, A. L., Park, N. S., Schrodtt, L. A., Rokoske, F., Sloane, P. D. & Zimmerman, S. 2008. Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes. *Gerontologist*, 48, 203-12.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romoren, T. I. & Landmark, B. F. 2013. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs*, 70, 553-63.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2011: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeits-begriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der PV, Bd. 3, Berlin.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2017): Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen. Infobrief 05. November 2017. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/Infobrief_05_Modellprogramm_neue_Wohnformen_barrierefrei.pdf [21.09.2018]
- GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (Hrsg.) 2018: Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI – Konzeptionelle Grundlagen und methodische Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung, Berlin.
- Görres, S., Hasseler, M., Mitnacht, B. 2008: Gutachten zu den Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V., Bremen. Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., Lerner, N. & Yang, B. K. 2017. Variation Across U.S. Assisted Living Facilities: Admissions, Resident Care Needs, and Staffing. *Journal of Nursing Scholarship*, 49, 24-32.
- Harkes, D. 2004. Betreute Wohnzonen: Perspektiven eines Modells in den Niederlanden. In Bertelsmann Stiftung/KDA (2004): *Leben und Wohnen im Alter*. Bd. 3. Quartiersbezogene Wohnkonzepte. Köln.; Vgl. www.isa-platform.eu [09.10.2017].
- Harrison, J. & Frampton, S. 2017. Resident-Centered Care in 10 U.S. Nursing Homes: Residents' Perspectives. *J Nurs Scholarsh*, 49, 6-14.
- Hasenau, C. & Michel, L. H. 2016. *Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten, finanzieren, umsetzen.*, Hannover.
- Hasseler, M., Stemmer, R., Macsenaere, M., Arnold, J., Weidekamp-Maicher, M. 2016. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, o. O.

- Hedrick, S. C., Guihan, M., Chapko, M. K., Sullivan, J., Zhou, X. H., Manheim, L. M., Forsberg, C. W. & Mambourg, F. J. 2009. Assisted living pilot program: health outcomes. *J Aging Health*, 21, 190-207.
- Hellstrom, U. W. & Sarvimaki, A. 2007. Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nurs Ethics*, 14, 413-24.
- Hetlevik, O., Hustoft, M., Uijen, A., Assmus, J. & Gjesdal, S. 2017. Patient perspectives on continuity of care: adaption and preliminary psychometric assessment of a Norwegian version of the Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ-N). *BMC Health Serv Res*, 17, 760.
- Jann, A. 2015: Age-Wohnmatrix, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 02/2015 (48), 164-168.
- Kämmer, K., 1998. *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation*, Hannover.
- Katz, J., Green, E., 1996. *Qualitätsmanagement: Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes*, Berlin.
- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) 2017. *Quartiers-Monitoring – Evaluation zur Umsetzung von Quartiersprojekten, Abschlussbericht der Langzeitstudie von 2012–2017*, Köln. Unveröffentlicht, Veröffentlichung geplant für voraussichtlich Ende 2018.
- KDA/Wüstenrot Stiftung (Hrsg.) (2014): *Wohnatlas*. Köln. Ludwigsburg.
- Kesselheim, H. 2013: Teilhabe alter Menschen – unrealisierte gesellschaftliche Herausforderung, in: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 93(6), 265–270.
- Klie, T., Schuhmacher, B. 2008: Teilhabe sichern – Verantwortung teilen, in: *Altenheim*, 47(5), 18–22.
- Klie, T., Heislbetz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P., Bruker, C. 2017. *Ambulant betreute Wohngruppen – Bestandsempfehlung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen – Abschlussbericht*, hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Marek, K. D., Stetzer, F., Adams, S. J., Bub, L. D., Schlidt, A. & Colorafi, K. J. 2014. Cost analysis of a home-based nurse care coordination program. *J Am Geriatr Soc*, 62, 2369-76.
- Mason, B., Epiphaniou, E., Nanton, V., Donaldson, A., Shipman, C., Daveson, B. A., Harding, R., Higginson, I., Munday, D., Barclay, S., Boyd, K., Dale, J., Kendall, M., Worth, A. & Murray, S. A. 2013. Coordination of care for individuals with advanced progressive conditions: a multi-site ethnographic and serial interview study. *Br J Gen Pract*, 63, e580-8.
- Mattiasson, A. C. & Andersson, L. 1997. Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients. *J Adv Nurs*, 26, 1117-24.

- Mcdonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., Smith-Spangler, C., Brustrom, J., Malcolm, E., Rohn, L. & Davies, S. 2014. Care Coordination Atlas Version 4. Updated June 2014. Stanford University under subcontract to American Institutes for Research on Contract No. HHS A290-2010-000051). AHRQ Publication No. 14-0037- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2014.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) 2016. Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben. Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Gemeinschaften in Schleswig-Holstein. Verfügbar: http://www.wg-qualitaet.de/fileadmin/dateien/2017/KIWA_Gepflegt-alt-werden.pdf?PHPSESSID=2cc95088b7aaf8bd3485b49a9f1a3133 [20.11.2017]
- Morgan, R. O., Bass, D. M., Judge, K. S., Liu, C. F., Wilson, N., Snow, A. L., Pirraglia, P., Garcia-Maldonado, M., Raia, P., Fouladi, N. N. & Kunik, M. E. 2015. A break-even analysis for dementia care collaboration: Partners in Dementia Care. *J Gen Intern Med*, 30, 804-9.
- Muntinga, M. E., Mookink, L. B., Knol, D. L., Nijpels, G. & Jansen, A. P. 2014. Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people. *Qual Life Res*, 23, 2063-72.
- Nübling, R., Kriz, D., Kress, G., Schrempp, C., Löschmann, C. & Schmidt, J. 2004. Angehörigenbefragungen - Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 66, 380-386.
- Paque, K., Goossens, K., Elseviers, M., Van Bogaert, P. & Dilles, T. 2017. Autonomy and social functioning of recently admitted nursing home residents. *Aging Ment Health*, 21, 910-916.
- Rantz, M., Popejoy, L. L., Galambos, C., Phillips, L. J., Lane, K. R., Marek, K. D., Hicks, L., Musterman, K., Back, J., Miller, S. J. & Ge, B. 2014. The continued success of registered nurse care coordination in a state evaluation of aging in place in senior housing. *Nurs Outlook*, 62, 237-46.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) 2006. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 32 – Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen, Berlin.
- Rothgang, H; Wolf-Ostermann, K; Schmid, A; Domhoff, D; Müller, R; Schmidt, A; (2017): Ambulantisierung stationärer Einrichtungen und innovative ambulante Wohnformen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_InaWo_final_UNI_BREMEN.pdf [05.10.2018]
- Saup, W.; Eberhard, A.; Huber, R. & Koch, K. 2004. Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage. Augsburg.

- Schartow, U., Mandelkow, A., Hackmann, T., Hoch, M. & Hitschfeld, M. 2016. Betreutes Wohnen in Deutschland auf regionaler Ebene. Bedarfsanalyse. Prognos AG & Immobilien-Service GmbH.
- Schmidtbauer, K. 2011. Vorsprung mit Konzept – Erfolgreiche Konzepte für die Unternehmens- und Marketingkommunikation entwickeln, Berlin.
- Scholl, I., Zill, J. M., Harter, M. & Dirmaier, J. 2014. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. PLoS One, 9, e107828.
- Schulz-Nieswandt, F., Köstler, U., Langenhorst, F., Marks, H. 2012: Neue Wohnformen im Alter – Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser, Stuttgart.
- Seghezzi, H.D., Fahrni, F., Herrmann, F., 2007. Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz, München.
- Sharkey, S. S., Hudak, S., Horn, S. D., James, B. & Howes, J. 2011. Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the Green House project sites. J Am Geriatr Soc, 59, 126-31.
- Smedby, O., Eklund, G., Eriksson, E. A. & Smedby, B. 1986. Measures of continuity of care. A register-based correlation study. Med Care, 24, 511-8.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2017. Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Vgl. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile [07.06.2018]
- Stasavage, D. 2005: Does Transparency Make a Difference, The Example of the European Council of Ministers. In: Hood, C. & Heald, D. (Hrsg.) Transparency: The Key to Better Governance? Oxford University Press, Oxford
- Steiner, G. 1999: Die Idee der Selbstbestimmung. In: INFORUM (3), S. 44–51.
- Szegan, N.-M. 2016. Ambulant und stationär „Die Kassen sperren sich nicht“. Altenheim Lösungen, 5, 22–26.
- Terragon Investment GmbH 2015. Versorgungssituation der 30 größten deutschen Städte mit betreuten Wohnungen. Berlin.
- Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., Perrier, L., Hutton, B., Moher, D. & Straus, S. E. 2015. A scoping review of rapid review methods. BMC Med, 13, 224.
- United Nations 2006: United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Genf. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm> (vom 06.03.2015) [06.03.2015].
- Weipert, H.; Stoklas, A.; Klie, T.; Lissek, K. & Schuhmacher, B. 2015. „Leben mit Familienanschluss“ Implementierung eines Unterstützungsarrangements für ältere Menschen mit Pflegebedarf in ländlichen Sozialräumen in Ostdeutschland (April 2013–Dezember 2015). Endbericht. APA Sozialforschung im Forschungs- und Innovationsverbund FIVE e.V. an der evangelischen Hochschule Freiburg.

- Wolf-Ostermann, K.; Worch, A. & Gräske, J. 2012. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz- Entwicklung, Strukturen und Versorgungsergebnisse. Berlin.
- Wolf-Ostermann, K., Gräske, J. (Hrsg.) 2013. Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung. Kohlhammer, Stuttgart.
- Wolf-Ostermann, K.; Worch, A.; Meyer, S. & Gräske, J. 2013. Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland. In: Z Gerontol Geriat 2013. DOI 10.1007/s00391-013-0525-6.
- Wolf-Ostermann, K., Worch, A. & Gräske, J. 2014. Quality of Care and Its Impact on Quality of Life for Care-Dependent Persons With Dementia in Shared-Housing Arrangements: Results of the Berlin WGQual-Study. Applied Nursing Research, 27, 33-40.
- Wolf-Ostermann, K., Meyer, S., Worch, A. & Gräske, J. 2015. Physical and Psychosocial Out-comes of People with Dementia in Shared Housing Arrangements – A Cluster-Randomized Study on Long-Term Progression. J Geronto 1.
- Zimmerman, S., Sloane, P. D., Eckert, J. K., Gruber-Baldini, A. L., Morgan, L. A., Hebel, J. R., Magaziner, J., Stearns, S. C. & Chen, C. K. 2005. How good is assisted living? Findings and implications from an outcomes study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 60, S195-204.

Anhang 1: Suchbegriffe und Trefferverläufe Rapid Review zu Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale

Komponenten der Recherchestrategie **Koordination**

Deutschsprachiger Suchbegriff		Treffer LIVIVO 03.04.2018 (hervorgeho- bene Treffer ex- portiert und ge- sichtete)
#1	KW=Koordin*	5437
#2	KW=Abstimmung*	1720
#3	KW=Kooperation	21165
#4	KW=Kollabor*	231
#5	KW=Care-Management	62800
#6	KW=Case-Management	19689
#7	(((((KW=Case-Management) OR KW=Care-Management) OR KW=Kollabor*) OR KW=Kooperation) OR KW=Abstimmung*) OR KW=Koordin*	103364
#8	KW=Mess*	509115
#9	KW=Operational*	1544
#10	KW=Instrument*	716466
#11	KW=Eval*	419847
#12	KW=Erheb*	1770
#13	KW=Erfass*	184
#14	KW=Kriter*	472
#15	KW=Indikator*	8427
#16	KW=((((((((KW=Indikator*) OR KW=Kriter*) OR KW=Erfass*) OR KW=Erheb*) OR KW=Eval*) OR KW=Instrument*) OR KW=Operational*) OR KW=Mess*)	1636417
#17	KW=(((((((KW=Case-Management) OR KW=Care-Management) OR KW=Kollabor*) OR KW=Kooperation) OR KW=Abstimmung*) OR KW=Koordin*) AND KW=(((((((KW=Indikator*) OR KW=Kriter*) OR KW=Erfass*) OR KW=Erheb*) OR KW=Eval*) OR KW=Instrument*) OR KW=Operational*) OR KW=Mess*)	7326
#18	Filter: Artikel, DEU	259
#19	Koordination UND Pflege	1086
#20	Filter: Artikel, DEU	711
		Treffer Pubmed 03.04.2018
#1	Koordin* [Title/Abstract]	29
#2	Abstimmung* [Title/Abstract]	0
#3	Kooperation [Title/Abstract]	15
#4	Kollabor* [Title/Abstract]	0
#5	Care-Management [Title/Abstract]	6676
#6	Case-Management [Title/Abstract]	9616
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	16150
#8	Mess*[Title/Abstract]	121812
#9	Operational*[Title/Abstract]	51673
#10	Instrument*[Title/Abstract]	251530
#11	Eval*[Title/Abstract]	2987926

#18	Transparenz AND Wohn, Filter Artikel, DEU	62
		Treffer Pubmed 03.04.2018
#1	Transparen*[Title/Abstract]	39742
#2	Durchschau*[Title/Abstract]	0
#3	Durchsicht*[Title/Abstract]	0
#4	Nachvollzieh*[Title/Abstract]	0
#5	Mess*[Title/Abstract]	121812
#6	Operational*[Title/Abstract]	51673
#7	Instrument*[Title/Abstract]	251530
#8	Evalua*[Title/Abstract]	2987926
#9	Erheb*[Title/Abstract]	43
#10	Erfass*[Title/Abstract]	68
#11	Kriter*[Title/Abstract]	12
#12	Indikator*[Title/Abstract]	17
#13	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	3322251
#14	#1 AND #13	7196
#15	FILTER: GERMAN	265
	Englischsprachiger Suchbegriff	Treffer Pubmed
#1	Transparen*[Title/Abstract]	39742
#2	Accountab*[Title/Abstract]	15542
#3	Comprehensib*[Title/Abstract]	2411
#4	#1 OR #2 OR #3	56803
#5	Measur* [Title/Abstract]	3046337
#6	Operational*[Title/Abstract]	51376
#7	Instrument*[Title/Abstract]	251530
#8	Evaluat*[Title/Abstract]	2971875
#9	Assess*[Title/Abstract]	2464715
#10	Criteria*[Title/Abstract]	488277
#11	Indicator*[Title/Abstract]	236272
#12	#5 OR #6 OR #7 OR #8 Or #9 OR #10 OR #11	7053145
#13	#4 AND #12	23313
#14	#14 AND (nurs*[Title/Abstract])	1084
#15	#14 AND (living[Title/Abstract])	389

Komponenten der Recherchestrategie **Selbstverantwortung (Selbstbestimmung)**

Deutschsprachiger Suchbegriff		Treffer LIVIVO 03.04.2018
#1	KW=Selbstbestimm*	2603
#2	KW=Selbstverant*	181
#3	KW=Eigenverantwort*	761
#4	KW=Autonom*	84627
#5	KW=Mitbest*	6846
#6	KW=Mitspr*	6
#7	KW=Selbstverwalt*	4147
#8	KW=Selbstorganis*	1345
#9	KW=Souverän*	897
#10	KW=Partizip*	4652
#11	(((((KW=Selbstbestimm*) OR KW=Selbstverant*) OR KW=Eigenverantwort*) OR KW=Autonom*) OR KW=Mitbest*) OR KW=Mitspr*) OR KW=Selbstverwalt*) OR KW=Selbstorganis*) OR KW=Souverän*) OR KW=Partizip*)	105608
#12	KW=Mess*	509115
#13	KW=Operational*	1544
#14	KW=Instrument*	716466

#14	Evaluat*	2971875
#15	Assess*	2464715
#16	Criteria*	488277
#17	Indicator*	236272
#18	#11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	7053145
#19	#10 AND #18	273334
#20	#19 AND (living[TITLE/ABSTRACT])	11854
#21	#20 AND (nurs*[TITLE/ABSTRACT])	1050

Komponenten der Recherchestrategie Nutzerorientierung

Deutschsprachiger Suchbegriff		Treffer Pubmed 16.03.18
#1	Nutzerorient*[TITLE/ABSTRACT]	0
#2	Bewohnerorient*[TITLE/ABSTRACT]	0
#3	Bedürfnisorient*[TITLE/ABSTRACT]	0
#4	Nutzerzent*[TITLE/ABSTRACT]	1
#5	Klientenzent*[TITLE/ABSTRACT]	0
#6	Kundenzent*[TITLE/ABSTRACT]	0
#7	Klientenorient*[TITLE/ABSTRACT]	0
#8	Kundenorient*[TITLE/ABSTRACT]	0
#9	Bewohnerzent*[TITLE/ABSTRACT]	0
#10	Bedürfniszent*[TITLE/ABSTRACT]	0
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	1
#12	Mess*[TITLE/ABSTRACT]	121533
#13	Operational*[TITLE/ABSTRACT]	51140
#14	Instrument*[TITLE/ABSTRACT]	250722
#15	Evalu*[TITLE/ABSTRACT]	2977459
#16	Erheb*[TITLE/ABSTRACT]	43
#17	Erfass*[TITLE/ABSTRACT]	68
#18	Kriter*[TITLE/ABSTRACT]	12
#19	Indikator*[TITLE/ABSTRACT]	17
#20	#12 OR #13 OR #14 OR #15 Or #16 OR #17 OR #18 OR #19	3310810
#21	#11 AND #20	1
Englischsprachiger Suchbegriff		Treffer Pubmed 16.03.18
#1	client-orient*[TITLE/ABSTRACT]	162
#2	Client-center*[TITLE/ABSTRACT]	821
#3	Client-focus*[TITLE/ABSTRACT]	130
#4	user-orient*[TITLE/ABSTRACT]	235
#5	user-focus*[TITLE/ABSTRACT]	92
#6	user-cent*[TITLE/ABSTRACT]	989
#7	resident-orient*[TITLE/ABSTRACT]	42
#8	Resident-focus*[TITLE/ABSTRACT]	38
#9	Resident-cent*[TITLE/ABSTRACT]	91
#10	customer-orient*[TITLE/ABSTRACT]	133
#11	customer-focus*[TITLE/ABSTRACT]	142
#12	Customer-cent*[TITLE/ABSTRACT]	42
#13	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR	2883
#14	Measur*[TITLE/ABSTRACT]	3037686
#15	Operational*[TITLE/ABSTRACT]	51140
#16	Instrument*[TITLE/ABSTRACT]	250722
#17	Evaluat*[TITLE/ABSTRACT]	2961431
#18	Assess*[TITLE/ABSTRACT]	2455007

#19	Criteria*[TITLE/ABSTRACT]	486557
#20	Indicator*[TITLE/ABSTRACT]	235476
#21	#14 OR #15 Or #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	7030403
#22	#13 AND #21	1456
Deutschsprachiger Suchbegriff		Treffer LIVIVO 16.03.18
#1	KW=Nutzerorient*	24
#2	KW=Bewohnerorient*	0
#3	KW=Bedürfnisorient*	23
#4	KW=Nutzerzent*	1
#5	KW=Klientenzent*	39
#6	KW=Kundenzent*	0
#7	KW=Klientenorient*	75
#8	KW=Kundenorient*	1025
#9	KW=Bewohnerzent*	0
#10	KW=Bedürfniszent*	0
#11	(((((KW=Nutzerorient*) OR KW=Bewohnerorient*) OR KW=Bedürfnisorient*) OR KW=Nutzerzent*) OR KW=Klientenzent*) OR KW=Kundenzent*) OR KW=Klientenorient*) OR KW=Kundenorient*) OR KW=Bewohnerzent*) OR KW=Bedürfniszent*	1184
#12	KW=Mess*	509018
#13	KW=Operational*	1544
#14	KW=Instrument*	716369
#15	KW=Eval*	409056
#16	KW=Erheb*	1770
#17	KW=Erfass*	183
#18	KW=Kriter*	471
#19	KW=Indikator*	8426
#20	(((((KW=Mess*) OR KW=Operational*) OR KW=Instrument*) OR KW=Eval*) OR KW=Erheb*) OR KW=Erfass*) OR KW=Kriter*) OR KW=Indikator*	509018
#21	(((((KW=Mess*) OR KW=Operational*) OR KW=Instrument*) OR KW=Eval*) OR KW=Erheb*) OR KW=Erfass*) OR KW=Kriter*) OR KW=Indikator*) AND ((((((KW=Nutzerorient*) OR KW=Bewohnerorient*) OR KW=Bedürfnisorient*) OR KW=Nutzerzent*) OR KW=Klientenzent*) OR KW=Kundenzent*) OR KW=Klientenorient*) OR KW=Kundenorient*) OR KW=Bewohnerzent*) OR KW=Bedürfniszent*	28
#22	Filter: Artikel	6
#23	Filter: Artikel, DEU	4
#24	Nutzerorientierung	823
#25	Filter: Artikel	107
#26	Filter: Artikel, DEU	99

Komponenten der Recherchestrategie **Versorgungskontinuität**

Deutschsprachiger Suchbegriff		Treffer Pubmed 16.03.2018
#1	Kontinui*[TITLE/ABSTRACT]	11
#2	Versorgungskontinuität[TITLE/ABSTRACT]	0
#3	Versorgungssicherheit[TITLE/ABSTRACT]	0
#4	Wohnkontinuität[TITLE/ABSTRACT]	0
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	11
#6	Mess*[TITLE/ABSTRACT]	121533
#7	Operational*[TITLE/ABSTRACT]	51140

#8	Instrument*[TITLE/ABSTRACT]	250722
#9	Evaluated*[TITLE/ABSTRACT]	2977459
#10	Erhebung*[TITLE/ABSTRACT]	43
#11	Erfassung*[TITLE/ABSTRACT]	68
#12	Kriterium*[TITLE/ABSTRACT]	12
#13	Indikator*[TITLE/ABSTRACT]	17
#14	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13	3310810
#15	#5 AND #14	3
Englischsprachiger Suchbegriff		
#1	„Continuity of care“ [TITLE/ABSTRACT]	5573
#2	„continuity of home environment“ [TITLE/ABSTRACT]	0
#3	„continuity of living arrangement“ [TITLE/ABSTRACT]	0
#4	„safety of care“ [TITLE/ABSTRACT]	319
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	5884
#6	Measures*[TITLE/ABSTRACT]	3037686
#7	Operational*[TITLE/ABSTRACT]	51140
#8	Instrument*[TITLE/ABSTRACT]	250722
#9	Evaluate*[TITLE/ABSTRACT]	2961431
#10	Assess*[TITLE/ABSTRACT]	2455007
#11	Criteria*[TITLE/ABSTRACT]	486557
#12	Indicator*[TITLE/ABSTRACT]	235476
#13	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	7030403
#14	#5 AND #13	2847

Deutschsprachiger Suchbegriff		Treffer LIVIVO 16.03.2018
#1	KW=Kontinuität*	5076
#2	KW=Versorgungskontinuität	6
#3	KW=Versorgungssicherheit	51
#4	KW=Wohnkontinuität	0
#5	(((KW=Kontinuität*) OR KW=Versorgungskontinuität) OR KW=Versorgungssicherheit) OR KW=Wohnkontinuität	5133
#6	KW=Messung*	509114
#7	KW=Operational*	1544
#8	KW=Instrument*	716465
#9	KW=Evaluated*	419846
#10	KW=Erhebung*	1770
#11	KW=Erfassung*	184
#12	KW=Kriterium*	472
#13	KW=Indikator*	8427
#14	((((((KW=Messung*) OR KW=Operational*) OR KW=Instrument*) OR KW=Evaluated*) OR KW=Erhebung*) OR KW=Erfassung*) OR KW=Kriterium*) OR KW=Indikator*	1636414
#15	Filter: Artikel	1727
#16	Filter: Artikel, DEU	362
#17	Versorgungskontinuität	143

Anhang 2: Stellungnahme des Instituts für Informations-, Gesundheits- und Medizinrecht (IGMR), Universität Bremen

Verfasser: Prof. Dr. F. Hase

Konzept und Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen: Expertise nach § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI

Juristische Stellungnahme

I. Grundlagen des Qualitätssicherungsrechts der Pflegeversicherung

Bei der Erarbeitung und Weiterentwicklung der fachlichen und rechtlichen Grundlagen einer Qualitätssicherung im Bereich der Pflege kommt den *Vertragsparteien nach § 113 SGB XI* – dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene³² – und dem von ihnen getragenen Qualitätsausschuss³³ heute offenbar die Schlüsselrolle zu. Die Vertragsparteien sind zunächst für die Vereinbarung der *Maßstäbe und Grundsätze* zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Nach § 113a SGB XI haben sie darüber hinaus auch für die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter *Expertenstandards* – zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

³² Vereinbarungen werden nach § 113 Abs. 1 Satz 1 SGB XI von den Parteien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen... sowie unabhängiger Sachverständiger“ getroffen. Grundlegend zu Fragen der Qualitätssicherung *Karl-Jürgen Bieback* Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht, 2004; *Gerhard Igl* Qualitätsanforderungen in der Pflege – Wie hat eine rechtliche Rahmenordnung auszusehen?, SGB 2007, 381 ff.; *ders.* Kriterien und Strukturen der Qualitätssicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung – Gesetzliche Vorgaben und Ausgestaltung, SDSRV 61 (2012), S. 81 ff.; *Christoph Altmicks* 20 Jahre Pflegeversicherung – 20 Jahre gemeinsame Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene, KrV 2014, 191 ff.; *Peter Axer* Instrumente der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung, KrV 2015, 97 ff.; *Max Geraedts/Bernhard Holle/Horst Christian Vollmar/Sabine Bartholomeyczik* Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Pflege, Bundesgesetzbl. 2011, 185 ff.; *Stefan Görres/Sabine Blom/Svenja Schmitt* Qualitätssicherung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, MedR 2012, 487 ff.; *Peter Pick/Jürgen Brüggmann* Qualität der Pflege: Fast am Ziel oder halbe Strecke?, G+S 2016, 25 ff.

³³ Als Qualitätsausschuss handelt die 2008 von den Vertragsparteien eingerichtete Schiedsstelle, nach Maßgabe des § 113b SGB XI hat sie Entscheidungen über Vereinbarungen und Beschlüsse im Sinne der §§ 37 Abs. 5, 113, 133a, 115 Abs. 1a, Abs. 1c und Abs. 3b und § 115a Abs. 1 und 2 SGB XI zu treffen.

– einzustehen³⁴. Der „Pflegeselbstverwaltung“ sind damit Aufgaben zugewiesen worden, die in vieler Hinsicht *außergewöhnlich* und deshalb auch nur mit *besonderen* Mitteln zu bewältigen sind.

Die grundlegende Schwierigkeit wird darin zu sehen sein, dass das Recht zwar bei Fragen der Leistungsqualität durchweg auf einen *medizinisch-pflegerischen Standard* verweist (§§ 11 Abs. 1 Satz 1, 28 Abs. 3, 69, 113a SGB XI), ein solcher Standard aber, als das SGB XI in Kraft trat, allenfalls *partiell* vorhanden, weithin also erst *zu erarbeiten* war³⁵. Bis heute ist ein in Fachkreisen „gesichertes“ Wissen darüber, welche Mittel, Maßnahmen und Methoden zur Erreichung der mit der Pflege verfolgten Ziele am besten geeignet und wie die dabei relevanten Risiken effektiv unter Kontrolle zu halten sind, nur zum Teil verfügbar. Aufgrund der enormen Komplexität und Veränderlichkeit des Versorgungsgeschehens muss die Bestimmung von Standards und Qualitätsmaßstäben für die Pflege allerdings auch ganz grundsätzlich als eine Aufgabe gesehen werden, die nicht an einem bestimmten „Punkt“ abzuschließen, sondern immer wieder neu in Angriff zu nehmen ist. Daraus ergibt sich unter anderem, dass die Pflegeselbstverwaltung sich, wenn sie Vorgaben im Sinne der §§ 113 und 113a SGB XI zu treffen hat, in sehr hohem Maße auf *wissenschaftliches* Wissen zu stützen hat.

Auch ein solches, bei der Qualitätssicherung in der Pflege (in der Form von Konzepten, Maßstäben und Standards) zugrundezulegendes Wissen ist aber bislang nur zum Teil verfügbar, es muss deshalb weithin gezielt für die besonderen Zwecke *erarbeitet* werden, die sich aus den Aufgaben der Pflegeselbstverwaltung nach §§ 113 und 113a SGB XI ergeben: Regelungsvorgaben und Orientierungen im Sinne dieser Vorschriften sind nur dann sinnvoll und sachgerecht zu bestimmen, wenn sie sich auf pflegewissenschaftliche Untersuchungen und Einschätzungen stützen können, die auf einem fundierten Verständnis der jeweils relevanten versorgungspraktischen Gegebenheiten beruhen und damit auch Klarheit über die unter Qualitätsaspekten maßgebenden Kriterien und Zielsetzungen pflegerischen Handelns verschaffen. Dem wird vor allem mit den Regelungen in § 113b Abs. 4 SGB XI Rechnung getragen³⁶. Die Aufträge, die danach an wissenschaftliche Einrichtungen und Sachverständige zu vergeben waren, sind allesamt auf die Entwicklung wissenschaftlich abgestützter Qualitätssiche-

³⁴ Die Standards tragen für den jeweiligen Themenbereich „zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei“, § 113b Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

³⁵ In diesem Sinne etwa *Igl/SGb* 2007, 381 ff.; *ders.* Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, *NJW* 2008, 2214 ff.; *Peter Udsching* in: *ders.* (Hrsg.), SGB XI, 3. Aufl. 2010, § 28 Rn. 9 ff., 11 f.

³⁶ § 113b SGB XI geht auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I, 874) zurück, die Vorschrift wurde durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I, 2424) neu gefasst.

rungskonzepte und -instrumente im Verantwortungsbereich der Pflegeselbstverwaltung gerichtet. Zu diesen Aufträgen gehört derjenige, der in § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI geregelt ist.

II. Der Auftrag im Sinne des § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI

1. Ein Konzept für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen

a) Der konstitutive Bezug der Qualitätssicherung zur pflegerischen Versorgung im Sinne des SGB XI

Der auf der Vorschrift beruhende Auftrag besteht darin,

„ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben“.

Dabei ist zunächst hervorzuheben, dass es hier, wie sich aus §§ 113 und 113a – und den zugrundeliegenden Bestimmungen insbesondere des Ersten, Vierten und Siebten Kapitels – SGB XI ergibt, immer nur um ein „Konzept“ und um „Instrumente“ der Qualitätssicherung *in der Pflege* (im Sinne des SGB XI) gehen kann: Qualitätssicherung im Sinne des § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI muss hier also auf pflegerische Leistungen und Vorkehrungen im Sinne des SGB XI zu bezogen werden³⁷, nur insoweit haben die Kassen und die Leistungserbringer, wie sich vor allem aus §§ 12 Abs. 1, 28 Abs. 3, 69, 72 Abs. 3 und 112 SGB XI ergibt, für die Qualität der Versorgung der Versicherten einzustehen.

Andererseits aber ist „Qualität“ ein in vieler Hinsicht offener Begriff, und die Lage pflegebedürftiger Versicherter, die bei jeder nur denkbaren qualitativ ausgerichteten pflegewissenschaftlichen Beurteilung zugrunde zu legen ist, wird offenbar nicht allein von den im SGB XI geregelten Leistungen bestimmt. Von überragender Bedeutung wird stets der Wohn- und Lebenszusammenhang sein, der die Situation des pflegebedürftigen Menschen prägt, und in dieser Hinsicht hat die Pflege einer extremen Vielfalt von Gestaltungen und Möglichkeiten Rechnung zu tragen. Pflegebedürftige leben in Privathaushalten (wobei weiter, etwa zwischen Ein-Personen-Haushalten und klein- oder großfamiliären Verbänden unterschieden werden muss), in – verschiedenen Arten von – Heimen, zunehmend aber auch in sehr unterschiedlichen Wohnzusammenhängen, die mit dem Begriff der „neuen“ oder „innovativen Wohnform“ zu charakterisieren sind.

³⁷ Im gewissen Sinne wird dies durch die Regelung in § 117 SGB XI bestätigt, in der die für die Qualitätssicherung für die Pflege verantwortlichen Akteure zur Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht verpflichtet werden.

b) Die grundlegende Bedeutung des Wohn- und Lebenszusammenhangs für Art und Qualität der pflegerischen Versorgung

Für die hier zu erörternden Fragen einer auf die pflegerische Versorgung bezogenen Qualitätssicherung und -berichterstattung ist entscheidend, dass jedwede Pflege schon ihrer Art und Ausrichtung nach auf den besonderen, für den jeweiligen Pflegebedürftigen maßgebenden Wohn- und Lebenszusammenhang „eingestellt“ werden muss, selbst aber auch – umgekehrt – von diesem Zusammenhang abhängig ist. Schon deshalb kann die Qualität pflegerischer Maßnahmen ganz grundsätzlich nicht *unabhängig* von der Wohn- und Lebenssituation des Pflegebedürftigen beurteilt werden. So wären bei Pflegebedürftigen, die im eigenen Haushalt leben, bei einer massiven Destabilisierung der häuslichen Lebensorganisation die mit der Pflege verfolgten Ziele auch bei bester Qualität der Leistungen selbst vermutlich nicht zu erreichen. Entsprechendes hat für die Pflege im Heim und im Rahmen neuer Wohnformen zu gelten.

Eine pflegerische Versorgung von hoher Qualität ist also nur bei fortlaufender systematischer Einbeziehung des jeweiligen, für den Pflegebedürftigen maßgebenden Wohn- und Lebenszusammenhangs zu erreichen. Direkten Zugriffen und einer unmittelbaren Kontrolle seitens der Pflege ist dieser Zusammenhang aber grundsätzlich entzogen. So wird die Pflege nicht direkt, sondern – mit den Leistungen im Sinne des SGB XI – immer nur mittelbar zur Abstützung der privaten Häuslichkeit beitragen können, in der eine pflegebedürftige Person lebt. Auch für die Einrichtung, Strukturierung und fortlaufende Organisation einer (als „neue“, „innovative“) Wohnform zu qualifizierenden Einheit sind durchweg Akteure verantwortlich, die selbstgesetzte Ziele verfolgen und keiner direkten Einwirkung der Pflegeversicherung unterliegen³⁸. Bei Heimen, die stets für die Pflege, Unterbringung und Verpflegung pflegebedürftiger Personen einzustehen haben, wird es zwar einer besonderen Betrachtung bedürfen. Die grundlegenden Regelungen, in denen die Anforderungen an die Errichtung und den Betrieb solcher Heime festgelegt sind, werden aber nicht durch das Recht der Pflegeversicherung vorgegeben. Sie finden sich in landesgesetzlichen Bestimmungen, deren Einhaltung von den Behörden der Länder, nicht von Einrichtungen der Pflegeversicherung zu überwachen ist³⁹.

³⁸ Zu den landesgesetzlichen Anforderungen an solche Wohnzusammenhänge vgl. die Aufstellung im „1. Zwischenbericht“, Seite 22 ff., Tabelle 8.

³⁹ In § 117 SGB XI ist allerdings die Zusammenarbeit der Landesverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden vorgesehen.

Die außerordentlich dichten Bezüge und Wechselwirkungen zwischen Pflege und dem Wohn- und Lebenskontext, der dem zu pflegenden Menschen Rückhalt gibt (oder jedenfalls geben kann und soll), sind demnach im Sinne einer komplexen und widersprüchlichen *Einheit* zu sehen. Auf der einen Seite muss hier prinzipiell *unterschieden* werden: Wohn- und Lebenszusammenhänge unterliegen grundsätzlich eigenen, nicht von der Pflegeversicherung vorgegebenen oder maßgeblich zu beeinflussenden Regeln. Andererseits aber ist eine wechselseitige *Abstimmung* vollständig unerlässlich: Pflegerische Leistungsangebote müssen so gut wie möglich auf die jeweilige Wohn- und Lebensform zugeschnitten sein, sie bedürfen fortlaufender Abstützung in dem Zusammenhang, der die Existenz des Pflegebedürftigen prägt. Dieser Zusammenhang wiederum hat selbst ohne angemessene – qualitativ hochwertige – Versorgung der zu Pflegenden letztlich selbst keinen Bestand. Insofern bedarf es hier unter einer ganzen Reihe von Gesichtspunkten eines geordneten „Zusammenspiels“ zwischen pflegerischer Versorgung und dem jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhang, durch das deren – unterschiedliche – Potentiale im Interesse der pflegebedürftigen Menschen so weit wie möglich auszuschöpfen sind.

Dies aber bedeutet vor allem, dass

- alle Einzelmaßnahmen und Vorkehrungen im Sinne des SGB XI sehr genau auf die jeweilige Wohn- und Lebensform „eingestellt“ werden müssen,
- aus der Sicht der Pflegeversicherung aber auch nicht unbeträchtliche Anforderungen an den jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhang zu stellen sind: Der Einsatz – knapper – pflegerischer Ressourcen kann nur gerechtfertigt werden, soweit damit die bestmöglichen Wirkungen zu erzielen sind,
- die Pflegeversicherung die Einhaltung oder Verwirklichung entsprechender Erwartungen in dem jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhang fortlaufend zu beobachten hat: Es bedarf praxisgerechter Maßstäbe und Unterscheidungen, anhand derer sich die Wirkungen der Pflege in dem jeweiligen Lebenskontext so beschreiben lassen, dass qualitätsbezogene Beurteilungen „von außen“ jederzeit möglich sind.

c) Schlussfolgerung

Aus alledem ist zu folgen: Dem Auftrag im Sinne des § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI liegt die – in jeder Hinsicht plausible – Annahme zugrunde, dass bei oder im Zusammenhang mit *der pflegerischen Versorgung* von Menschen, die in einer neuen Wohnform leben, *spezifische* Qualitätsfragen aufgeworfen werden, denen wiederum mit einem *eigenen* „Konzept“, vor allem auch mit *besonderen* „Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung“ und darüber hinaus mit einer eigenen „Qualitätsberichterstattung“ Rechnung zu tragen ist. Fragen der

Pflegequalität sind also dort, wo pflegerische Leistungen weder im Privathaushalt noch im Heim, sondern in einer neuen Wohnform erbracht werden sollen, in einer *besonderen* Weise zu stellen⁴⁰. Dies ist, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, vor allem darin begründet, dass die Beziehungen zwischen pflegerischen Leistungserbringern und Pflegebedürftigen hier in einen *organisierten* Lebenszusammenhang „eingebunden“ sind, aus dem sich unter dem Gesichtspunkt der *Pflegequalität* besondere Möglichkeiten ergeben, der aber immer auch spezifische Ungewissheiten und Gefährdungen in sich birgt. Zur näheren Bestimmung der hier relevanten Zusammenhänge zwischen Pflege und der für den Pflegebedürftigen maßgebenden Wohn- und Lebensform sollen im Folgenden zunächst die Grundlagen des Begriffs der *Pflegequalität* – der Qualität pflegerischer Leistungen im Sinne des SGB XI – umrissen werden. Sodann ist auf wohnformbezogene Spezifika der Pflege einzugehen.

2. Spezifische Qualitätsaspekte bei der pflegerischen Versorgung in neuen Wohnformen

a) Prämissen des Begriffs der Pflegequalität

In der Pflege ist das qualitative Optimum gegeben, wenn Pflegebedürftige eine Versorgung erhalten, mit der

- die mit den verschiedenen Leistungen angestrebten *Ziele* so weit wie möglich zu erreichen und
- die jeweils relevanten *Risiken* so weit wie möglich auszuschalten oder zu kontrollieren sind.

Sowohl unter dem Gesichtspunkt der Zielvorgaben als auch unter dem der Risikokontrolle muss demnach in der Pflege auf Maßnahmen, Mittel und Vorgehensweisen gesetzt werden, die eine größtmögliche *Wirksamkeit* versprechen. Legt man aber die Ziele zugrunde, die im SGB XI für alle pflegerischen Leistungen verbindlich vorgegeben sind, so wird sogleich die Eigenart des für *diesen* Sozialleistungsbereich maßgebenden Qualitätsbegriffs deutlich. „Pflegebedürftig“ sind nach § 14 Abs. 1 Satz 1 SGB XI „Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe

⁴⁰ Nicht zu vertiefen ist hier die Frage, wie im Einzelnen zwischen neuen Wohnformen und solchen Einrichtungen abzugrenzen ist, die nach heimrechtlichen Bestimmungen als Heime einzustufen sind. Bei den Wohnformen, die Gegenstand dieser Stellungnahme sind, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass es sich nicht um Heime handelt.

durch andere bedürfen“⁴¹, alle pflegerischen Bemühungen sind deshalb nach § 2 Abs. 1 SGB XI in erster Linie darauf gerichtet, den Pflegebedürftigen zu helfen,

- trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes, der Würde des Menschen entsprechendes Leben zu führen und
- die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiederzugewinnen und zu erhalten.

Die Besonderheiten, die sich aus *solchen* Zielvorgaben für alle Fragen der Pflegequalität ergeben, treten in einem Vergleich mit den Vorgaben für die gesundheitliche Versorgung im Sinne des Krankenversicherungsrechts besonders klar zutage.

Die Ziele der Krankenbehandlung bestehen nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V darin, eine Krankheit – das heißt einen medizinisch relativ genau einzugrenzenden „regelwidrigen Zustand“ – zu erkennen, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten und Beschwerden zu lindern. Eine Krankenbehandlung ist von optimaler Qualität, wenn sie die größtmöglichen Aussichten auf die Erreichung dieser Ziele eröffnet. Die angeführten Ziele der Pflege aber (das Vermögen des Einzelnen zu einer selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung soll abgestützt werden, zugleich ist Hilfe zur Wiedergewinnung oder Erhaltung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu leisten) sind nicht nur wesentlich *komplexer* als diejenigen, die mit der Krankenbehandlung zu verfolgen sind. Sie werden auch in weitaus größerem Maße von der *Lebenssituation* sowie von der *Lebensführung* und dem *Verhalten* derjenigen bestimmt, die die Leistungen erhalten: Die pflegerische Versorgung soll den Pflegebedürftigen so weit wie möglich eine „Selbststeuerung“ und die entsprechende Aktivierung der eigenen Kräfte erlauben. Je besser *dies* gelingt, desto höher ist die Qualität einer solchen Versorgung.

⁴¹ Nach § 14 Abs. 1 Satz 2 SGB XI muss es sich dabei „um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können“.

b) Wohnformbezogene Spezifika der Pflege

Oben war bereits darauf hinzuweisen, dass es in hohem Maße von der Wohn- und Lebenssituation des Pflegebedürftigen abhängig ist, ob und wie weit die angeführten Ziele mit Hilfe pflegerischer Leistungen und Vorkehrungen zu erreichen sind. Aus der Sicht der Pflege ist es ein grundlegender Unterschied, ob Pflegebedürftige

- im Privathaushalt,
- im Heim oder
- in einer neuen Wohnform

leben⁴². Im Übrigen werden die Erfolgsaussichten der Pflege, wie erwähnt, auch von der Art des Haushalts (Ein-Personen-Wohnung, kleinfamiliärer Wohnzusammenhang, großfamiliärer Verbund usw.), vom Konzept, der Ausgestaltung und der Ausstattung des Heims und von der besonderen Ausprägung der jeweiligen neuen Wohnform mitbestimmt. Vor allem aber wird das pflegerische Vorgehen, wie ebenfalls bereits dargelegt worden ist, nur dann optimale Aussichten auf die Erreichung der vorgegebenen Ziele eröffnen, wenn es *selbst* den *spezifischen* Gegebenheiten in Privathaushalten, im Heim und in den verschiedenen Gestaltungen der neuen Wohnformen Rechnung trägt.

Zugleich aber sind, umgekehrt, Erwartungen an den jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhang zu richten: Dieser muss im Alltag jederzeit Voraussetzungen bieten, unter denen die pflegerische Versorgung *ihren* Anforderungen gerecht werden und die *ihr* gesetzten Ziele erreichen kann (ist dies in einem relevanten Umfang nicht der Fall, so werden die Leistungsvoraussetzungen im Sinne des SGB XI nicht gegeben sein). Insoweit wird es einerseits – im Sinne der angesprochenen wechselseitigen Abstützung von Pflege und Wohnzusammenhang – darum gehen, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass wohnformspezifische Potentiale, die im Sinne einer Stabilisierung der Leistungsempfänger zu nutzen sind, bei der Pflege und durch die Pflege so weit wie möglich zum Tragen kommen. So ist die pflegerische Versorgung etwa sehr sorgfältig auf die individuellen Selbststeuerungsmöglichkeiten „einzustellen“, wie sie vorauszusetzen sind, wenn Pflegebedürftige in der eigenen Häuslichkeit oder in einer den neuen Wohnformen zuzurechnenden Einheit leben. Ist Letzteres der Fall, so werden bei der pflegerischen Betreuung (außer den privat-individuellen „Ressourcen“) auch die Möglichkeiten einer Abstützung und Aktivierung des Pflegebedürftigen durch den mehr oder weniger fest instituti-

⁴² Eine solche Einschätzung liegt offenbar auch der in § 3 SGB XI niedergelegten Regel des *Vorrangs* der häuslichen Pflege zugrunde.

onalisierten Gruppenzusammenhang in Rechnung zu stellen sein. – Andererseits aber müssen bei der pflegerischen Versorgung auch die Risiken und Gefahren erfasst und berücksichtigt werden, die in einem strukturellen Sinn in den jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhängen angelegt sind. Zumindest zum Teil unterscheiden sich die Gründe, aus denen die Pflege ihre Ziele verfehlen kann, je nachdem, ob Pflegebedürftige im eigenen Haushalt, im Heim oder in einer der neuen Wohnformen leben. Insofern ist es für die Qualität der Pflege von entscheidender Bedeutung, dass auch den besonderen Fehlerquellen Rechnung getragen wird, die sich typischerweise aus dem jeweiligen Wohn- und Lebenskontext ergeben.

Bei jedem der Wohn- und Lebenszusammenhänge, die die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen bestimmen, gibt es demnach unter dem Gesichtspunkt der Pflegequalität elementare *Ambivalenzen*. Für die Qualitätssicherung in der Pflege ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, dass die Möglichkeiten wie auch die Risiken, die für die jeweilige Lebens- und Wohnform charakteristisch sind, möglichst genau erfasst und das pflegerische Handeln selbst entsprechend ausgerichtet und „abgestimmt“ wird. Dies wiederum setzt die Festlegung pflegebezogener *Qualitätsmerkmale* voraus, mit denen den angesprochenen Ambivalenzen des jeweiligen Lebenszusammenhangs angemessen Rechnung getragen wird.

III. Die Qualitätsmerkmale im Sinne der „Zwischenberichte“

1. Allgemeines

Der Begriff der „neuen“ oder „innovativen Wohnform“ ist nicht normativ festgelegt⁴³. Den Gestaltungen, die mit ihm bezeichnet werden, ist gemeinsam, dass sie sich von privat-familiären Wohn- und Lebensbereich unterscheiden, andererseits aber auch nicht als Heime im Sinne der heimrechtlichen Bestimmungen (oder der Regelungen in § 71 Abs. 2 SGB XI) einzustufen sind⁴⁴. Neue Wohnformen sind gleichsam auf einer mittleren Ebene *zwischen* privat-individuell gestalteten und durch die relativ starre Organisation eines Heimes vorgegebenen Lebenszusammenhängen zu sehen, Elemente der einen wie der anderen Sphäre sind bei ihnen miteinander kombiniert. Dabei werden schon jetzt sehr unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten genutzt, von einer einheitlichen neuen Wohnform kann also nicht die Rede sein⁴⁵.

⁴³ Im SGB XI sind solche Wohnformen – außer in § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 – auch in § 8 Abs. 3 Satz 2 angesprochen: Aus Mitteln des Ausgleichsfonds sind unter anderem „neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben“.

⁴⁴ Bei der Abgrenzung zum Heim steht der Gesichtspunkt im Vordergrund, dass bei neuen Wohnformen nicht zwingend vorausgesetzt wird, dass der Einzelne in dem jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhang eine pflegerische Versorgung in Anspruch nimmt.

⁴⁵ Es ist kein Zufall, dass der Begriff in § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI *im Plural* verwendet wird.

In den „Zwischenberichten“ werden deshalb vier *Wohnformtypen* voneinander abgehoben, die wiederum auf unterschiedlichen Konzepten beruhen. Insoweit wird, im Sinne einer Binnendifferenzierung innerhalb der übergreifenden Kategorie der „neuen Wohnformen“, zwischen „gemeinschaftlichem Wohnen“, „ambulant betreutem Wohnen“, „ambulant betreutem Pflegewohnen“ und „ambulant betreutem Wohnen in integrierten Wohnformen“ unterschieden. Einer solchen Typisierung aber liegt die Annahme zugrunde, dass es bei jeder dieser Ausprägungen eines „neuen Wohnens“ strukturelle Besonderheiten gibt, die sich wiederum im jeweiligen pflegerischen Betreuungsangebot und in den entsprechenden Leistungen niederschlagen (müssen) und für deren Qualität von herausragender Bedeutung sind. Zur differenzierten *Erfassung* solcher Bezüge zwischen Wohn- und Lebenszusammenhang und pflegerischer Betreuung – im Sinne einer „Qualitätssicherung“ nach Maßgabe des § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI – werden in den „Zwischenberichten“ fünf „*Qualitätsmerkmale*“ vorgeschlagen, diese werden mit den Begriffen „Versorgungskontinuität“, „Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“, „Nutzerorientierung“, „Koordination“ und „Transparenz“ benannt.

Wieweit mit der Auswahl und der näheren Bestimmung dieser „Merkmale“ unter Qualitätssicherungsaspekten bereits das Optimum erreicht wird, muss im Wesentlichen der pflegewissenschaftlichen Beurteilung überlassen bleiben. Aus rechtswissenschaftlicher Sicht kann nur allgemein eingeschätzt werden, inwieweit mit diesen Merkmalen der Auftrag „umzusetzen“ ist, der auf § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI beruht. Dabei ist in erster Linie zu fragen, ob ein auf die genannten Merkmale gestütztes Qualitätssicherungskonzept zur Erfassung der für die pflegerische Betreuung relevanten Ambivalenzen *geeignet* ist, die sich, wie gezeigt, aus dem Wohn- und Lebenszusammenhang ergeben, von dem die Situation des pflegebedürftigen Menschen bestimmt wird.

2. Qualitätsmerkmal „Stärkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“

Bereits der in § 3 SGB XI niedergelegten Regel des Vorrangs der *häuslichen* Pflege liegt die Annahme zugrunde, dass der eigenverantwortlich zu gestaltende Wohn- und Lebenszusammenhang auch im Kontext der pflegerischen Versorgung zu den die „Selbststeuerung“ des Einzelnen abstützenden und insofern möglichst lange zu erhaltenden „Ressourcen“ gehört. Dies wird auch mit Rücksicht auf die „neuen“ Wohnformen zu gelten haben, in denen mit dem – freiwillig gewählten und zumindest ein Stück weit frei bestimmten – *Gruppenzusammenhang* zur Häuslichkeit eine weitere „Ressource“ hinzutritt, die ebenfalls im Sinne einer Stärkung der individuellen Autonomie zu nutzen ist. Unter beiden Gesichtspunkten sind damit in diesen Wohnformen Bedingungen gegeben, die es grundsätzlich erleichtern, mit einer adäquaten

pflegerischen Versorgung die Ziele im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB XI – Erhaltung und Ausschöpfung der Selbstbestimmungspotentiale und der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des pflegebedürftigen Menschen – zu erreichen. Von großem Interesse ist dabei, ob Abstützungseffekte dieser Art bei den verschiedenen Wohnformtypen unterschiedlich ausgeprägt sind, vor allem aber auch, ob es signifikante Unterschiede zwischen – überwiegend – von den Bewohnern selbst getragenen und verantworteten und – überwiegend – von einem selbständigen Träger organisierten Wohn- und Lebenszusammenhängen gibt. Wieweit die Vorteile, die das Leben in einer neuen Wohnform für die pflegerische Versorgung (gerade unter dem Gesichtspunkt der Ziele im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB XI) bietet, in der Praxis tatsächlich zu nutzen und insofern eine qualitativ optimale pflegerische Betreuung zu verwirklichen ist, wird in jedem Fall vor allem von der *Abstimmung* zwischen Wohn- und Lebenszusammenhang und der pflegerischen Betreuung abhängig sein.

3. Qualitätsmerkmal „Nutzerorientierung“

Auch unter dem Aspekt der „Nutzerorientierung“ werden Wohn- und Lebensformen, die jedenfalls in einem relevanten Umfang individueller Gestaltung zugänglich sind, gerade im Vergleich mit der Situation in einem Heim Vorteile bieten, die unter dem Gesichtspunkt der Vorgaben des § 2 Abs. 1 SGB XI bei der pflegerischen Betreuung der Bewohner zu nutzen sind. Um solche Möglichkeiten optimal auszuschöpfen, wird aber wiederum eine sehr sorgfältige Abstimmung zwischen dem jeweiligen Wohn- und Lebenszusammenhang und der pflegerischen Versorgung erforderlich sein. Auch insoweit ist von großem Interesse, inwieweit bei solchen Abstimmungen Unterschiede zwischen den verschiedenen Wohnformtypen zu berücksichtigen sind und in welchem Maße – im Sinne der Erreichung der bestmöglichen pflegerischen Versorgung – dem der jeweiligen Wohnform zugrunde liegenden organisatorischen Konzept Rechnung getragen werden muss.

4. Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“

Mit dem Merkmal „Versorgungskontinuität“ wird ein Gesichtspunkt in den Vordergrund gestellt, bei dem sich mit Rücksicht auf Pflegebedürftige, die in einer der neuen Wohnformen leben, aus der Frage nach der Qualität der pflegerischen Leistungen – gerade auch im Vergleich mit der Situation im Pflegeheim – *besondere Anforderungen* ergeben. In Heimen kann eine kontinuierliche Versorgung der Bewohner durch entsprechende organisatorische Vorkehrungen relativ leicht gewährleistet werden. In Wohn- und Lebenszusammenhängen, die organisatorisch durchweg viel weniger „verdichtet“ sind und wesentlich auf freier individueller Entscheidung und einvernehmlicher gemeinsamer Gestaltung beruhen, ist dies schon deshalb schwieriger, weil der Einzelne grundsätzlich jederzeit aus der Wohnform ausscheiden kann. Weil es viel-

fach, schon um eine ausreichende Versorgung aller auf Hilfe angewiesenen Personen sicherzustellen, *Verknüpfungen* zwischen der pflegerischen Betreuung der einzelnen Bewohner geben wird, können sich bereits aus dem Ausscheiden einer Person Auswirkungen auf die Versorgung aller übrigen Bewohner ergeben. Im Übrigen kann es beispielsweise Veränderungen des individuellen Pflegebedarfs geben oder „punktuell“ (etwa in einer Krisensituation) ein besonderer pflegerischer Versorgungsbedarf bestehen, dem im Rahmen einer neuen Wohnform nicht oder doch viel schwerer als in einem Heim Rechnung zu tragen ist.

5. Qualitätsmerkmale „Koordination“ und „Transparenz“

Aus den Merkmalen „Koordination“ und „Transparenz“ ergeben sich – unter Gesichtspunkten der Leistungsqualität relevante – Anforderungen, die grundsätzlich immer – bei jeder die Situation des Leistungsempfängers bestimmenden Wohn- und Lebensform – an das pflegerische Handeln zu stellen sind, denen aber dort, wo Pflegebedürftige in neuen Wohnformen leben, *besonderes Gewicht* beizumessen ist. Dies ergibt sich daraus, dass die Gesamtkonstellation, in die pflegerische Vorkehrungen und Maßnahmen eingebunden sind, hier weitaus komplexer und unübersichtlicher ist als dort, wo die pflegerische Versorgung in einem Privathaushalt oder im Heim sicherzustellen ist. Bei häuslicher Pflege steht dem Pflegebedürftigen mit dem Pflegedienst *eine* – kohärente, für das Leistungsgeschehen verantwortliche – Organisation gegenüber, die dem besonderen Bedarf des Leistungsempfängers und den Gegebenheiten in seinem Wohnumfeld Rechnung zu tragen hat. Auch bei stationärer Pflege kann es nur um die Ausbalancierung des Verhältnisses zwischen Heim und Heimbewohner, das heißt um einen Ausgleich zwischen den Belangen der Privatperson und einer für die Leistungserbringung verantwortlichen Organisation gehen. Bei Pflegebedürftigen hingegen, die in einer neuen Wohnform leben, muss stets zwischen *Privatperson*, selbstgewähltem und mehr oder weniger frei gestaltetem *Wohnzusammenhang* und *Pflegediensten* vermittelt werden. Hier sind Abstimmungen zwischen privat-individueller Sphäre, Wohnorganisation und für die pflegerische Betreuung verantwortlichen Organisationen sicherzustellen, und zwar derart, dass die bestmögliche pflegerische Versorgung erreichbar wird. Dies wiederum setzt offenbar transparente Arrangements zwischen Pflegebedürftigem, Wohnverbund und den für die Pflege verantwortlichen Einrichtungen voraus. Mit der internen und externen Qualitätssicherung soll gewährleistet werden, dass das erreichbare Qualitätsniveau in der Praxis tatsächlich eingehalten wird.

IV. Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement

An dieser Stelle ist nur mit einer kurzen Bemerkung darauf hinzuweisen, dass das Qualitätssicherungsrecht der Pflegeversicherung von unterschiedlichen – nicht ohne Weiteres und wohl auch nicht in jeder Hinsicht kompatiblen – Regelungsansätzen bestimmt wird, deren Ausprägungen sich in einem allgemeinen Sinne berühren oder überschneiden, in der Praxis aber –

vor allem von der Pflegeselbstverwaltung – in einer schlüssigen Weise aufeinander bezogen werden müssen. Zum einen werden hier, im Sinne einer „klassischen“ Qualitätskontrolle und -sicherung, von zentralen Regelungsinstanzen Anforderungen festgelegt, die Einhaltung der Vorgaben wird extern überwacht, Reaktionen auf etwaige Mängel sollen in erster Linie „von außen“ erfolgen. Vor allem die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 und 114a SGB XI und die für den Fall der Mängelfeststellung in § 115 Abs. 2 bis 6 SGB XI vorgesehenen Maßnahmen und Konsequenzen sind maßgeblich von einem solchen Kontrollkonzept bestimmt.

Neben dieser Qualitätssicherung „herkömmlicher Art“ ist im SGB XI aber seit rund einem Jahrzehnt auch ein „systemisch“ *ausgerichtetes Qualitätsmanagement* verankert, das primär auf die Stimulierung der Selbstbeschreibungs-, Steuerungs- und Lernpotentiale der Pflegeeinrichtungen und auf deren „aktive“ Integration in ein übergreifendes Qualitätsentwicklungskonzept gerichtet ist. Ein solcher Regelungsansatz hat sich vor allem in § 112 Abs. 2 Satz 1 und in verschiedenen Bestimmungen in § 113 niedergeschlagen, die, ebenso wie die Regelungen in § 113b Abs. 4, durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz in das SGB XI eingefügt worden sind⁴⁶.

Beide Regelungskonzepte haben ihren eigenen Sinn und ihre eigene Berechtigung. Weil sie aber ganz unterschiedlich ausgerichtet sind, die Zuordnung im Einzelnen im Gesetz jedoch weithin offen geblieben ist, haben hier vor allem die Parteien der Pflegeselbstverwaltung und darüber hinaus auch die – für die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI verantwortlichen – Landesverbände der Pflegekassen eine rechtliche Konkretisierung zu leisten: Auf der Grundlage des Gesetzes müssen sie Regelungsvorgaben bzw. Orientierungen erarbeiten, die eine Optimierung der herkömmlichen Qualitätskontrollen und zugleich einen Ausbau des „systemischen“ Qualitätsmanagements erlauben. Vor allem haben sie durch die entsprechende Ausgestaltung und Anwendung des Rechts dafür zu sorgen, dass ein störungsfreies „Operieren“ beider Formen der Qualitätsbeurteilung und -verbesserung im Sinne einer wechselseitigen Abstützung und Ergänzung gewährleistet wird.

Das in § 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6 SGB XI geforderte „Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen“ und die hier vor allem angesprochenen „Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung“ können an sich sowohl für Qualitätskontrollen „herkömmlicher Art“ als auch für die Zwecke eines „systemischen“ Managements genutzt werden. Tatsächlich aber werden die in Rede stehenden

⁴⁶ Zu den Regelungen, die das Elfte Kapitel SGB XI betreffen, *Ronald Richter* Die neue soziale Pflegeversicherung, 2016, S. 169 ff.

Instrumente in erster Linie im Rahmen eines Qualitätsmanagements in dem soeben dargelegten Sinne zu verwenden sein. Dies ergibt sich vor allem aus der Komplexität der Abstimmungsprozesse, die zur Sicherung der Pflegequalität erforderlich sind, wenn Pflegebedürftige in einer neuen Wohnform zu betreuen sind. Mit externen Kontrollen ist *hier* letztlich nicht sehr viel zu bewirken, auch unter dem Gesichtspunkt der Pflegequalität wird in erster Linie bei der Lern- und Selbststeuerungsfähigkeit der Einrichtungen anzusetzen sein.

Dem ist auch bei der Auswahl und Bestimmung der Kriterien Rechnung getragen worden, die in dem Zwischenbericht zur Konkretisierung der fünf angesprochenen Qualitätsmerkmale vorgesehen sind. Bei einigen der Kriterien ist die Relevanz – in erster Linie – unter Beratungsgesichtspunkten zu sehen. Bei der Nutzung von Kriterien für Prüfungszwecke wird in jedem Fall ein sehr deutlich ausgeprägter leistungsrechtlicher Bezug zu fordern sein.

Anhang 3: In die Ergebnisdarstellung des zweiten Rapid Reviews zur Operationalisierung der Qualitätsmerkmale einbezogene Studien

- Athwal, L., Marchuk, B., Laforet-Fliesser, Y., Castanza, J., Davis, L. & Lasalle, M. 2014. Adaptation of a best practice guideline to strengthen client-centered care in public health. *Public Health Nurs*, 31, 134-43.
- Azar, J. M., Johnson, C. S., Frame, A. M., Perkins, S. M., Cottingham, A. H. & Litzelman, D. K. 2017. Evaluation of interprofessional relational coordination and patients' perception of care in outpatient oncology teams. *J Interprof Care*, 31, 273-276.
- Bamm, E. L., Rosenbaum, P., Wilkins, S. & Stratford, P. 2015. Performance of the measures of processes of care for adults and service providers in rehabilitation settings. *Patient Relat Outcome Meas*, 6, 157-65.
- Berger, J. L. 2006. Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care--a program quality improvement project. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13, 464-7.
- Bice, T. W. & Boxerman, S. B. 1977. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care*, 15, 347-9.
- Burns, T., Catty, J., Harvey, K., White, S., Jones, I. R., McLaren, S. & Wykes, T. 2012. Continuity of care for carers of people with severe mental illness: results of a longitudinal study. *Int J Soc Psychiatry*, 59, 663-70.
- Büssing, A. & Glaser, J. 2001. Mitarbeiter- und Patientenorientierung in der Pflege als Teil des Qualitätsmanagements - Stand und Forschungsbedarf. *Pflege*, 14, 339-50.
- Caris-Verhallen, W. M. & Kerkstra, A. 2001. Continuity of care for patients on a waiting list for institutional long-term care. *Health Soc Care Community*, 9, 1-9.
- Carney Moore, J. M., Dolansky, M., Hudak, C. & Kenneley, I. 2015. Care coordination between convenient care clinics and healthcare homes. *J Am Assoc Nurse Pract*, 27, 262-9.
- Chapman, S. A., Keating, N. & Eales, J. 2003. Client-centred, community-based care for frail seniors. *Health Soc Care Community*, 11, 253-61.
- Constand, M. K., Macdermid, J. C., Dal Bello-Haas, V. & Law, M. 2014. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*, 14, 271.
- Crump, H., King, J., Graham, C., Thorlby, R., Raleigh, V., Redding, D. & Goodwin, N. 2017. Developing a User Reported Measure of Care Co-ordination. *Int J Integr Care*, 17, 4.
- Custers, A. F., Cillessen, A. H., Westerhof, G. J., Kuin, Y. & Riksen-Walraven, J. M. 2014. Need fulfillment, need importance, and depressive symptoms of residents over the first eight months of living in a nursing home. *Int Psychogeriatr*, 26, 1161-70.
- D'errico, E. M. & Lewis, M. A. 2010. RN Continuity in Home Health: Does It Make a Difference? *Home Health Care Management & Practice*, 22, 427-434.
- Davidson, G. H., Austin, E., Thornblade, L., Simpson, L., Ong, T. D., Pan, H. & Flum, D. R. 2017. Improving transitions of care across the spectrum of healthcare delivery: A multidisciplinary approach to understanding variability in outcomes across hospitals and skilled nursing facilities. *Am J Surg*, 213, 910-914.

- De Blok, C., Meijboom, B., Luijckx, K. & Schols, J. 2009. Demand-based provision of housing, welfare and care services to elderly clients: from policy to daily practice through operations management. *Health Care Anal*, 17, 68-84.
- De Witte, L., Schoot, T. & Proot, I. 2006. Development of the client-centred care questionnaire. *J Adv Nurs*, 56, 62-8.
- Deckenbach, B., Stöppler, C. & Klein, S. 2013. Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Studienbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: IGES Institut.
- Dougherty, M. B. & Larson, E. L. 2010. The nurse-nurse collaboration scale. *J Nurs Adm*, 40, 17-25.
- Durmus, S. C., Ekici, D. & Yildirim, A. 2018. The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*.
- Elfstrand, C., T., Kajonius, P. J. & Kazemi, A. 2017. The impact of personality on person-centred care: a study of care staff in Swedish nursing homes. *Int J Older People Nurs*, 12.
- Fazaeli, S., Yousefi, M., Banikazemi, S. H., Ghazizadeh Hashemi, S. A., Vakilzadeh, A. K. & Hoseinzadeh Aval, N. 2015. Importance of Client Orientation Domains in Non-Clinical Quality of Care: A Household Survey in High and Low Income Districts of Mashhad. *Glob J Health Sci*, 8, 228-34.
- Gjevjon, E. R., Eika, K. H., Romoren, T. I. & Landmark, B. F. 2013a. Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services. *J Adv Nurs*, 70, 553-63.
- Gjevjon, E. R., Romoren, T. I., Kjos, B. O. & Helleso, R. 2013b. Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes. *J Nurs Manag*, 21, 182-90.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. & Rodrigue, J. 2008. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*, 6, 116-23.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. & Mckendry, R. 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327, 1219-21.
- Harrison, J. & Frampton, S. 2017. Resident-Centered Care in 10 U.S. Nursing Homes: Residents' Perspectives. *J Nurs Scholarsh*, 49, 6-14.
- Hartgerink, J. M., Cramm, J. M., Bakker, T. J., Van Eijdsden, A. M., Mackenbach, J. P. & Nieboer, A. P. 2014. The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients. *J Adv Nurs*, 70, 791-9.
- Hasseler, M., Stemmer, R., Macsenare, M., Arnold, J. & Weidekamp-Maicher, M. 2016. Abschlussbericht Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität.
- Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J. H. & Lin, W. T. 2010. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *J Nurs Manag*, 18, 926-37.
- Hellström, U. W. & Sarvimaki, A. 2007. Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nurs Ethics*, 14, 413-24.
- Hetlevik, O., Hustoft, M., Uijen, A., Assmus, J. & Gjesdal, S. 2017. Patient perspectives on continuity of care: adaption and preliminary psychometric assessment of a Norwegian version of the Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ-N). *BMC Health Serv Res*, 17, 760.
- Hoyer, E. H., Brotman, D. J., Apfel, A., Leung, C., Boonyasai, R. T., Richardson, M., Lepley, D. & Deutschendorf, A. 2017. Improving Outcomes After Hospitalization: A Prospective Observational Multicenter Evaluation of Care Coordination Strategies for Reducing 30-Day Readmissions to Maryland Hospitals. *J Gen Intern Med*.

- Jones, C. D., Jones, J., Richard, A., Bowles, K., Lahoff, D., Boxer, R. S., Masoudi, F. A., Coleman, E. A. & Wald, H. L. 2017. "Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients. *J Gen Intern Med*, 32, 1114-1121.
- Kajonius, P. & Kazemi, A. 2016. Advancing the Big Five of user-oriented care and accounting for its variations. *Int J Health Care Qual Assur*, 29, 162-76.
- Kajonius, P., Kazemi, A. & Tengblad, S. 2015. Organizing principles and management climate in high-performing municipal elderly care. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl)*, 29, 82-94.
- Kemp, K., McCormack, B., Chan, N., Santana, M. J. & Quan, H. 2015. Correlation of Inpatient Experience Survey Items and Domains With Overall Hospital Rating. *J Patient Exp*, 2, 29-36.
- Kinney, E. D., Kennedy, J., Cook, C. A., Freedman, J. A., Lane, K. A. & Hui, S. L. 2003. A randomized trial of two quality improvement strategies implemented in a statewide public community-based, long-term care program. *Med Care*, 41, 1048-57.
- Klaassens, M. & Meijering, L. 2015. Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in The Netherlands: A participatory intervention study. *J Aging Stud*, 34, 92-102.
- Koch, T., Marks, J. & Tooke, E. 2001. Evaluating a community nursing service: listening to the voices of clients with an intellectual disability and/or their proxies. *J Clin Nurs*, 10, 352-63.
- Körner, M., Dangel, H., Plewnia, A., Haller, J. & Wirtz, M. A. 2017. Psychometric evaluation of the Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) in a large sample of German rehabilitation patients. *Clin Rehabil*, 31, 926-935.
- Kuske, S. & Bartholomeyczik, S. 2015. Aufnahme und Entlassung von Menschen mit Demenz - Kommunikation aus Sicht von Experten der Kurzzeitpflege. *Pflege*, 28, 195-204.
- Kuske, S., Roes, M. & Bartholomeyczik, S. 2015. Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege. Delphi-Befragung im Rahmen der Versorgungskontinuität von Menschen mit Demenz. *Z Gerontol Geriatr*, 49, 429-36.
- Kuske, S., Roes, M. & Bartholomeyczik, S. 2016. Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege: Delphi-Befragung im Rahmen der Versorgungskontinuität von Menschen mit Demenz. *Z Gerontol Geriatr*, 49, 429-36.
- Lamont, S., Brunero, S., Lyons, S., Foster, K. & Perry, L. 2015. Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study. *J Nurs Manag*, 23, 1126-36.
- Langer, E. J. & Rodin, J. 1976. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *J Pers Soc Psychol*, 34, 191-8.
- Manski-Nankervis, J. A., Furler, J., Young, D., Patterson, E. & Blackberry, I. 2015. Factors associated with relational coordination between health professionals involved in insulin initiation in the general practice setting for people with type 2 diabetes. *J Adv Nurs*, 71, 2176-88.
- Marek, K. D., Stetzer, F., Adams, S. J., Bub, L. D., Schlidt, A. & Colorafi, K. J. 2014. Cost analysis of a home-based nurse care coordination program. *J Am Geriatr Soc*, 62, 2369-76.
- Marek, K. D., Stetzer, F., Ryan, P. A., Bub, L. D., Adams, S. J., Schlidt, A., Lancaster, R. & O'brien, A. M. 2013. Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. *Nurs Res*, 62, 269-78.
- Mattiasson, A. C. & Andersson, L. 1997. Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients. *J Adv Nurs*, 26, 1117-24.

- Mcdonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., Smith-Spangler, C., Brustrom, J., Malcolm, E., Rohn, L. & Davies, S. 2014. Care Coordination Atlas Version 4. Updated June 2014. Stanford University under subcontract to American Institutes for Research on Contract No. HHS290-2010-000051). AHRQ Publication No. 14-0037- EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. June 2014.
- Mcgilton, K. S., O'brien-Pallas, L. L., Darlington, G., Evans, M., Wynn, F. & Pringle, D. M. 2003. Effects of a relationship-enhancing program of care on outcomes. *J Nurs Scholarsh*, 35, 151-6.
- Mezey, M., Mitty, E., Rappaport, M. & Ramsey, G. 1997. Implementation of the Patient Self-Determination Act (PSDA) in nursing homes in New York City. *J Am Geriatr Soc*, 45, 43-9.
- Mileski, M., Scott Kruse, C., Brooks, M., Haynes, C., Collingwood, Y. & Rodriguez, R. 2017. Factors Concerning Veterans With Dementia, Their Caregivers, and Coordination of Care: A Systematic Literature Review. *Mil Med*, 182, e1904-e1911.
- Moran, L., White, E., Eales, J., Fast, J. & Keating, N. 2002. Evaluating consumer satisfaction in residential continuing care settings. *J Aging Soc Policy*, 14, 85-109.
- Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Maeyama, E., Tsuneto, S. & Shima, Y. 2004. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage*, 27, 492-501.
- Mühlbacher, A. C., Bethge, S. & Eble, S. 2015. [Characteristics of integrated care programmes and their impact on patient benefit: a discrete-choice experiment for integrated care networks]. *Gesundheitswesen*, 77, 340-50.
- Muntinga, M. E., Mokkink, L. B., Knol, D. L., Nijpels, G. & Jansen, A. P. 2014. Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people. *Qual Life Res*, 23, 2063-72.
- Nübling, R., Kriz, D., Kress, G., Schrempp, C., Löschmann, C. & Schmidt, J. 2004. Angehörigenbefragungen - Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 66, 380-386.
- Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T. & Balogh, S. 2014. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Fam Pract*, 15, 128.
- Paque, K., Goossens, K., Elseviers, M., Van Bogaert, P. & Dilles, T. 2017. Autonomy and social functioning of recently admitted nursing home residents. *Aging Ment Health*, 21, 910-916.
- Press, M. J., Gerber, L. M., Peng, T. R., Pesko, M. F., Feldman, P. H., Ouchida, K., Sridharan, S., Bao, Y., Barron, Y. & Casalino, L. P. 2015. Postdischarge Communication Between Home Health Nurses and Physicians: Measurement, Quality, and Outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 63, 1299-305.
- Russell, D., Rosati, R. J., Peng, T. R., Barrón, Y. & Andreopoulos, E. 2012. Continuity in the Provider of Home Health Aide Services and the Likelihood of Patient Improvement in Activities of Daily Living. *Home Health Care Management & Practice*, 25, 6-12.
- Russell, D., Rosati, R. J., Rosenfeld, P. & Marren, J. M. 2011. Continuity in Home Health Care: Is Consistency in Nursing Personnel Associated with Better Patient Outcomes? *Journal for Healthcare Quality*, 33, 33-39.
- Sakai, M., Naruse, T. & Nagata, S. 2016. Relational coordination among home healthcare professions and goal attainment in nursing care. *Jpn J Nurs Sci*, 13, 402-10.

- Scholl, I., Zill, J. M., Harter, M. & Dirmaier, J. 2014. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS One*, 9, e107828.
- Snow, A. L., Jacobs, M. L., Palmer, J. A., Parmelee, P. A., Allen, R. S., Wewiorski, N. J., Hilgeman, M. M., Vinson, L. D., Berlowitz, D. R., Halli-Tierney, A. D. & Hartmann, C. W. 2018. Development of a New Tool for Systematic Observation of Nursing Home Resident and Staff Engagement and Relationship. *Gerontologist*.
- Stancliffe, R. J., Lakin, K. C., Larson, S., Engler, J., Taub, S. & Fortune, J. 2011. Choice of living arrangements. *J Intellect Disabil Res*, 55, 746-62.
- Storm, M., Hausken, K. & Mikkelsen, A. 2010. User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *J Clin Nurs*, 19, 1897-907.
- Sullivan, J. L., Shwartz, M., Stolzmann, K., Afaible, M. K. & Burgess, J. F. 2017. A Longitudinal Assessment of the Effect of Resident-Centered Care on Quality in Veterans Health Administration Community Living Centers. *Health Serv Res*.
- Takiguchi, C., Yatomi, Y. & Inoue, T. 2017a. Development of the Nurses' Care Coordination Competency Scale for mechanically ventilated patients in critical care settings in Japan: Part 1 Development of a measuring instrument. *Intensive Crit Care Nurs*, 43, 23-29.
- Takiguchi, C., Yatomi, Y. & Inoue, T. 2017b. Development of the Nurses' Care Coordination Competency Scale for mechanically ventilated patients in critical care settings in Japan: Part 2 Validation of the scale. *Intensive Crit Care Nurs*, 43, 30-38.
- Temmink, D., Hutten, J. B., Francke, A. L., Abu-Saad, H. H. & Van Der Zee, J. 2000. Quality and continuity of care in Dutch nurse clinics for people with rheumatic diseases. *Int J Qual Health Care*, 12, 89-95.
- Triemstra, M., Winters, S., Kool, R. B. & Wiegers, T. A. 2010. Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care. *BMC Health Serv Res*, 10, 95.
- Twardon, C. A. & Gartner, M. B. 1991. Empowering nurses. Patient satisfaction with primary nursing in home health. *J Nurs Adm*, 21, 39-43.
- Ughasoro, M. D., Okanya, O. C., Uzochukwu, B. & Onwujekwe, O. E. 2017. An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: A hospital-based cross-sectional study. *Niger J Clin Pract*, 20, 267-273.
- Vrijhoef, H. J., Berbee, R., Wagner, E. H. & Steuten, L. M. 2009. Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. *Health Expect*, 12, 417-29.
- Weller, J., Frengley, R., Torrie, J., Shulruf, B., Jolly, B., Hopley, L., Hendersdon, K., Dzendrowskyj, P., Yee, B. & Paul, A. 2011. Evaluation of an instrument to measure teamwork in multidisciplinary critical care teams. *BMJ Qual Saf*, 20, 216-22.
- Weston, C. M., Yune, S., Bass, E. B., Berkowitz, S. A., Brotman, D. J., Deutschendorf, A., Howell, E. E., Richardson, M. B., Sylvester, C. & Wu, A. W. 2017. A Concise Tool for Measuring Care Coordination from the Provider's Perspective in the Hospital Setting. *J Hosp Med*, 12, 811-817.
- Woodward, C. A., Abelson, J., Tedford, S. & Hutchison, B. 2004. What is important to continuity in home care?. Perspectives of key stakeholders. *Soc Sci Med*, 58, 177-92.

Anhang 4: Ergebnisse Rapid Review zu Kriterien und Indikatoren ausgewählter Qualitätsmerkmale

Tabelle 24: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Versorgungskontinuität** – Definitionen von Versorgungsqualität in den einbezogene Studien (n=17) und bei Hasseler et al. (2016)

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition von Versorgungskontinuität
Kuske, Roes, Bartholomeyczik (2015)	Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege	DEU	Delphi-Studie (n=11); Menschen mit Demenz (MmD) Kriterien, die beim Informationsaustausch zwischen den Settings Häuslichkeit und Kurzzeitpflege zur Gewährleistung einer guten Versorgungskontinuität von MmD relevant sind und für den Qualitätsdiskurs unter Berücksichtigung sicherheitsrelevanter Aspekte Bedeutung haben	Mehrdimensionales Konstrukt: koordinierter und ununterbrochener Versorgungsprozess, in dem die Versorgungsbedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt werden
Burns et al. (2012)	Continuity of care for carers of people with severe mental illness: Results of a longitudinal study	GBR	Längsschnitt (n= 107); Versorgungskontinuität aus Sicht der informellen Pflegepersonen (Angehörige und Freunde) von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die von Community Mental Health Teams versorgt werden.	
Caris-Verhallen & Kerkstra (2011)	Continuity of care for patients on a waiting list for institutional long-term care	NLD	Querschnitt (n=278); Zufriedenheit mit der Versorgungskontinuität von Personen, die auf einen Platz im betreuten Wohnen oder in der ambulanten Pflege warten	Nach Shortell (1976): Das Ausmaß, in dem Leistungen als Teil einer koordinierten und ununterbrochenen Folge von Ereignissen erhalten werden, die in Einklang mit den Bedürfnissen und Versorgungsbedarfen des Patienten stehen ("The extent to which services are received as part of a coordinated and uninterrupted succession of events consistent with the needs of the patient")
Crump et al. (2017)	Developing a User Reported Measure of Care Co-ordination	GBR	Mixed-methods; Ältere Menschen mit chronischer Erkrankung. Entwicklung und Testung eines Instrumentes zur Erfassung des Erlebens älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen zur Koordination ihrer gesundheitlichen und sozialen Versorgung	
Gjevjon et al. (2013a)	Measuring interpersonal continuity in high-frequency home healthcare services	NOR	Querschnitt (n=79); Entwicklung einer Methode zur Erfassung interpersonaler Kontinuität für Pflegebedürftige in der ambulanten Langzeitpflege	Weit gefasst beinhaltete Versorgungskontinuität drei Dimensionen: Management, Information, Interpersonale Kontinuität (Haggerty et al. 2003). Management Kontinuität und Kontinuität der Information hängen nicht per se von interpersonaler Kontinuität ab, sondern beziehen sich auf die Ausgestaltung der Organisation die dazu beiträgt, die Versorgung in Einrichtungen zu koordinieren in denen die Anzahl von Personen, die an der Versorgung einzelner Pflegebedürftiger beteiligt sind, hoch ist. Interpersonale Kontinuität wird von Beschäftigten im Gesundheitswesen und Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftlern als Kernelement der pflegerischen Versorgung angesehen.
Gjevjon et al. (2013b)	Continuity of care in home health-care practice: two management paradoxes	(Hetlevik, 2017 #133)NOR	Qualitativ (n=16); Exploration der Versorgungskontinuität aus Sicht von Führungskräften in der ambulanten Pflege: Wie konzeptualisieren und erfassen sie Versorgungskontinuität, wie stellen Sie Versorgungskontinuität in der Versorgung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit sicher?	Dimensionen: Management, Information, Interpersonale Kontinuität

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition von Versorgungskontinuität
Haggerty et al. (2003)	Continuity of care: a multidisciplinary review	CAN	Systematisches Review (n= 583); Erarbeitung eines gemeinsamen Grundverständnisses von Versorgungskontinuität als Grundlage für eine valide und reliable Messung in unterschiedlichen Versorgungssettings. Spezifische Aussagen zur Konzeptionalisierung im Kontext der pflegerischen Versorgung.	
Hetlevik et al. (2017)	Patient perspectives on continuity of care: adaption and preliminary psychometric assessment of a Norwegian version of the Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ-N)	NOR	Querschnitt (n=375); Testung der Eignung und psychometrischen Eigenschaften der norwegischen Version des Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ).	Mehrdimensionales Konstrukt
Koch, Marjs & Tooke (200(Custers, 2014 #1161)1)	Evaluating a community nursing service: listening to the voices of clients with an intellectual disability and/or their proxies	AUS	Qualitativ; Evaluation eines speziellen Pflegedienstes für Menschen mit intellektueller Behinderung , die in der eigenen Häuslichkeit leben	
McGilton et al. (2003)	Effects of a Relationship-Enhancing Program of Care on Outcomes	CAN	Längsschnitt (n=50 Bewohner, 40 Pflegekräfte); Untersuchung der Auswirkungen einer Intervention zur Beziehungsförderung in der stationären Langzeitpflege auf Bewohner und Pflegepersonal	
Temmink et al. (2000)	Quality and continuity of care in Dutch nurse clinics for people with rheumatic diseases	NLD	Mixed-methods; Patientenerfahrungen mit der Versorgungskontinuität und der Qualität in von pflegenden geleiteten Ambulanzen (Nurse clinics) für Menschen mit Rheuma	
Triemstra et al. (2010)	Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care	NLD	Mixed-Methods (n=2,697 Nutzer 68 Pflegeheimen oder betreuten Wohnanlagen; n=2,164 Stellvertreter von Nutzern in 58 psychogeriatrischen Institutionen; n= 1,462 Nutzer von 19 Pflegediensten). Entwicklung und Testung eines Instruments zur Erfassung von Nutzererfahrungen in der Langzeitpflege (Consumer Quality Index (CQ-index®)).	
Russell et al. (2011)	Continuity in Home Health Care: Is Consistency in Nursing Personnel Associated with Better Patient Outcomes?	USA	Sekundärdatenanalyse (Outcomes and Assessment Information Set and administrative records, n=59.854); Abbildung des Levels der Versorgungskontinuität in der häuslichen Versorgung und Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Versorgungskontinuität und Patientenoutcomes.	Beziehung zwischen Patienten und Leistungserbringern die verknüpft/vernetzt und koordiniert zwischen Settings und im Zeitverlauf ist (Donaldson, 2001; Sparbel & Anderson, 2000).
D'Errico & Lewis (2010)	RN Continuity in Home Health: Does It Make a Difference?	USA	Retrospektive Kohortenstudie, Sekundärdatenanalyse (OASIS database) (n = 887); Untersuchung der Bedeutung von Versorgungskontinuität durch eine Pflegefachkraft (RN) für Pflegebedürftige mit chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung.	

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition von Versorgungskontinuität
Russell et al. (2012)	Continuity in the Provider of Home Health Aide Services and the Likelihood of Patient Improvement in Activities of Daily Living	USA	Sekundärdatenanalyse (OASIS database) (n = 16.541); Untersuchung, ob eine höhere Versorgungskontinuität von Personal für häusliche Betreuungs- und Unterstützungsleistungen (home health aide services) die Wahrscheinlichkeit von Verbesserungen des funktionalen Statuts der Pflegebedürftigen erhöht.	
Woodward et al. (2004)	What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders	USA	Qualitativ, (Case Manager (n = 13), Träger/Anbieter Pflegedienste (n = 19), Pflegebedürftige (n = 25), deren Pflegepersonal (n = 5), Hausärzte mit großer Anzahl von Patienten, die ambulante Pflege beziehen (n = 3); Untersuchung zur Konzeptionalisierung von Versorgungskontinuität durch Schlüsselpersonen (Nutzer, professioneller Leistungserbringer, Pflegenden in der ambulanten Versorgung) zur Identifikation von Aspekten, die Versorgungskontinuität in diesem Setting messen können.	Management und direkte Leistungserbringung sind für die Versorgungskontinuität in der ambulanten Pflege von Bedeutung und interagieren miteinander.
Bice & Bo-xerman (1977)	A Quantitative Measure of Continuity of Care	USA	Methodenpapier, Entwicklung einer Kennzahl Versorgungskontinuität	Ausmaß der Leistungsanspruchnahmen (Visits) eines Individuums in einer Zeitspanne oder Erkrankungsspanne mit einem oder mehreren Leistungserbringern
Hasseler et al. (2016)	Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität	DEU	Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses, Übersichtsarbeit, Rahmenmodell und Merkmale	Kontinuität fokussiert auf das Ausmaß, in dem die Gesundheitsversorgung für definierte Nutzer über einen längeren Zeitraum und durch mehrere Anbieter und Institutionen stattfindet. Unter Berücksichtigung einer Nutzerperspektive können persönliche, vertrauensvolle Beziehungen und personelle Kontinuität ebenfalls als Mindeststandard oder Mindestanforderung verstanden werden.

Tabelle 25: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal Selbstverantwortung – Definitionen von Versorgungsqualität in den einbezogene Studien (n=8)

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition von Selbstverantwortung
Custers et al. 2014	Need fulfillment, need importance, and depressive symptoms of residents over the first eight months of living in a nursing home	NLD	Längsschnitt (n=75); Untersuchung zum Zusammenhang von erfüllten Bedürfnissen/Bedarfen (u.a. Autonomie), Wichtigkeit von Bedürfnissen und depressiven Symptomen während der ersten Monate nach Einzug in ein Pflegeheim.	Selbstbestimmung (Self-Determination) beinhaltet Autonomie als die Fähigkeit, eigene Entscheidungen treffen zu können, Aktivitäten zu wählen und das eigene Verhalten im Hinblick auf persönliche Ziele zu gestalten.
Hellström & Sarvimäki 2007	Experiences of Self-determination by Older Persons Living in Sheltered Housing	SWE	Qualitativ (n=11); Erleben von Selbstbestimmung und Wertschätzung älterer Menschen im betreuten Wohnen (sheltered housing).	Selbstbestimmung steht im Zusammenhang mit Autonomie. Autonomie ist zu unterscheiden in autonome Entscheidungen und autonome Handlungen. Für institutionalisierte ältere Menschen, die kognitiv kompetent sind jedoch auf Unterstützung angewiesen sind, unabhängig zu leben, sollte Selbstbestimmung als Möglichkeit, selbst zu entscheiden und zu wählen obwohl sie von anderen abhängig sind, verstanden werden.
Klaassens et al. 2015	Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in the Netherlands: A participatory intervention study	NLD	Qualitativ, GT; Merkmale eines Zuhauses und einer Institution aus Sicht von Bewohnern und Pflegepersonal einer geschlossenen Station in einem Pflegeheim.	nicht gegeben
Langer & Rodin 1976	The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting	USA	Längsschnitt (n=52); Interventionsstudie zu den Auswirkungen gesteigerter Selbstverantwortung und Wahlfreiheit bei Bewohnern eines Pflegeheimes.	nicht gegeben
Mattiasson & Andersson 1997	Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients	SWE	Qualitativ (n=60); Abbildung der Versorgungsqualität von Pflegeheimen durch den Abgleich wahrgenommener individueller Prioritäten der Bewohner und den institutionellen Möglichkeiten.	Autonomie als Recht, das eigene Leben unter Bedingungen zu führen, die individuelle Autonomie fördern ist Teil von Versorgungsqualität. Definition nach Collopy (1988): Autonomie bezeichnet die Kontrolle über Entscheidungsprozesse und andere Aktivitäten durch das Individuum. Sie beinhaltet die Freiheit, Prioritätensetzungen im Leben sowie Verpflichtungen selbst zu bestimmen. Sowie die Freiheit, kurzfristige, ad hoc Aspekte des täglichen Lebens, die Selbstbestimmung ausmachen, zu bestimmen.
Mezey et al. 1997	Implementation of the Patient Self-Determination Act (PSDA) in Nursing Homes in New York City	USA	Querschnitt (n=109); Evaluation der Einführung des PSDA durch Befragung von Sozialarbeitern in Pflegeheimen.	nicht gegeben
Paque et al. (2017)	Autonomy and social functioning of recently		Querschnitt Bewohner (n=391) von Pflegeheimen (n=67), Untersuchung der Bewohnerautonomie neuer Pflegeheimbewohner	Kontrolle besitzen über die Wahlmöglichkeit in ein Pflegeheim zu ziehen und der Grad der Beibehaltung der Autonomie zur Bewahrung wichtiger sozialer Beziehungen

	admitted nursing home residents			
Stancliffe et al. (2011)	Choice of living arrangements	USA	Querschnitt (n=6.778), Abbildung des Grads an Wahlmöglichkeiten des Wohnortes und der Mitbewohner bei Menschen mit geistigen Behinderungen	nicht gegeben

*Tabelle 26: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Nutzerorientierung** – Definitionen von Nutzerorientierung in den einbezogenen Studien (n=23)*

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition
Athwal et al. 2013	Adaptation of a Best Practice Guideline to Strengthen Client-Centered Care in Public Health	CND	Übersichtsarbeit; Einführung und Evaluation einer Leitlinie zur Klientenzentrierten Versorgung	Ansatz, in dem Klienten ganzheitlich betrachtet werden. Geht über den direkten Ort der Leistungserbringung hinaus und beinhaltet anwaltschaftliches, befähigendes, die Autonomie, Mitsprache und Selbstbestimmung bei Entscheidungsfindung unterstützendes Handeln.
Bamm et al. 2015	Performance of the measures of processes of care for adults and service providers in rehabilitation settings	CND	Validierungsstudie; (n=384 Leistungserbringer, n=61 Patienten, n=16 Angehörige); Adaption und Erprobung: companion patient-reported measures of processes of care for adults (MPOC-A) and the service provider self-reflection measure of processes of care for service providers working with adult clients (MPOC-SP(A))	nicht gegeben
Berger 2006	Incorporation of the tidal model into the interdisciplinary plan of care – a program quality improvement project	GBR	Beobachtungsstudie (n=46 Patienten, Leistungserbringer n=17); Evaluation der Einführung eines interdisziplinären Versorgungsplans in der stationären Psychiatrie	Klientenzentrierte Versorgung erkennt die Einbindung der individuellen Nutzer in ihren eigenen Versorgungsprozess sowie die geteilte Verantwortung zwischen den Nutzern und den Leistungserbringern an.
Büssing & Glaser 2001	Mitarbeiter- und Patientensorientierung in der Pflege als Teil des Qualitätsmanagements – Stand und Forschungsbedarf	DEU	Übersichtsartikel; Konzept zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus – der Ansatz der Mitarbeiter- und Patientensorientierung (MPO-Ansatz).	nicht gegeben
Chapman et al. 2003	Client-centred, community-based care for frail seniors	CND	Qualitativ, Fokusgruppen; Untersuchung dazu, ob eine Versorgung, die individuelle Präferenzen berücksichtigt bei Personen, die nicht in einen aktiven Entscheidungsfindungsprozess eingebunden werden können, möglich ist. Und ob eine quartiersbezogene Versorgung bei Menschen im betreuten Wohnen eher möglich ist als in der eigenen Häuslichkeit.	Klientenzentrierung beschreibt eine Versorgung, die mit den Werten, Bedürfnissen/Bedarfen (needs) und Vorlieben der Pflegeempfänger kongruent ist.
Constand et al. 2014	Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare	CND	Systematisches Review (n=19); Darstellung, wie Kommunikation, Partnerschaften und Gesundheitsförderung als Bestandteile von patienten-zentrierter Versorgung in Modellen der Patientenzentrierung berücksichtigt werden.	Versorgung, die mit den Werten, Bedarfen/Bedürfnissen, Wünschen der Patienten konsistent ist und erreicht wird, wenn Leistungserbringer Patienten in die Diskussion und Entscheidungen bezüglich ihrer Versorgung einbeziehen.
de Blok et al. 2009	Demand-based Provision of Housing, Welfare and Care Services to Elderly Clients: From Policy to Daily Practice Through Operations Management	NLD	Übersichtsarbeit; Überlegungen dazu, wie ein Brückenschlag zwischen politisch gewollter zunehmender Klientenorientierung und dem realen Versorgungs- und Pflegealltag von älteren Menschen gelingen kann.	Demand-based-care (DDC): care and related services in welfare and housing should contribute to the fulfilment of care-related needs of individual elderly people and, therefore, to their perceived quality of life [46]. In the Netherlands, this trend is known as being one towards demand-driven care (DDC) and demand-oriented care

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition
				(DOC) [e.g. 44, 46]. Other concepts that can be found in international literature are 'consumer driven health care' [21], 'patient/client centred care' [e.g. 38, 39], 'patient/client oriented care' [59], etc. Although differences can be seen among the approaches, in terms of their specific emphasis and degree of client-centeredness [5, 46], all developments represent a client perspective on care and service provision. We will define this general trend, which takes client demand as the basis for care and service provision, as one towards demand-based care, where 'care' encompasses services in housing and welfare as well.
Elfstrand et al. 2015	The impact of personality on person-centred care: a study of care staff in Swedish nursing homes	SWE	Querschnitt (n=322); Untersuchung zu Zusammenhängen zwischen persönlichen und situationsbezogenen Faktoren und einer personzentrierten Versorgung in Pflegeheimen.	Nutzerorientierung als Synonym für Versorgungsqualität.
Fazaeli et al. 2015	Importance of Client Orientation Domains in Non-Clinical Quality of Care: A Household Survey in High and Low Income Districts of Mashhad	IRN	Querschnitt (n=923) Haushalte; Untersuchung der Bedeutung von Klientenorientierung im Kontext nicht-klinischer Dimensionen in Haushalten mit hohem und geringem Einkommen.	Klientenorientierung beinhaltet Kundenzufriedenheit: Prompte Aufmerksamkeit, Qualität grundlegender Leistungen, Zugang zu sozialen Unterstützungsnetzwerken (bei stationärer Versorgung) und Wahlfreiheit
Harrison & Frampton 2017(Harrison, 2017 #651)	Resident-Centered Care in 10 U.S. Nursing Homes: Residents' Perspectives	USA	Qualitativ, 20 Fokusgruppen in 10 Pflegeheimen; Untersuchung von Bewohnersicht zum Thema Bewohnerzentrierung	Bewohnerzentrierung beinhaltet eine an Bezugspflege orientierte Versorgung, die Bestimmung der Bewohner über ihren Lebensstil (inklusive dem Recht auf eigene Entscheidungen hinsichtlich Schlafens-, Essens- oder Körperpflegezeiten), personelle Kontinuität in der Bezugspflege und Unterstützung, die Ausgestaltung der physischen Umgebung und weitere Faktoren, die die Lebensqualität im Alltag beeinflussen und bestimmen.
Kajonius & Kazemi 2015	Advancing the Big Five of user-oriented care and accounting for its variations	SWE	Qualitativ, Teilnehmende Beobachtung, Interviews mit Leistungserbringern; Beschreibung der Bestandteile der Qualität des Versorgungsprozesses als nutzerorientierte Versorgung: wie und warum variiert die Qualität der nutzerorientierten Versorgung im Kontext der Versorgung älterer Menschen?	Nutzerorientierung ist durch die Befriedigung der Bedürfnisse/Bedarfe unter Respektierung der individuellen Präferenzen der Nutzer gekennzeichnet.
Kajonius et al. 2015	Organizing principles and management climate in high-performing municipal elderly care	SWE	Querschnitt, teilstrukturierte Befragung; Untersuchung von Organisationsprinzipien und Managementklima in erfolgreichen Einrichtungen der Versorgung älterer Menschen	Individualisierte Versorgung, Nutzerorientierte Versorgung
Kinney et al. 2003	A Randomized Trial of Two Quality Improvement Strategies Implemented in a Statewide Public Community-Based, Long-Term Care Program	USA	Cluster RCT (n=1.006); Testung und Evaluation zweier computergestützter klientenzentrierter Interventionen zur Qualitätsentwicklung in der öffentlichen häuslichen Langzeitpflege	nicht gegeben
Körner et al.	Psychometric evaluation of the Client-Centered Rehabilitation Questionnaire (CCRQ) in a large sample of German rehabilitation patients	DEU	Querschnitt (n=496); Strukturanalyse der deutschen Übersetzung des "Client-Centered Rehabilitation Questionnaire" (CCRQ)	Patientenzentrierte Versorgung: Versorgung, die die Vorlieben, Bedürfnisse/Bedarfe und individuellen Werten der Patienten respektiert und diese beantwortet. Versorgung die sicherstellt, dass die Werte der Patienten alle klinischen Entscheidungen leiten.

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition
Scholl et al. 2014	An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis	DEU	Systematisches Review (n=417); Identifikation der verschiedenen Dimensionen von Patientenzentrierung und Entwicklung eines integrativen Modells.	Patientenzentrierung: schwach konzeptionalisiertes Phänomen
Vrijhoef et al. 2009	Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments	NDL	Systematische Übersichtsarbeit zur Identifikation von Instrumenten, Übersetzung zweier Instrumente, Querschnitts-Datenerhebung beider identifizierten Instrumenten, Fokusgruppen-Interviews	nicht gegeben
Ughasoro et al. 2017	An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: A hospital-based cross-sectional study	NGA	Querschnitt (n=137); Erfassung des Ausmaßes der Erfüllung der Erwartungen von Personen, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (in Tertiärkrankenhäusern)	nicht gegeben
Sullivan et al. 2017	A Longitudinal Assessment of the Effect of Resident-Centered Care on Quality in Veterans Health Administration Community Living Centers	USA	Längsschnitt (n=130 Einrichtungen); Untersuchung des Einflusses von Veränderungen in bewohnerorientierter Pflege (resident-centered care (RCC)) im Zeitverlauf auf Veränderungen in der Pflegequalität	RCC beinhaltet individualisierte Pflege, Veränderungen der physischen Umgebung und veränderte Rollen des Personals
Storm, Hausken & Mikkelsen 2010	User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation	NOR	Mixed-Methods: Qualitativ: Fokusgruppeninterviews zur Identifikation von Domänen von service user involvement und zur Entwicklung von Items zur Messung von service user involvement. (n=12) Quantitativ: Querschnitt (n=121 mental health professionals); Entwicklung und empirische Testung und Validierung eines Instruments zur Messung von Einbeziehung des Nutzers bei Leistungsanspruchnahme aus Sicht der professionellen Leistungserbringer	Verknüpfung mit Konzepten wie Patientenpartizipation, Patienteneinbezug, Nutzerperspektive
Snow et al. 2018	Development of a New Tool for Systematic Observation of Nursing Home Resident and Staff Engagement and Relationship	USA	Mixed-Methods: Teilnehmende Beobachtung, Literaturanalyse, Instrumentenentwicklung und anschließende Erprobung in Pflegeheimen (n=8); Entwicklung eines strukturierten Beobachtungsinstruments (Resident-centered Assessment of Interactions with Staff and Engagement tool (RAISE)), zur Messung zweier Aspekte personenzentrierter Pflege (PCC) in Pflegeheimen: Bewohnereinbezug und Qualität sowie Häufigkeit von Personal-Bewohner-Interaktionen	nicht gegeben
Muntinga et al. 2014	Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people	NDL	Längsschnitt (n=600); Testung der Faktorstruktur, Reliabilität, Inhaltsvalidität und die Akzeptanz des Client-centered Care Questionnaire (CCCQ)	Methode der Pflegeerbringung, die Klientenautonomie, Klientenwerte, Bedarfe und Bedürfnisse im Zentrum des Pflegeprozesses befürwortet und auf ein kooperatives Klienten-Anbieter-Verhältnis fokussieren

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition
de Witte, Schoot & Proot 2006	Development of the Client-Centred Care Questionnaire	NDL	Mixed-Methods: Qualitativ: Entwicklung der Items; Quantitativ: Querschnitt (n=107); Entwicklung des Client-centered care Questionnaire zur Erfassung der Klientenzentrierung in der häuslichen Pflege aus Sicht der Pflegeempfänger	Klientenzentrierte Pflege: Respekt vor und Partnerschaft mit Personen, die Leistung in Anspruch nehmen; Pflege, die optimal die Bedarfe/Bedürfnisse (needs) der individuellen Klienten bedient
Moran et al. 2002	Evaluating consumer satisfaction in residential continuing care settings	CAN	Instrumentenentwicklung, Literaturanalyse und Testung des Instruments (n=10 Adult Family Living, n=5 Assisted Living); Bericht zum client-centered consumer satisfaction questionnaire zur Evaluation neuer Modelle der andauernden Versorgung im häuslichen Setting	nicht gegeben

*Tabelle 27: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Koordination** – Definitionen von Koordination in den einbezogenen Studien (n=28)*

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition von Koordination
Azar et al. (2017)	Evaluation of interprofessional relational coordination and patients' perception of care in outpatient oncology teams	USA	Querschnitt (n=63), Messung von Teamarbeit und dem Zusammenhang von Teamarbeit und der Patientenwahrnehmung von Pflege	nicht gegeben
Carney Moore et al. (2015)	Care coordination between convenient care clinics and healthcare homes	USA	Mixed-methods: Quantitativ: Querschnitt (n=1.014.249), qualitativ: Interview (n=1) Untersuchung der Koordination zwischen Gesundheitseinrichtungen (convenient care clinics und healthcare homes)	Care coordination: Bewusste Organisation der Tätigkeiten zur Versorgung des Patienten zwischen zwei oder mehr Akteuren (inklusive dem Patienten), die an der Patientenversorgung beteiligt sind um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Die Organisation umfasst die Bereitstellung von Personal und anderen Ressourcen, die zur Patientenversorgung erforderlich sind und wird häufig durch den Informationsaustausch zwischen den verantwortlichen Akteuren für verschiedene Versorgungsaspekte durchgeführt (Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ))
Dougherty & Larson (2010)	The Nurse-Nurse Collaboration Scale	USA	Literaturübersicht zur Entwicklung des nurse-nurse collaboration (NNC) scale, Querschnitt, Pflegekräfte (n=76) aus Intensivstationen (n=4) zur Untersuchung der Validität und Reliabilität	nicht gegeben
Davidson et al. (2017)	Improving transitions of care across the spectrum of healthcare delivery: A multidisciplinary approach to understanding variability in outcomes across hospitals and skilled nursing facilities	USA	Delphi-Methode mit Interessenvertretern von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege (skilled nursing facilities) (n=10) und Krankenhäusern (n=4), Erarbeitung der Herausforderungen sicherer Überleitungen	nicht gegeben
Deckenbach et al. 2013	Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege	DEU	Literaturarbeit, Erarbeitung von Qualitätskriterien für die Kurzzeitpflege.	nicht gegeben

Durmus, Ekici & Yildirim (2018)	The level of collaboration amongst nurses in Turkey	TUR	Querschnitt (n=859) Untersuchung des Grades an Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften	Kooperation: "Collaborate" bedeutet zusammenarbeiten. Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften wird beschrieben als Interaktionen und Beziehungen zwischen Akteuren der Gesundheitsversorgung verschiedener Disziplinen um ein gemeinsames Ziel zu erreichen (d.h. die Patientenversorgung) (Haire 2010).
Haggerty et al. (2008)	Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care	CAN	Querschnitt Ärzte (n= 221) und Patienten (n=2.757) Untersuchung von Kliniken für primäre Gesundheitsversorgung durch, um Merkmale der Klinikorganisation und der Arztpraxis zu ermitteln, die Zugänglichkeit, Kontinuität und Koordination der Betreuung vorhersagten	Koordinationskontinuität: termingerechte Leistungserbringung durch verschiedene Leistungserbringer für eine zusammenhängende und verknüpfte Versorgung des Patienten
Hartgerink et al. 2014	The importance of multidisciplinary teamwork and team climate for relational coordination among teams delivering care to older patients	NLD	Querschnitt (n=192); Identifikation von Prädiktoren der relationalen Koordination zwischen Leistungserbringern in der Versorgung für ältere Menschen.	Relationale Koordination (relational coordination, RC): wechselseitiger Prozess der Interaktion zwischen Kommunikation und Beziehungen mit dem Ziel, Aufgaben zu integrieren.
Havens et al. 2010	Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care	USA	Querschnitt (n=74); Relationale Koordination zwischen Pflegenden und anderen Leistungserbringern und deren Zusammenhang mit der Versorgungsqualität aus Sicht von Pflegekräften.	Relationale Koordination (relational coordination, RC): wechselseitiger Prozess der Interaktion zwischen Kommunikation und Beziehungen mit dem Ziel, Aufgaben zu integrieren.
Hoyer et al. 2017	Improving Outcomes After Hospitalization: A Prospective Observational Multicenter Evaluation of Care Coordination Strategies for Reducing 30-Day Readmissions to Maryland Hospitals	USA	Längsschnitt (n=25.628); Evaluation der Auswirkungen zweier Interventionen zur Verbesserung der Koordination der Versorgung auf Wiederaufnahmen ins Krankenhaus.	nicht gegeben
Jones et al. 2017	"Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients	USA	Qualitativ, Fokusgruppen (n=56); Erfahrungen von Pflegenden in der ambulanten Pflege zur Koordination der Versorgung von aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten.	nicht gegeben
Kemp et al. 2015	Correlation of Inpatient Experience Survey Items and Domains With Overall Hospital Rating	CND	Querschnitt (n=27.639); Untersuchung zu Zusammenhängen zwischen individuellen Erfahrungen von Patienten und der Gesamtbewertung einer Klinik.	nicht gegeben
Kuske et al. 2015	Aufnahme und Entlassung von Menschen mit Demenz – Kommunikation aus Sicht von Experten der Kurzzeitpflege	DEU	Qualitativ, Leitfadengestützte Interviews (n=16); Erleben des Prozesses des Informationsaustausches aus Sicht der an der Überleitung von Menschen mit Demenz in der Kurzzeitpflege beteiligten Akteure.	nicht gegeben
Kuske et al. 2016	Überleitung zwischen Häuslichkeit und Kurzzeitpflege Delphi-Befragung im Rahmen der Versorgungskontinuität von Menschen mit Demenz	DEU	Delphi-Studie (n=11); Menschen mit Demenz (MmD) Kriterien, die beim Informationsaustausch zwischen den Settings Häuslichkeit und Kurzzeitpflege zur Gewährleistung einer guten Versorgungskontinuität von MmD relevant sind und für den Qualitätsdiskurs unter Berücksichtigung sicherheitsrelevanter Aspekte Bedeutung haben	nicht gegeben

Manski-Nankervis et al. 2015	Factors associated with relational coordination between health professionals involved in insulin initiation in the general practice setting for people with type 2 diabetes	AUS	Querschnitt (n=174 Allgemeinmediziner und n=115 Pflegende); Untersuchung zu Zusammenhängen zwischen Organisationscharakteristika und relationaler Koordination für die Insulinverabreichung bei Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2.	Relationale Koordination (relational coordination, RC): wechselseitiger Prozess der Interaktion zwischen Kommunikation und Beziehungen mit dem Ziel, Aufgaben zu integrieren.
Marek et al. 2014	Cost Analysis of a Home-Based Nurse Care Coordination Program	USA	RCT (n=414); Untersuchung der Auswirkungen eines Programms zum Selbstmanagement der Medikation von älteren Menschen in der eigenen Häuslichkeit unter Verwendung neuer Technologien und Koordination der Versorgung. Kostenstudie.	Koordination als pflegerische Aufgabe.
Marek et al. 2013	Nurse Care Coordination and Technology Effects on Health Status of Frail Elderly via Enhanced Self-management of Medication: Randomized Clinical Trial to Test Efficacy	USA	RCT (n=414); Untersuchung der Auswirkungen eines Programms zum Selbstmanagement der Medikation von älteren Menschen in der eigenen Häuslichkeit unter Verwendung neuer Technologien und Koordination der Versorgung.	Koordination als pflegerische Aufgabe.
McDonald et al. 2014	Care Coordination Measures Atlas. Updated June 2014	USA	Zusammenstellung von Kennzahlen zur Messung der Versorgungskoordination in unterschiedlichen Settings.	Absichtliche Organisation von Aktivitäten der Patientenversorgung durch zwei oder mehr beteiligte Akteure (inklusive des Patienten) um die angemessene Leistungserbringung zu unterstützen. Die Organisation der Versorgung erfordert die Bereitstellung von Personal und anderen Ressourcen die benötigt werden, um die jeweiligen Patientenerfordernisse zu erfüllen und wird oft durch den Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Leistungserbringern gemanagt.
Mileski et al. 2017	Factors Concerning Veterans With Dementia, Their Caregivers, and Coordination of Care: A Systematic Literature Review	USA	Systematisches Review (n=14); Darstellung der Evidenzlage zur Versorgung von Veteranen mit Demenz und ihren Pflegepersonen sowie der Koordination ihrer Versorgung.	nicht gegeben
Morita et al. 2004	Measuring the Quality of Structure and Process in End-of-Life Care from the Bereaved Family Perspective	JPN	Längsschnitt (n=485, 310, 202); Untersuchung zur Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur Erfassung der Angehörigensicht auf Versorgungsprozesse in der palliativen Versorgung	nicht gegeben
Mühlbacher et al. 2015	Eigenschaften von integrierten Versorgungsprogrammen und deren Einfluss auf den Patientennutzen: Ein Discrete-Choice Experiment für Versorgungsnetzwerke	DEU	Querschnitt (n=1.322); Analyse von Patientenpräferenzen hinsichtlich der Versorgung in Versorgungsnetzwerken.	nicht gegeben
Papp et al. 2014	Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions	INT: EUR	Qualitativ, 14 Fokusgruppen; Sichtweisen von Leistungserbringern und Patienten in sieben europäischen Ländern zur Versorgungsqualität in der Primärversorgung.	Koordination als Bestandteil des Versorgungsprozesses in der Primärversorgung. Ausmaß, in dem die Versorgung einzelner Nutzer im Zeitverlauf über Leistungserbringer und Institutionen hinweg koordiniert wird.
Press et al. 2015	Postdischarge Communication Between Home Health Nurses and Physicians: Measurement, Quality, and Outcomes	USA	Längsschnitt (n=5.698); Untersuchung erfolgloser Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten im ambulanten Setting.	nicht gegeben

Sakai et al. 2016	Relational coordination among home healthcare professions and goal attainment in nursing care	JPN	Querschnitt (n=83); Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Interpersonaler Koordination und Zielerreichung in der ambulanten Pflege.	nicht gegeben
Takiguchi et al. 2017	Development of the Nurses' Care Coordination Competency Scale for mechanically ventilated patients in critical care settings in Japan: Part 1 Development of a measuring instrument	JPN	Mixed-Methods, Instrumentenentwicklung der NCCC-Skala (siehe folgende Studie)	nicht gegeben
Takiguchi et al. 2017	Development of the Nurses' Care Coordination Competency Scale for mechanically ventilated patients in critical care settings in Japan: Part 2 Validation of the scale	JPN	Querschnitt (n=2.189); Untersuchung der Validität und Reliabilität einer Skala zur Messung der pflegerischen Versorgungskoordination bei beatmeten Patienten.	nicht gegeben
Weller et al. 2011	Evaluation of an instrument to measure teamwork in multidisciplinary critical care teams	NZL	Querschnitt (n=40 Critical Care Teams); Entwicklung und Testung eines Instruments zur Messung von Teamverhalten mit dem Fokus Aufbau und Erhalt eines Teams, aktives Managen von Prozessen.	nicht gegeben
Weston et al. 2017	A Concise Tool for Measuring Care Coordination from the Provider's Perspective in the Hospital Setting	USA	Querschnitt (n=814); Entwicklung und Testung eines Messinstruments für die Koordination der Versorgung aus Sicht der professionellen Leistungserbringer in der Akutversorgung	Absichtliche Organisation von Aktivitäten der Patientenversorgung durch zwei oder mehr beteiligte Akteure (inklusive des Patienten) um die angemessene Leistungserbringung zu unterstützen.

Tabelle 28: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Transparenz** – Definitionen von Transparenz in den einbezogene Studien (n=6)

Autor	Titel	Land	Fokus	Definition von Transparenz
Harrison & Frampton (2017)	Resident-Centered Care in 10 U.S. Nursing Homes: Residents' Perspectives	USA	Qualitativ: Fokusgruppen mit Bewohnern (n = 20) in zehn Pflegeheimen, Untersuchung der bewohner-zentrierten Pflege aus Bewohnerperspektive	nicht gegeben
Lamont et al. 2015	Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study	AUS	Sequenziell explanatorisches mixed-method Design (Quantitativ n=106; qualitativ n=15); Untersuchung intra-professioneller Kollaboration zwischen Pflegeteams im Krankenhaus	nicht gegeben
Nübling et al. 2004	Angehörigenbefragungen – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen	DEU	Querschnitt (n=1.400); Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen“ (FQA), der qualitätsrelevante Aspekte einer Einrichtung aus Sicht der Angehörigen in verschiedenen Dimensionen (u. a. Pflege und Betreuung, Personal, Ärztliche Versorgung, Kooperation mit Angehörigen) erfasst	Offenlegung von Stärken und Schwächen
Triemstra et al. (2010)	Measuring client experiences in long-term care in	NLD	Mixed-Methods (n=2,697 Nutzer 68 Pflegeheimen oder betreuten Wohnanlagen; n=2,164 Stellvertreter von Nutzern in	nicht gegeben

	the Netherlands: a pilot study with the ConsumerQuality Index Long-term Care		58 psychogeriatrischen Institutionen; n= 1,462 Nutzer von 19 Pflegediensten). Entwicklung und Testung eines Instruments zur Erfassung von Nutzererfahrungen in der Langzeitpflege (Consumer Quality Index (CQ-index®)).	
Twardon & Gartner 1991	Patient Satisfaction with Primary Nursing in Home health	USA	Querschnitt (n= 34); Evaluation der Patientenzufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung	nicht gegeben
Weller et al. 2011	Evaluation of an instrument to measure teamwork in multidisciplinary critical care teams	NZL	Querschnitt (n=40 Critical Care Teams); Entwicklung und Testung eines Instruments zur Messung von Teamverhalten mit dem Fokus Aufbau und Erhalt eines Teams, aktives Managen von Prozessen	nicht gegeben

Tabelle 29: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Versorgungskontinuität** – Kriterien und Instrumente in den einbezogenen Studien (n=17)

Autor	Arten von Kontinuität/ Kontinuität drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Kuske, Roes, Bartholomeyczik (2015)	Information und Kommunikation	Kritische Erfolgsfaktoren: Kooperationsstandard (z. B. Regelung von Verantwortlichkeiten, Aufgaben, Rollen, Timing), Standardisierung (z. B. von Formularen, Checklisten, Instrumenten und Prozessen), Demenzspezifisches Bezugspflegesystem; Überleitungsbezogene Teambesprechungen (z. B. im Rahmen von „Case Management“)	nicht operationalisiert
		Koordination: Personal der Kurzzeitpflegeeinrichtung (PDK): frühzeitige Vorbereitung der Entlassung, PDK: vor dem Tag der Aufnahme, Erstgespräch und Vollständigkeitsprüfung von Daten, Informationen, PDK: Klärung der Kontaktaufnahme mit versorgenden Angehörigen während des Aufenthalts (z. B. bei Unwohlsein des MmD, Einleitung von Schutzmaßnahmen), PDK: Hauptverantwortung bezüglich des Informationsaustauschs mit Angehörigen und externen Professionen (bei Aufnahme und Entlassung)	
		Zuständiger Arzt: Verantwortung des Medikationsplans bei Aufnahme	
		Sender-Empfänger: Sowohl Sender und Empfänger sind für eine sichere Überleitung verantwortlich;	
		Kommunikationsinhalte: Rechtliche Vereinbarungen, Kontaktdaten im Notfall, Medikationsmanagement (z. B. Polypharmazie), Ernährung (z. B. Mangelernährung, Flüssigkeitszufuhr, Mundstatus), Erststörungsfähigkeit (Verschlucken, Schluckbeschwerden), Schmerz, Bedarfe bezüglich der Weiterversorgung nach der Kurzzeitpflege, Medizinische (Neu-)Verordnungen, Herausforderndes Verhalten und mögliche Lösungsansätze, Wünsche, Abneigungen, Bedürfnisse, Gewohnheiten (insbesondere Versorgungsabläufe, -rituale), (Kurz-)Biografie, Psychokognitive Veränderungen, z. B. Desorientierung, (z. B. zielloses Umherirren), Medizinische Diagnosen, Sturzgefährdung	
Medium und Kommunikationsform: Bewohnerkarten/Formulare zur Informationsweitergabe an externe Professionen und persönlicher			

Autor	Arten von Kontinuität/ Kontinuität drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
		Austausch (z. B. Möglichkeit zum Feedback), Mehrwegedkommunikation mit Angehörigen (z. B. telefonisch und persönlich), Mehrwegedkommunikation mit Professionellen (z. B. telefonisch und/oder Fax, E-Mail)	
Burns et al. (2012)	Erlebte Kontinuität der Pflegenden (Angehörige, Freunde)	Keine benannt, Verweis auf Instrumente	Nutzer-generiertes Instrument zur erlebten Kontinuität: CONTINU-UM (Rose et al., 2009) mit validierter Version für das Erleben von Kontinuität durch Pflegenden CONTINUES (Burns et al., 2008)
Caris-Verhallen & Kerkstra (2011)	<p>Andauernde Bedarfsorientierung der Versorgung</p> <p>Koordination und Versorgung zu jedem Zeitpunkt</p> <p>(Koordination und Versorgung bei Überweisung)</p>	<p>Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer</p> <p>Zufriedenheit mit der Kooperation der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer</p> <p>Zufriedenheit mit der Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer</p> <p>Konsistenz der Informationen, die die Leistungserbringer dem Patienten geben</p> <p>Gefühl, Leistungserbringer arbeiten an gemeinsamen und nicht widersprüchlichen Zielen</p> <p>Zufriedenheit mit Fluktuation des Personals der Leistungserbringer</p> <p>Zufriedenheit mit der Versorgungskontinuität im Fall eines Personalwechsels der Leistungserbringer</p> <p>Zufriedenheit mit den Antworten zu Fragen der eigenen Versorgung</p> <p>Regelmäßige Evaluation der Versorgung durch die Leistungserbringer</p> <p>Zufriedenheit mit der Einhaltung von Terminen durch die Leistungserbringer</p> <p>Zufriedenheit mit der telefonischen Erreichbarkeit</p> <p>Beschwerdemöglichkeiten sind bekannt</p> <p>Bei Leistungserbringer >1: Gefühl, Leistungserbringer arbeiten an gemeinsamen und nicht widersprüchlichen Zielen,</p> <p>Bei Leistungserbringer >1: Zufriedenheit mit der Kooperation</p> <p>Bei Leistungserbringer >1: Klare und eindeutige Aufgabenteilung zwischen Leistungserbringern unterschiedlicher Disziplinen</p> <p>Bei Leistungserbringer >1: Konsistente Informationen durch Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen</p> <p>Bei Leistungserbringer >1: Transparenz dazu, welcher Leistungserbringer für die Koordination der Versorgung verantwortlich ist</p>	<p>12 Items zur Patientenzufriedenheit, z.B. Wie beurteilen Sie die Menge an Informationen, die Sie erhalten? (1 = excellent, 6 = sehr schlecht). Ergänzende Items zur Ermittlung wie Patienten die Versorgungskontinuität spezifischer Dienste beurteilen (formuliert nach dem QUOTE-instrument (Sixma et al. 1998) und dem Continuity of Care Fragebogen (Casparie et al. 1998)).</p>
Crump et al. (2017)	<p>Relational</p> <p>Information und Kommunikation</p> <p>Management</p>	<p>Versorgung in der Häuslichkeit:</p> <p>Nutzer wissen, an wen sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können</p> <p>Namentlich benannte, professionelle Bezugsperson</p> <p>Informationen über verfügbare Leistungen werden durch Leistungserbringer zur Verfügung gestellt</p> <p>Systematische Erfassung der Nutzerbedürfnisse erfolgt</p> <p>Pflege- und Versorgungsplan vor Ort</p>	

Autor	Arten von Kontinuität/ Kontinuität drückt sich aus in	Kriterien	Instrument	
	Relational Information und Kommunikation Erlebte Kontinuität der Nutzerinnen und Nutzer	Unterstützung bei selbstbestimmten Entscheidungen erfolgt Ausreichende Unterstützung sozialer Dienste Geplante Überleitungsprozesse (nicht aufgelistet) Ungeplante Situationen/Notfälle Nutzer kann erste Person benennen, die im Notfall zu kontaktieren ist Informationen zur Versorgungssituation/Gesundheitszustand sind dem Notfallpersonal schnell zugänglich Die erhaltene Versorgung lässt darauf vertrauen, dass die Bedürfnisse/Bedarfe (needs) im Notfall Berücksichtigung finden		
Gjevjon et al. (2013a)	Relational: Interpersonale Kontinuität	Continuity of Care Index (COC) (Bice & Boxerman 1977): Ausmaß der Versorgung durch unterschiedliche Leistungserbringern unter Berücksichtigung der Verteilung des Personals auf einzelne Pflegebedürftige.	$COC = \frac{\sum_{j=1}^s n_j^2 - n}{n(n-1)}$	n= Gesamtanzahl der Besuche durch die Pflegekräfte nj = Anzahl der Besuche durch eine individuelle Pflegekraft j s = Gesamtanzahl der Pflegekräfte, die den Pflegebedürftigen besuchen (hier: binnen 4 Wochen Beobachtungsdauer) Score: 1= Alle besuche von derselben Pflegekraft Score: 0= Kein Besuch von derselben Pflegekraft
		Sequential Continuity Index (SECON) (Steinwachs 1979): Abbildung der Reihenfolge, in der Leistungserbringer die Pflegebedürftigen besuchen (in dieser Studie: Nächster-Tag-Sequenz).	$SECON = \frac{\sum_{i=1}^{n-1} s_i}{n-1}$	n= Gesamtanzahl der Besuche durch die Pflegekräfte, die n-1 sequenzielle Paare von Besuchen generieren si= 1 wenn i und i+1 dieselbe Pflegekraft darstellt, sonst s=0. (hier wurden ergänzende Besuche in ein und derselben Schicht nicht beachtet, als Sequenz zählten Besuche ein und derselben Pflegekraft von einem Tag auf den anderen)
Gjevjon et al. (2013b)	Relational: Interpersonelle Kontinuität: Andauernde therapeutische Beziehung Information: Verknüpfung von Informationen im Versorgungsverlauf, Überleitungen			

Autor	Arten von Kontinuität/ Kontinuität drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	<p>und Kommunikation zwischen Versorgen- den untereinander und Pflegebedürftigen und Versorgenden</p> <p>Management: Planung und Koordination der Versorgung inklusive Personal- und Ressourcenmanagement</p>	<p>Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ("According to the managers, limiting the number of carers was a prerequisite for achieving continuity of care; interpersonal continuity appeared to be an ideal")</p>	
Haggerty et al. (2003)	<p>Information: Verwendung von Informationen zu vergangenen Ereignissen und persönlichen Lebensumständen um die aktuelle Versorgung individuell angemessen zu gestalten</p> <p>Management: Konsistente und Kohärenter Ansatz des Managements der gesundheitlichen Situation, responsiv für sich verändernde Versorgungsbedarfe</p> <p>Relational: Andauernde therapeutische Beziehung zwischen Patienten/Pflegebedürftigen und einem oder mehreren Leistungserbringern</p>	<p>Transfer von Informationen</p> <p>Longitudinale Versorgung</p> <p>Personalisierte Versorgung bei sich änderndem Bedarf</p>	
Hetlevik et al. (2017)	<p>Relational: Personelle Kontinuität: Der Leistungserbringer kennt mich (5 Items)</p> <p>Relational: Personelle Kontinuität: Verbindlichkeit der Leistungserbringung (3 Items)</p> <p>Management, Information: Team/übergreifende Kontinuität (4 Items).</p>	<p>Ich kenne diesen Leistungserbringer gut</p> <p>Der Leistungserbringer kennt meine medizinische Vorgeschichte</p> <p>Dieser Leistungserbringer erinnert sich immer daran, was er/sie beim letzten Besuch getan hat</p> <p>Der Leistungserbringer kennt meine familiäre Situation gut</p> <p>Der Leistungserbringer weiß gut darüber Bescheid, was ich im alltäglichen Leben mache</p> <p>Der Leistungserbringer kontaktiert mich bei Bedarf ohne dass ich ihn/sie darum bitten muss</p> <p>Der Leistungserbringer weiß gut darüber Bescheid, was mir bei meiner Versorgung wichtig ist</p> <p>Der Leistungserbringer hält ausreichend Kontakt zu mir, wenn ich von anderen Leistungserbringern versorgt werde</p> <p>Diese Leistungserbringer geben Informationen gut aneinander weiter</p> <p>Diese Leistungserbringer arbeiten gut zusammen</p> <p>Die Versorgung, die durch diese Leistungserbringer erbracht wird, ist gut verknüpft/vernetzt</p> <p>Diese Leistungserbringer wissen immer gut darüber Bescheid, was die anderen Leistungserbringer getan haben</p>	Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ)
Koch, Marjs & Tooke (2001)	<p>Andauernder Unterstützung</p> <p>Vertrauen in die professionellen Leistungserbringer, Versorgung entsprechend ihrer Verantwortung durchzuführen</p> <p>Verfügbarkeit von Hilfen bei Bedarf</p>		

Autor	Arten von Kontinuität/ Kontinuität drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Leistungserbringer kennen die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzer (auch Krankengeschichte und Therapie) Eindeutiger, integrierter Pflegeplan, der von allen Beteiligten verfolgt wird		
McGilton et al. (2003)	Versorgungsdichte	Continuity Index: Anzahl der Versorgungsereignisse der direkten Pflege durch eine Pflegekraft an einem Bewohner in der Tages- oder Nachtschicht in Relation zu allen gearbeiteten Schichten in einem 2-wöchigen Beobachtungszeitraum.	
Temmink et al. (2000)		Die Rheumatology Nurse sollte eine Stellvertretung im Falle von Abwesenheit haben Die Stellvertretung erhält ausreichende Informationen Rheumatology Nurse und Stellvertretung informieren einander über die Situation der Patienten Passt die Versorgung bei sich veränderndem Bedarf an Sofortige Versorgung im Notfall Übereinstimmende Versorgung Kooperation Notwendige Versorgung Telefonische Erreichbarkeit Überweisung wenn notwendig Berät passend Hält terminliche Vereinbarungen ein Sagt Termine nicht grundlos ab Es sind nicht zu viele an der Versorgung beteiligt Hausbesuche bei Bedarf	Fragebogen zur Continuity of Care from the Clients Perspective (QCC), 15 Indikatoren der Versorgungsqualität (zu beantworten mit "nein", "nicht wirklich", "Nein/Ja" "im Großen und Ganzen Ja", "Ja")
Triemstra et al. (2010)		Verfügbarkeit von Personal Wartezeit auf Hauspflege Flexibilität der Hauspflege	Subskala des (Consumer Quality Index (CQ-index®)), nicht weiter benannt.
Russell et al. (2011)	Relational: Interpersonale Kontinuität	Continuity of Care Index (COC) (Bice & Boxerman 1977) mit Pflegepersonal als Leistungserbringer	$COC = \frac{\sum_{j=1}^s n_j^2 - n}{n(n-1)}$
D'Errico & Lewis (2010)	Relational: Interpersonale Kontinuität	Continuity of Care Index (COC) (Bice & Boxerman 1977) mit Pflegepersonal (RN) als Leistungserbringer.	$COC = \frac{\sum_{j=1}^s n_j^2 - n}{n(n-1)}$
Russell et al. (2012)	(Case)Management: Andauernde und akkurate Beobachtung des Gesundheitszustandes Relational: Konsistenz und Kontinuität der Leistungserbringer Relational: Interpersonale Beziehung	Continuity of Care Index (COC) (Bice & Boxerman 1977) mit Unterstützungs- und Betreuungspersonal als Leistungserbringer.	$COC = \frac{\sum_{j=1}^s n_j^2 - n}{n(n-1)}$
Woodward et al. (2004)	Management: Pflegeplanung, Monitoring und Evaluation, Koordination der Versorgung		

Autor	Arten von Kontinuität/ Kontinuität drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Direkte Leistungserbringung: Ununterbrochene Versorgung, angemessene Kenntnisse und Fähigkeiten des Personals, andauernde akkurate Beobachtung, vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegekraft und Nutzer, Einheitlichkeit (rapport) im Versorgungsteam, konsistente Terminierung		
Bice & Boxerman (1977)	Relational	Indexbildung: wobei N die Gesamtzahl von Besuchen, nj die Anzahl der Besuche durch Leistungsanbieter j und s die Gesamtzahl von verfügbaren Leistungsanbietern darstellt.	

Tabelle 30: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Selbstverantwortung/Selbstbestimmung** – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=8)

Autor	Arten von Selbstverantwortung/Selbstverantwortung drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Custers et al. 2014	Im Erleben der Pflegebedürftigen: Autonomie		Basic Need Satisfaction in Life Scale (Gagné, 2003); 5-Punkte Skala mit Antwortmöglichkeiten von "niemals" bis "Immer";
Hellström & Sarvimäki 2007	Erleben der Pflegeempfänger	Informationen erhalten, um Entscheidungen treffen zu können Gehört werden und Anliegen einbringen können Die eigenen Bedürfnisse nicht hinter die der anderen zurückstellen müssen Beschwerden und Unzufriedenheit äußern können, ohne Nachteile befürchten zu müssen Die Einrichtung verlassen können, wenn einem danach ist Kontrolle und Kenntnisse über die eigene Versorgung haben Den eigenen Tagesablauf bestimmen können Die Mitbewohner bestimmen können Regelungen zur Reinigung der Wohnung bestimmen können Bestimmen können, wann man zur Toilette geht	
Klaassens et al. 2015	Erleben der Pflegeempfänger: Autonomie	Bestimmen, wann aufgestanden und gegessen wird Bestimmen, was gegessen wird Unterstützung zum Arztbesuch erhalten Teilnahme an multi-disziplinären Treffen mit den Leistungserbringern, in denen der eigene Fall besprochen wird	
	Erleben der Pflegeempfänger: Autonomie	Fähigkeit, die eigene Umgebung kontrollieren zu können	

Langer & Rodin 1976		Wahlfreiheit haben	
Mattiasson & Andersson 1997	Erleben der Pflegeempfänger: Autonomie	Flexible Essenszeiten haben Flexible Duschzeiten haben Fernsehen können Radio hören können	Modifizierte Version des Satisfaction with Nursing Home Scale (McCaffree & Harkins 1976) sowie eigenen Items
Mezey et al. 1997	Mitbestimmung über den Behandlungsprozess	Patientenverfügung liegt vor	
Paque et al. (2017)	Autonomie im Sinne der Wahlfreiheit	Wahlmöglichkeit im Medikationsmanagement Wahlmöglichkeit des Sitzplatzes am Tisch Wahlmöglichkeit des Essplatzes Wahlmöglichkeit der Aufwachzeit Wahlmöglichkeit des Pflegeheims Wahlmöglichkeit der zu Bettgezeit Wahlmöglichkeit der täglichen Kleidung Wahlmöglichkeit der Besuchszeiten Wahlmöglichkeit an Gruppenaktivitäten teilzunehmen	
Stancliffe et al. (2011)	Autonomie in Entscheidungsfindung (des Lebensortes und mit wem zusammen gewohnt wird)	Möglichkeiten Personen zu interviewen zum Kennenlernen Auswahlmöglichkeit der Mitbewohner besteht	

Tabelle 31: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Nutzerorientierung** – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=23)

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Athwal et al. 2013	Klientenzentrierung (client-centered-care, CCC)	Versorgung basiert auf sozialer Gerechtigkeit und respektiert die Wünsche, Sorgen, Werte, Prioritäten, Perspektiven und Stärken der Nutzer [...]. Nutzer sind aktive Partner in Entscheidungen die ihre Gesundheit oder ihr Wohlbefinden betreffen. Sie definieren ihre eigenen gesundheitlichen Problematiken, setzen sich eigenen Gesundheitsziele, kontrollieren die sie betreffenden Maßnahmen und evaluieren ihre eigenen Bemühungen. Sie werden durch professionelle Kräfte begleitet, nicht bestimmt. Die Ziele der Nutzer bilden die Grundlage für den Versorgungsplan. Relationale Konsistenz der Leistungserbringer. Zeitnahe Versorgung, Zugang und responsive Versorgung bezüglich der Wünsche, Werte, Prioritäten, Perspektiven und Sorgen.	
Bamm et al. 2015	Personenzentrierung, Klientenzentrierung gliedert sich in Interpersonale Sensibilität	Folgende Fragen richten sich im Instrument an die Leistungserbringer: Im vergangenen Jahr, in welchem Ausmaß haben Sie... (Antworten von "In sehr hohem Ausmaß" bis "überhaupt nicht" (7 bis 1 mit einer "nicht zutreffend" Kategorie als 0 kodiert) Behandlungs-/Managementaktivitäten empfohlen, die zu den Bedürfnissen und dem Lebensstil jedes Patienten und seiner Angehörigen passen Positives Feedback und Ermutigung für Patienten und Angehörigen ausgesprochen Sich Zeit genommen, um einen Rapport mit Patienten und Angehörigen herzustellen Mit anderen Leistungserbringern Erwartungen für die Patienten diskutiert Patienten und Angehörigen über alternative Möglichkeiten der Versorgung informiert	Measure of Processes of Care (MPOC), MPOC for service providers (MPOC-SP), MPOC for service providers working with adult clients (MPOC-SP(A))

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Generelle Information Kommunikation spezifischer Themen Respektvoller Umgang mit Menschen	Mit jedem Patienten und den Angehörigen darüber gesprochen, wie es ihm mit seinem Zustand geht (z.B. Sorgen über den Gesundheitszustand oder die Versorgungssituation) Sorgen von Patienten und Angehörigen erahnt, indem Sie ihnen Informationen angeboten haben, bevor sie danach gefragt haben Soziale Kontakte zwischen Angehörigen vermittelt/unterstützt um Erfahrungen, Informationen oder Freizeit zu teilen Familien bei der Bewältigung chronischer Krankheitsverläufe unterstützt (z.B. Information über Unterstützungsmöglichkeiten und Hinzuziehen anderer Leistungserbringer) Patienten dazu beraten, wie sie sich mit anderen vernetzen können Möglichkeiten geschaffen, Familien als Ganzes zu beraten Informationen zu verschiedenen Fragen bereitgehalten: Kosten, Möglichkeiten der Unterstützung, andere Wohn- und Versorgungsformen) Patienten und Angehörigen Testergebnisse mitgeteilt Patienten schriftlich über ihren Zustand, Fortschritt oder die Behandlung/Versorgung informiert Mit Patienten und Angehörigen über Details der Versorgung gesprochen (Arten der Versorgung, Gründe für und Dauer von einzelnen Leistungen) Patienten und Angehörige vorurteilsfrei akzeptiert Patienten als Experten für die eigenen Person vertraut Sich vergewissert, dass Patienten und Angehörige die Möglichkeit haben, zu sagen, was ihnen wichtig ist Jeden Patienten und seine Angehörigen als individuellen Einzelfall und nicht als "typische Regel" behandelt Patienten auf Augenhöhe mit sich selbst behandelt Sich vergewissert, dass Patienten und Angehörige die Möglichkeit haben, ihre Behandlungs-/Versorgungsziele und Bedürfnisse mitzuteilen Patienten und Angehörige dabei unterstützt, sich als Partner in der eigenen Versorgung zu fühlen Patienten und Angehörigen als Personen und nicht als Fälle behandelt (z.B. durch nicht Verwenden einer Diagnose in der Ansprache)	
Berger 2006	Klientenzentrierung (client-centered-care, CCC) Mitsprache Erleben der Zusammenarbeit der Leistungserbringer Erhaltener Unterstützung Gesamtbewertung der Versorgung	Wurden Sie so viel wie möglich wie Sie es wünschten in Entscheidungen über ihre Versorgung mit einbezogen? nie, manchmal, für gewöhnlich, immer Arbeitete das an Ihrer Versorgung beteiligte Team gut zusammen? nie, manchmal, für gewöhnlich, immer In welchem Umfang wurde Ihnen durch die erhaltene Versorgung geholfen? gar nicht, manchmal, ziemlich viel (quite a bit), in beträchtlichem Ausmaß (a great deal) Unter Verwendung einer Zahl von 0 bis 10 (0 das Schlechteste, 10 das Beste), wie bewerten Sie die erhaltene Versorgung?	Perceptions of Care questionnaire (Eisen et al. 2002)
Büssing & Glaser 2001	Patientenzufriedenheit: zwischenmenschlicher Umgang Patientenzufriedenheit: technische Qualität der Versorgung (z.B. fachliche Kompetenz der Leistungserbringer)		

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Patientenzufriedenheit: Zugang und Komfort (z.B. Wartezeiten) Patientenzufriedenheit: Finanzielle Kosten Patientenzufriedenheit: Effektivität/Versorgungsauscomes Patientenzufriedenheit: Versorgungskontinuität Patientenzufriedenheit: physische Umgebung (Ausstattung) Patientenzufriedenheit: Verfügbarkeit (u.a. ausreichendes Personal)		
	Patientenorientierung	Ganzheitliche Pflege Interaktion und Beziehung Organisationsstrukturen und -abläufe Medizinische Behandlung und Versorgung Rolle des Patienten Hotelaspekte	Münchener Instrument zur Patientenbefragung (MIP): Das MIP basiert auf dem Konzept der vollständigen Tätigkeit, dem Pflegeprozessmodell sowie dem Konzept der ganzheitlichen Pflege. Es eignet sich in besonderem Maße zur Diagnose der Patientenorientierung im Krankenhaus. Denn die 59 Items und sechs Skalen des Instruments folgen konsequent den Kriterien, die aus den genannten Konzepten abgeleitet wurden. Dabei handelt es sich um: – Ganzheitliche Pflege (z.B. Kontinuität der Pflege); – Interaktion und Beziehung (z.B. emotionale Unterstützung); – Organisationsstrukturen und -abläufe (z.B. Transparenz); – Medizinische Behandlung und Versorgung (z.B. Information); – Rolle des Patienten (z.B. Privatsphäre); – Hotelaspekte (z.B. Freundlichkeit des Personals).
Chapman et al. 2003	Klientenzentrierung (client-centered-care, CCC)	Angehörige und Leistungserbringer entwickeln funktionierende Partnerschaften, die eine die individuellen Bedarfe der Pflegebedürftigen fördernde Versorgung unterstützen. Vorlieben und Wünsche der Nutzer haben Vorrang vor Wünschen des Personals (bspw. bezüglich der Terminierung einer Leistung) Keine Benachteiligung Einzelner bei Gruppenentscheidungen	

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
		Eindeutige Rollendefinition und Aufgabenbeschreibung für die Angehörigen selber zum Ausmaß der Mitwirkung an der Versorgung Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten im Einklang mit individueller Freiheit (z.B. verschlossene Türen, Umgang mit Küchengeräten) Soziale Kontakte in die Nachbarschaft pflegen Wohnangebot offen für Freunde, Besuch, Familie gestalten	
Constand et al. 2014	Patientenzentrierung: Kommunikation	Informationen teilen (Leistungserbringer-Patient-Leistungserbringer) Befähigende und teilnehmende Leistungserbringung Sensitiv für die Bedürfnisse/Bedarfe der Patienten	
	Partnerschaften	Beziehungsgestaltung: Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen an der Versorgung Inter-Professionelle Kooperation	
	Gesundheitsförderung	Effektives Case-Management: Evaluation vergangener Erfolge und Fehlschläge, Diskussion mit den Patienten Effektiver Ressourceneinsatz: Versorgungsangebot und Ressourcen entsprechend der Patientenbedürfnisse einsetzen und planen	
de Block et al. 2009	Wahlmöglichkeiten und Variationen für die Klienten je nach individuellem Bedarf		
	Leichte Zusammenstellung und Adaption von Komponenten der Leistungserbringung		
	Gekoppelte Leistungserbringung Pflege und Versorgung ist möglich		
	Interaktion mit den Leistungserbringern ist einfach, Klienten können Bedarfe anmelden und ausdrücken		
Elfstrand et al. 2015	In der versorgenden Person (Pflegekraft)	Trägt Ideen dazu bei, Veränderungen am Pflegeplan vorzunehmen	Individualized Care Inventory (ICI), The ICI consists of four subscales measuring knowing the person, autonomy, communication between staff and residents as well as communication between staff. These subscales assess aspects relating to the interactive care process at the individual level as well as aspects relating to the nursing homes' organizational preconditions for provision of person-centred care. In order to separate these, a principal component analysis (PCA), preset to two factors, using Varimax rotation was conducted on the ICI- data. Based on this, a user orientation scale (UO) and a
		Trägt Versorgungsansätze bei, die dabei helfen, herausforderndes Verhalten von Bewohnern zu managen	
		Trägt Versorgungsansätze bei, die Bewohnern dabei helfen, ihre Angelegenheiten selbst zu regeln/Dinge selbständig auszuführen	
		Berichtet Vorgesetzten von der Notwendigkeit, nicht mehr wirksame Maßnahmen/Prozeduren zu verändern	
		Unterhält sich mit den Bewohnern über deren persönliches Leben	
		Unterhält sich mit Freunden oder Angehörigen der Bewohner um herauszufinden, was für diese von Bedeutung war und ist	
		Unterhält sich mit anderen Mitgliedern des Versorgungsteams um die Bedeutung von herausforderndem Verhalten zu ergründen	
		Teilt persönliche Informationen über Bewohner, die anderen Mitgliedern des Versorgungsteams helfen können	
		Unterhält sich mit Bewohnern über soziale Unternehmungen, die in der Einrichtung passieren	
		Unterhält sich mit Bewohnern darüber, was außerhalb der Einrichtung geschieht	
		Berührt Bewohner mit deren Einverständnis	
		Liest die sozialen Anamnesen in den Versorgungsplänen	

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
		Unterhält sich mit den Bewohnern über deren (pflegerische) Versorgung Plant die individuelle Versorgung unter der Berücksichtigung der Routinen und Gewohnheiten der Bewohner, so wie sie diese auch vorher im eigenen Zuhause hatten Hat einen guten Überblick über die von ihr versorgten Bewohner Weiß, was die Bewohner, die sie versorgt, mögen Ist sich der Fähigkeiten der Bewohner bewusst und bindet diese in die Versorgung ein Nutzt Humor im Gespräch mit den Bewohnern	preconditions scale (PC) were constructed based on factor loadings above .30 in the expected factor.
Fazaeli et al. 2015	Prompte Aufmerksamkeit/Zeitnahe Leistungserbringung Wahlfreiheit Qualität grundlegender Leistungen Soziale Unterstützung	vertretbare Wegstrecke und Zeitdauer zwischen Haushalt und Leistungserbringer Schnelle Versorgung im Notfall Kurze Wartezeiten Kurze Wartelisten Freie Wahl der Leistungserbringer ist möglich Leistungen können auf Wunsch auch jederzeit durch einen anderen Anbieter in Anspruch genommen werden Genug Platz, Sitzplätze, gutes Raumklima in Wartebereichen Saubere Einrichtung (inkl. WC) Gesundes und verzehrbare Essen Essen und andere Dinge (Geschenke) können durch Angehörige bereitgestellt werden Freiheit religiöser Praktiken erlaubt	WHO Questionnaire
Harrison & Frampton 2017	Hausrecht dessen Respektierung Entscheidung über die Gestaltung des Tagesablaufes Gefühl, an erster Stelle zu stehen Erfassung und Berücksichtigung der Meinungen der Bewohner Bezugspflege, personelle Kontinuität Zeitnahe Versorgung bei Bedarf Zugang zur Natur Transparenz über Krankheit und Tod	Anklopfen, Betreten von Räumen nur nach Aufforderung durch die Bewohner Kein Zwang zur Beteiligung, Akzeptieren von Ablehnung von Angeboten Bewohnerbedürfnisse stehen über den Bedürfnissen des Personals Vertreter der Leistungserbringer nehmen an Sitzungen des Bewohnergremiums teil Personelle Kontinuität Auch zu den Zeiten von Schichtwechseln schnelle Beantwortung von der Bitte um Hilfestellung Auch an Wochenenden schnelle Beantwortung von der Bitte um Hilfestellung Ausflüge, das Haus bewusst verlassen um nach Draußen zu gehen sind nicht Ausnahme, sondern Regel Bewältigung und Trauer begleitet durch professionelle Unterstützung	
Kajonius & Kazemi 2015	In der Versorgenden Person (Pflegerkraft) im Umgang mit dem Nutzer	Verrichtungsorientiert: Unterstützung, Performanz, Hilfe Personenorientiert: Individualität, Gleichheit, Respekt Affekt: Engagement, Wärme, "das Extra leisten" Kooperation: Einfluss, Beteiligung, Adaptation Zeiteinsatz: Gestresstheit, Körpersprache	
Kajonius et al. 2015	Zufriedenheit Einflussnahme/Beteiligungsmöglichkeiten Respekt Information Behandlung/Versorgung Sicherheit		
Kinney et al. 2003		Pünktlichkeit	

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	<p>Patientenzufriedenheit: Zufriedenheit mit den einzelnen, an der Versorgung beteiligten Personen (In der Versorgenden Person (Pflegekraft))</p>	<p>Abhängigkeit Höflichkeit Ehrlichkeit Freundlichkeit Flexibilität</p> <p>Sorgfalt im Umgang mit den Pflegbedürftigen</p>	<p>excellent, very good, good, fair, poor,"scored as 1 to 5 with 1 representing "excellent" and 5 representing "poor." The total "client satisfaction"score was calculated as the average all of 7 items and also ranged from 1 to 5. The client-centered questions and Likert scale in the response set comport with current theory that client satisfaction surveys address client needs directly, rather than professional perceptions of quality, and be specific enough to elicit a range of responses.</p>
Körner et al. 2017	<p>Entscheidungsfindung/Kommunikation</p> <p>Selbstmanagement, Empowerment</p> <p>Psychosoziales Wohlbefinden</p>	<p>Ich entscheide gemeinsam mit den Leistungserbringern, was mir hilft Die Leistungserbringer behandeln mich als Person und nicht als Fall Die Leistungserbringer berücksichtigen meine individuellen Bedürfnisse/Bedarfe bei der Planung der Versorgung Mein Behandlungs-/Versorgungsbedarf, Prioritäten und Ziele sind den Leistungserbringern wichtig Die Leistungserbringer diskutieren mit mir meine Fortschritte und nehmen bei Bedarf Veränderungen vor</p> <p>Ich werde über meinen Fortschritt in Bereichen die mir wichtig sind gut informiert Ich erhalte adäquate Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Nachbarschaft Ich habe alles Notwendige was ich wissen muss gelernt, um Zuhause klar zu kommen Ich weiß, an wen ich mich bei Problemen wenden kann (nach Entlassung) Entscheidungen im Behandlungsverlauf wurden mir umfänglich erklärt Mein Behandlungsplan wurde mir verständlich erklärt</p> <p>Ich habe die Informationen erhalten die ich brauchte wann ich es wollte Ich habe mich wohl dabei gefühlt, meine Gefühle auszudrücken Die Leistungserbringer haben versucht, mein Wohlbefinden sicherzustellen Meine emotionalen Bedürfnisse (Sorgen, Ängste, Unsicherheiten) wurden erkannt und von den Leistungserbringern ernst genommen</p>	
Scholl et al. 2014		<p>Merkmale der Leistungserbringer Beziehung Leistungserbringer-Patient Patient als einzigartige Person Biopsychosoziale Perspektive Leistungserbringer-Patient Kommunikation Integration medizinischer und nicht-medizinischer Versorgungsleistungen Teamarbeit und Team Building</p>	

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Zugang zu Leistungen Koordination und Kontinuität der Versorgung Patienteninformation Beteiligung der Patienten an der Versorgung Einbindung der Angehörigen und Freunde Empowerment Emotionale Unterstützung		
Vrijhoef et al. 2009	Patientenerfahrungen und -zufriedenheit mit ganzheitlicher Pflege bei chronischer Erkrankung Inanspruchnahme Versorgung Patientenaktivierung Delivery System Design/Unterstützung bei Entscheidungen Zielsetzung/Zuschnitt /Problemlösung		Patients Assessment of Care for chronic Conditions (PACIC)
Vrijhoef et al. 2009	kontextbezogene Beratung Koordination Generelle Zufriedenheit Technische Qualität Interpersonelles Verhalten Kommunikation Finanzielle Aspekte Zeit beim Arzt Erreichbarkeit		short form of the Patient Satisfaction Questionnaire III (PSQ-18)
Ughasoro et al. 2017	schnelle Abrufbarkeit (Die Einrichtung ist geographisch erreichbar (Fahrzeit), Dauer der Wartezeit eines Termins (consultation)/ einer Behandlung) Zugang zu sozialen Netzwerken (Zugang zu Besuchern, persönliche Bedürfnisse werden mithilfe von Freunden und der Familie befriedigt, Einbeziehung in religiöse Aktivitäten) Qualität der Befriedigung grundlegender Bedürfnisse (Sauberkeit der Stationen, Instandhaltung der Gebäude, Angemessenheit des Mobiliars auf der Station, Nahrung und Genießbarkeit des Essens, Zugang zu sauberem Wasser, Sauberkeit der Toiletten, Sauberkeit der bettwäsche) Wahl des Leistungsanbieters (Wahl des Leistungsanbieters, Wahl der Gesundheitseinrichtung, Möglichkeit einen Spezialisten (Facharzt) zu sehen)		Subkategorie "client orientation" im World Health Organization-structured responsiveness questionnaire

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument		
Sullivan et al. 2017	Pflegehandlungen, Arbeitsplatzprozesse, Umgebung, Führung, Familie und Gemeinschaft sowie Outcomes		Artifacts of Culture Change Tool		
Storm, Hausken & Mikkelsen 2010	Service user involvement: Demokratischer Patienteneinbezug	Leistungserbringer formulieren den Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten Leistungserbringer ermutigen den Patienten an der Behandlungsplanung teilzuhaben Patient ist informiert über alternative Therapiemethoden Leistungserbringer und der Patient stimmen überein mit den therapeutischen Methoden Behandlungsziele werden mit dem Patienten zusammen formuliert Der Patient beteiligt sich an Besprechungen über seine/ ihre Behandlung Der Patient spielt eine aktive Rolle bei seiner/ ihrer Behandlung Der Patient beteiligt sich an der Beurteilung seines Gesundheitszustandes/seiner Fähigkeiten			
	Service user involvement: Einbezug der Pflegenden	Der Pflegende wird kurz nach der Aufnahme des Patienten kontaktiert Der Pflegende ist informiert über die Aufnahme des Patienten Der Pflegende ist informiert über den Zustand des Patienten bei Aufnahme Der Pflegende wird einbezogen in die Planung der Behandlung des Patienten Der Pflegende ist informiert über Therapiemöglichkeiten Leistungserbringer fokussieren den Dialog mit dem Pflegenden Der Pflegende hat Teil an den Entscheidungen den Patienten zu entlassen Der Pflegende ist aufgeklärt über die psychischen Probleme des Patienten			
	Service user involvement: Assistierter Patienteneinbezug	Patiententeilhabe wird durch Besprechungen über die Behandlung seinem/ ihrem Grad der Funktionsfähigkeit seinen/ ihren Fähigkeiten ermöglicht Leistungserbringer zielen darauf ab, ein positives Verhältnis zum Patienten aufzubauen Der Patient ist über getroffene Entscheidungen informiert, wenn er/ sie eine unfreiwillige Behandlung erhält Entscheidungen werden dem Patienten erklärt, wenn er/ sie eine unfreiwillige Behandlung erhält Die Erwartungen des Patienten bezüglich des stationären Aufenthalts werden adressiert Der Patient wird ernst genommen, wenn er/ sie einen neuen Therapeuten wünscht Der Patient ist über seine/ ihre Rechte zum Zugang zu seiner/ ihrer Krankenakte informiert Der Patient ist über seine psychischen Probleme informiert Der Patient ist im Umgang mit seinen/ ihren psychischen Problemen trainiert			
	Service user involvement: Management Unterstützung	Das Stations-Management beeinflusst die Haltung der Psychiater bezüglich des Einbezugs des Patienten in seine/ ihre Behandlung Das Stations-Management fördert Patientenpartizipation in der Behandlungsplanung Patienteneinbezug in die Behandlung wird von dem Stations-Management unterstützt das Stations-Management fördert Patienteneinbezug bei der Formulierung der Behandlungspläne Leistungserbringer werden in Diskussionen über Behandlungsmethoden einbezogen			
	Snow et al. 2018	Personenzentrierte Pflege: Teilhabe der Bewohner			Preliminary Resident-centered Assessment of Interactions with

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Personenzentrierte Pflege: Qualität und Häufigkeit der Personal-Bewohner-Interaktionen		Staff and Engagement tool (RAISE)
Muntinga et al. 2014		siehe Dimensionen Witte et al. 2006	Client-centered Care Questionnaire (CCCQ)
Witte, Schoot & Proot 2006	Klientenzentrierte Pflege: sich als Klient wahrgenommen und respektiert fühlen	Ich kann sagen, dass die Pflegenden meine persönlichen Wünsche berücksichtigen I can tell	Client-centered Care Questionnaire (CCCQ)
	Klientenzentrierte Pflege: sich als Klient autonom fühlen in Bezug darauf, welche Pflege erbracht wird	Ich kann sagen, dass die Pflegenden mir zuhören	
		Ich kann sagen, dass die Pflegenden berücksichtigen, was ich Ihnen sage	
		Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten um zu sagen, welche Art der Pflege ich benötige	
		Ich kann sagen, dass die Pflegenden meine Entscheidung respektieren, auch wenn ich nicht mit ihnen übereinstimme	
		Meiner Meinung nach sind die Pflegenden sich im Klaren darüber, welche Pflege sie anbieten können und ihnen erlaubt ist anzubieten	
		Meiner Meinung nach sagen die Pflegenden manchmal zu schnell, dass etwas nicht möglich ist	
		Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten meine eigene Expertise und Erfahrung in Bezug auf die Pflege, die ich brauche, nutzen	
		Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten, das zu tun was ich alleine im Stande bin zu tun	
		Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten um zu entscheiden, welche Art von Pflege ich erhalte	
		Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten um zu entscheiden, wie oft ich Pflege erhalte	
		Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten um zu entscheiden, wie ich die Pflege erhalte	
		Ich kann mitbestimmen, wann die Pflegenden kommen um mir zu helfen	
		Meiner Meinung nach werde ich ausreichend hinzugezogen, wer die Pflege durchführt	
Ich erhalte ausreichend Möglichkeiten die von mir selbst erbrachte Pflege zu arrangieren und zu organisieren			
Moran et al. 2002	Zufriedenheit: Pflegebedarfe und -bedürfnisse (needs) und Einstellung des Klienten	Möglichkeit das Telefon zu benutzen, wann immer es der Bewohner möchte	Client Satisfaction Questionnaire
	Zufriedenheit: Verhalten und Einstellung der Pflegeperson	Das Personal/der Anbieter/der Träger/Pflegeanbieter hält den Wohnort sauber	
	Zufriedenheit: Beschaffenheit de physischen Umgebung Setting	Frische Luft ist zu bekommen	
	Zufriedenheit: Organisationsbezogene und soziale Charakteristika des Angebots	Persönliche Gegenstände wie Bilder, einen Lieblingsstuhl oder andere Dinge, die immer eine besondere Bedeutung für den Bewohner hatten, können für den eigenen Raum von zu Hause mitgebracht werden	
		Der Bewohner hat seine Privatheit	
		Der Bewohner fühlt sich an diesem Ort sicher	
		Der Bewohner fühlt sich an diesem Ort zu Hause	
		Der Bewohner steht in Kontakt mit Familie und Freunden	
Das Personal/ der Pflegebringer bindet die Familie zur Befriedigung der Bewohnerbedürfnisse ein			
Gleichbleibende Pflegequalität durch die selben Pflegeleistungsanbieter über die meiste Zeit haben			

Autor	Arten von Nutzerorientierung/ drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
		Befriedigung der Grundbedarfe/ -bedürfnisse (needs) einschließlich medikamentöser Bedarfe durch den Erhalt der Hilfe, die benötigt wird Pflege wird effizient erbracht Erhalt rechtzeitiger Antwort auf Anfragen nach Hilfe vom Personal/Leistungsanbieter Netter und einfühlsamer Umgang des Personals/Leistungsanbieters Das Pflegepersonal kümmert sich um den Komfort des Bewohners Der Bewohner vertraut dem Personal/Leistungsanbieter Das Personal/der Pflegeleistungserbringer berücksichtigt die Vorzüge und Abneigungen des Bewohners Das Personal/ Pflegeleistungserbringer kennen und verstehen den Bewohner Das Personal/ Pflegeleistungserbringer behandelt den Bewohner mit Respekt	

Tabelle 32: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Koordination** – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=28)

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Azar et al. (2017)	Relationale Koordination (Teamarbeit)		RC-Index nach Gittel et al. 2000
Carney Moore et al. (2015)	Kommunikation Überleitungsmanagement Monitoring, Follow-Up Festlegen von Verantwortlichkeiten Erfassen von Bedarfen und Zielen Verfassen eines pro-aktiven Pflegeplans Unterstützung von Selbstmanagementzielen Verknüpfung von Ressourcen auf Gemeindeebene Abstimmen der Ressourcen mit den Bedarfen	Übertragung der Patientendaten weitere Leistungserbringer erfolgt Bestätigung der Leistungserbringer Patientendaten empfangen zu haben	
Dougherty & Larson (2010)	Konfliktmanagement: Problemlösungsstrategie für Konflikte innerhalb der Gruppe Konfliktmanagement: Strategien zur Vermeidung von Konflikten innerhalb der Gruppe	All points of view will be carefully considered in arriving at the best possible solution to the problem All the nurses will work hard to arrive at the best possible solution The nurses involved will not settle the dispute until all are satisfied with the decision Nurses will work together to resolve a conflict When nurses disagree, they will ignore the issue, pretending it will go away Nurses will withdraw from conflict Disagreements between nurses will be ignored or overlooked	Nurse-nurse collaboration (NNC) scale

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Kommunikation: Kommunikationsoffenheit innerhalb der Gruppe	It is easy for me to talk openly with nurses in this ICU Communication between nurses is very open I find it enjoyable to talk with other nurses of this unit	
	Kommunikation: Sorgfalt innerhalb der Gruppe	It is easy to ask advice from nurses on this unit I can think of the number of times when I received in correct information from nurses on this unit It is often necessary for me to go back and check the accuracy of information The accuracy of information passed among nurses on this unit leaves much to be desired I feel that certain nurses don't completely understand the information they receive	
	geteilte Prozesse: Entscheidungsfindung und Autonomie	I am able to make a lot of decisions on my own I am allowed to make decisions that affect me at work I am involved in making decisions about what happens in my work I have a lot to say over what happens for patient care on my unit	
	geteilte Prozesse: Gemeinsames Ziel	Nurses agree on goals for patient pain management on my unit	
	geteilte Prozesse: Autorität	Nurses agree with patient safety goals for unit Nurses stop a procedure that violates patient safety standards of identification Nurses may stop a procedure that violates infection control standards for central line insertions	
	Koordination	Nurses speak directly to each other regarding patient care issues Nurses have ad hoc group meetings regarding patient care issues There are written evidence-based treatment protocols There are written policies and procedures regarding coordination of care There are daily staff rounds	
	Professionalität: Gegenseitiger Respekt	There is a respectful and cordial relationship among nurses	
	Professionalität: Bereitschaft zusammen zu arbeiten	There is willingness of nurses to collaborate with each other	

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Professionalität: Fachliche Kompetenz Professionalität: Begleitung der Mitarbeiter Professionalität: Führung der Mitarbeiter	Nurses have adequate knowledge of drugs ordered for the patients on this unit Nurses have adequate knowledge of the disease process for patient in this unit Nurses have the technical skills necessary to provide safe care to the patients on this unit On this unit, nurses with more experience help to mentor and teach less experienced nurses On this unit, nursing leadership supports collaboration	
Davidson et al. (2017)	Überleitungsmanagement	Dimensionen nach Wagner & Hosken (2017): Vorliegen eines Wiederaufnahme-Risiko-Assessments Bestehen einer Kommunikation mit ambulanten Leistungserbringern Vorliegen eines Pflegeplans Erfolgen der Medikamentenabstimmung Vorliegen eines Assessments sozialer Barrieren Einbezug von Patienten und Familie/ informellen Pflegepersonen Bestehen einer tiefergehenden Pflegeplanung am Lebensende Bestehen einer Terminplanung für den Folgetermin Bestehen einer Entlassungskommunikation - mündliche Übergabe Durchführen eines Telefonats im Anschluss an die Entlassung Durchführen eines Termins im Anschluss an die Entlassung (primary care visit) Geben eines Feedbacks an das Krankenhaus zur Verbesserung Bestehen eines Community-Forums	Care Transitions Toolkit
Deckenbach et al. 2013	Pflegeprozess und seiner Organisation	Entlassvorbereitung und Pflegeüberleitung	
Durmus, Ekici & Yildirim (2018)	s. Dougherty & Larson (2010)	s. Dougherty & Larson (2010)	nurse-nurse collaboration scale (NNCS) von Dougherty & Larson (2010)
Haggerty et al. (2008)	Koordinationskontinuität (Kontinuität der Versorgung zwischen Hausarzt und Facharzt)	Patienten sollten sich darauf verlassen können, dass ihr Hausarzt und die Fachärzte in ihrer Versorgung kommunizieren und zusammenarbeiten	Subskala des Primary Care Assessment Tool (PCAT) nach Cassady et al. (2000) und Shi, Starfield & Xu (2001)
Hartgerink et al. 2014	Erleben der Leistungserbringer: Kommunikation: regelmäßig, zeitnah, akkurat	Items uneindeutig beschrieben (siehe Anmerkungen zum Instrument)	Relational Coordination Survey nach Gittel et al.) 6 Items mit 4-stufiger Skala (1=niemals,

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Kommunikation von Problemen Geteilte Ziele Geteiltes Wissen Gegenseitiger Respekt		2=selten, 3=gelegentlich, 4= die ganze Zeit) sowie drei Fragen zur Kommunikation (häufig, zeitnah, akkurat, problemlösungsbezogen) sowie drei Fragen zu geteilten Zielen, Wissen und gegenseitigem Respekt. Gesamtscore als Mittel von 6 Items. Höherer Score weist erwünschtere relationale Koordination aus.
Havens et al. 2010	Erleben der Leistungserbringer: Kommunikation: regelmäßig, zeitnah, akkurat Kommunikation von Problemen Geteilte Ziele Geteiltes Wissen Gegenseitiger Respekt	Items adaptiert wie folgende Quellen X,Y, Z	Relational Coordination Survey for Patient Care (nach Gittel et al. 2000, -Punkt-Likert-Skala, 1 = niemals bis 5 = ständig)
Hoyer et al. 2017	Kommunikation Erhebung der Versorgungsbedarfe	Regelmäßige Teambesprechungen Regelmäßiges Assessment	
Jones et al. 2017	Verantwortlichkeit Kommunikation Erhebung der Versorgungsbedarfe Medikationsmanagement	Eindeutige Rollenbeschreibungen der beteiligten Leistungserbringer Die beteiligten Leistungserbringer teilen Wissen und Informationen Regelmäßiges Assessment Gemeinsame Medikationspläne liegen vor	
Kemp et al. 2015	Erleben der Patienten	Wie gut haben Ihre Leistungserbringer ihre Bemühungen koordiniert, ihren Bedürfnissen gerecht zu werden? (Exzellente, sehr gut, gut, angemessen, schlecht)	
Kuske et al. 2015	Kommunikation und Information	Kooperationsabsprachen zwischen Leistungserbringern	
Kuske et al. 2016	Handeln der Leistungserbringer: Kriterien der Koordination	5. Personal der Kurzzeitpflegeeinrichtung (PDK): frühzeitige Vorbereitung der Entlassung 6. PDK: vor dem Tag der Aufnahme, Erstgespräch und Vollständigkeitsprüfung von Daten, Informationen 7. PDK: Klärung der Kontaktaufnahme mit versorgenden Angehörigen während des Aufenthalts (z. B. bei Unwohlsein des MmD, Einleitung von Schutzmaßnahmen) 8. PDK: Hauptverantwortung bezüglich des Informationsaustauschs mit Angehörigen und externen Professionen (bei Aufnahme und Entlassung) 9. Zuständiger Arzt: Verantwortung des Medikationsplans bei Aufnahme	

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Manski-Nankervis et al. 2015	Erleben der Leistungserbringer: Kommunikation: regelmäßig, zeitnah, akkurat	Wie regelmäßig kommunizieren die Personen im Arbeitsbündnis über die Leistungsempfänger?	Nach Gittel et al. 2011, 5-Punkt-Likert-Skala, nicht weiter spezifiziert (in anderen Quellen: (1 = niemals bis 5 = ständig).
		Kommunizieren die Personen im Arbeitsbündnis zeitnah mit Ihnen über die Leistungsempfänger?	
		Kommunizieren die Personen im Arbeitsbündnis in passender Weise mit Ihnen über die Leistungsempfänger?	
	Kommunikation von Problemen	Wenn Probleme auftreten, schieben die Personen im Arbeitsbündnis die Schuld jeweils auf andere oder arbeiten sie daran mit, das Problem zu lösen?	
	Geteilte Ziele	In welchem Ausmaß teilen die Personen im Arbeitsbündnis die gleichen Ziele in der Versorgung?	
	Geteiltes Wissen	Wieviel wissen die Personen im Arbeitsbündnis über die eigene Arbeit von einem selbst?	
Gegenseitiger Respekt	In welchem Ausmaß respektieren die Personen im Arbeitsbündnis die Arbeit von einem selbst und seine Rolle im Versorgungsprozess?		
Marek et al. 2014	Kommunikation	Verantwortliche Person mit regelmäßiger Kommunikation und Kontakt zu pflegebedürftigem und allen Leistungserbringern.	
Marek et al. 2013	Kommunikation	Verantwortliche Person mit regelmäßiger Kommunikation und Kontakt zu pflegebedürftigem und allen Leistungserbringern.	
McDonald et al. 2014	Care Coordination Measurement Framework: Verantwortlichkeiten definieren oder Verhandeln	>80 Kriterien, die sich auf die nebenstehenden Dimensionen beziehen	
	Care Coordination Measurement Framework: Kommunikation		
	Care Coordination Measurement Framework: Interpersonale Kommunikation		
	Care Coordination Measurement Framework: Informationsaustausch		
	Care Coordination Measurement Framework: Überleitungsprozesse		
	Care Coordination Measurement Framework: Assessment von Bedarfen und Zielen		
Mileski et al. 2017		Regelmäßiges Assessment der Versorgungssituation	
Morita et al. 2004	Erleben der Angehörigen	Es gibt eine gute Kooperation zwischen den Leistungserbringern	Subskala der Care Evaluation Scale

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
		Die Versorgung wird durch die selben Leistungserbringer übernommen Die Versorgung wird unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes geplant	
Mühlbacher et al. 2015	Patientenerleben	Multidisziplinäre Versorgung: immer, oft, manchmal zusammen Überleitungsmanagement: immer, oft, manchmal koordiniert Austausch klinischer Informationen: alle (100%), die meisten (75%), die Hälfte (50%) verwenden ein einheitliches Informationssystem	
Papp et al. 2014	Verantwortliche Bezugsperson Begleitung im Zeitverlauf Kontinuität der Dokumentation Überweisungsprozesse	Eine verantwortliche Bezugsperson hat den Überblick über alle notwendigen Informationen und stellt diese zur Verfügung. Austausch von Informationen Kommunikation zwischen Leistungserbringern	
Press et al. 2015	Kommunikation zwischen Leistungserbringern	Kommunikationsversuche bleiben nicht unbeantwortet	
Sakai et al. 2016	Interprofessionale Koordination: Beziehungen Interprofessionale Koordination: Kommunikation	Haben die Personen im Arbeitsbündnis die gleichen Ziele wie man selbst? Wie viel wissen die Personen im Arbeitsbündnis jeweils über den Job von einem selbst? Wieviel Respekt erhält man selbst von den anderen Personen im Arbeitsbündnis? Wie oft kommuniziert man mit den Personen im Arbeitsbündnis? Kommunizieren die Personen im Arbeitsbündnis mit einem selbst jeweils zeitnah? Kommunizieren die Personen im Arbeitsbündnis mit einem selbst passend? Wenn es ein Problem gibt, versuchen die Personen im Arbeitsbündnis das Problem zu lösen oder festzustellen, wessen Verschulden das Problem ist?	Relational Coordination Scale (RCS (RCS-J))

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Takiguchi et al. 2017	Erleben der Leistungserbringer	siehe folgende Quelle	Nurses' Care Coordination Competency Scale (NCCCS), 22 Items (Ich tue das überhaupt nicht, Ich tue das kaum, ich tue das manchmal, Ich tues das oft, Ich tue das andauernd)
Takiguchi et al. 2017	Erleben der Leistungserbringer	<p>Erkennen von veränderten Bedingungen und Anzeichen, die die Überprüfung des Versorgungsplan so früh wie möglich erforderlich machen</p> <p>Verstehen, ob Weaning vom Beatmungsgerät physisch und mental angemessen für den Patienten ist</p> <p>Bestimmen, ob die Art und der Belastung angemessen für den Patienten sind</p> <p>Überprüfen, ob das Behandlungsteam angemessen mit Dingen umgeht, die Patient oder Angehörigen Schwierigkeiten bereiten</p> <p>Einen umfassenden Weaningplan vorschlagen</p> <p>Einen Sedierungsplan vorschlagen, der Schlaf-Wach-Rhythmen berücksichtigt</p> <p>Einen Mobilisierungsplan vorschlagen, der dem vom Patienten angestrebten Leben nach der Entlassung entspricht</p> <p>Wenn die notwendige Versorgung nicht gewährleistet ist, sofort die Hindernisse, die die Versorgung beeinträchtigen beseitigen oder einen alternativen Plan vorschlagen</p> <p>Zusammenfassung der Versorgungssituation an beteiligte Leistungserbringer geben</p> <p>Verstehen, des Großen Ganzen in Bezug auf die Versorgungssituation</p> <p>Verstehen von Sorgen der beteiligten Leistungserbringer aus deren professioneller Perspektive</p> <p>Den möglichst effizientesten Weg der Informationsweitergabe wählen</p>	Nurses' Care Coordination Competency Scale (NCCCS), 22 Items (Ich tue das überhaupt nicht, Ich tue das kaum, ich tue das manchmal, Ich tues das oft, Ich tue das andauernd)

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
		<p>Sich davon überzeugen, dass alle beteiligten Leistungserbringer die notwendigen Informationen haben, um Versorgungsentscheidungen zu treffen.</p> <p>Kollegen und Angehörige über die effektivste Art der Kommunikation mit dem Patienten unterrichten</p> <p>Informationen entsprechend den Bedürfnissen der professionellen Leistungserbringer bereitstellen</p> <p>Ärzte oder andere Leistungserbringer hinzuziehen, so dass sie intervenieren können</p> <p>Beteiligte Leistungserbringer auf auffällige Parameter des Patienten hinweisen</p> <p>Bei Unstimmigkeiten im Versorgungsteam einen Konsens moderieren</p> <p>Fallbesprechungen/Pflegevisiten initiieren</p> <p>Den Zeitplan der Leistungserbringer so aufstellen, dass angemessene Zeiten der Versorgung des Patienten berücksichtigt werden</p> <p>Einen Verhandlungsstil pflegen, der Konflikte ohne Schwierigkeiten löst</p> <p>Aspekte, die die Leistungserbringer betreffen eindeutig in deren Gegenwart ansprechen</p>	
Weller et al. 2011	Führung und Team-Koordination	<p>Behandlungsplan ist im Team kommuniziert</p> <p>Prioritäten und Reihenfolgen von Handlungen/Leistungen sind im Team kommuniziert</p> <p>Eine eindeutige, verantwortliche Person ist benannt</p> <p>Anweisungen und verbale Kommunikation sind explizit und direkt</p> <p>Verantwortliche Person zeigt angemessene Balance zwischen Autorität und Offenheit gegenüber Vorschlägen</p> <p>Jedes Teammitglied hat eine klar definierte Rolle</p> <p>Aufgestellte Pläne werden situationsabhängig angepasst</p> <p>Die Übernahme/Einführung neuer Aufgaben ist gut koordiniert</p> <p>Unstimmigkeiten oder Konflikte beeinträchtigen die Teamperformanz</p>	

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	<p>Gemeinsames Monitoring der Performanz</p> <p>Situative Kommunikation</p>	<p>Die verantwortliche Person ist dazu in der Lage, einen Überblick über die Situation zu behalten</p> <p>Einzelne Teammitglieder reagieren angemessen, wenn sie von anderen auf mögliche/tatsächliche Fehler hingewiesen werden</p> <p>Die Teammitglieder benennen mögliche gefährliche/unsichere Handlungen</p> <p>Wenn Hinweise auf möglicherweise gefährliche Handlungen ungehört bleiben, bestehen die Teammitglieder weiterhin aktiv darauf, eine Antwort zu erhalten</p> <p>Externe Unterstützung wird hinzugeholt, wenn dies angemessen/notwendig erscheint</p> <p>Anweisungen oder Spezifizierungen werden paraphrasiert und wiederholt</p> <p>Bei Unklarheit fragen die Teammitglieder nach</p> <p>In Zeiten hohen Arbeitsaufkommens fragen die Teammitglieder einander nach Unterstützung</p> <p>Wichtige Handlungen werden verbalisiert</p> <p>Die Teammitglieder bieten einander Unterstützung an, wenn einzelne überfordert sind</p> <p>Informationen zum Einschätzen der Situation werden geteilt</p>	
Weston et al. 2017	Erleben der Leistungsbriinger: Zusammenarbeit	<p>Multidisziplinäre Fallbesprechungen fördern die Koordination</p> <p>Mitglieder der Versorgungsteams tauschen Informationen aus, die zeitnahe Entscheidungen begünstigen</p> <p>Die verantwortliche Person macht die Mitglieder des Versorgungsteams auf Situationen aufmerksam, die die Versorgung beeinflussen können</p> <p>Mitglieder der Versorgungsteams treffen sich, um den Versorgungsplan bei Veränderungen der Versorgungssituation zu evaluieren</p> <p>Die Mitglieder der Versorgungsteams nutzen Input aus multidisziplinären Besprechungen, um den Versorgungsplan festzulegen</p> <p>Die Mitglieder des Versorgungsteams erklären die Versorgung in laienverständlicher Sprache den Patienten und Angehörigen</p>	Care Coordination Questionnaire (CCQ), 12 Items, 5-Punkte-Likert-Skala (1=starke Ablehnung bis 5=starke Zustimmung, Optionen: nicht anwendbar) sowie eine globale Einschätzung zur Koordination der Versorgung insgesamt: 1=völlig unkoordiniert bis 10=Perfekt koordiniert.

Autor	Arten von Koordination/Koordination drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
	Erleben der Leistungserbringer: Übergaben	Es gibt ein eindeutiges Vorgehen zum Austausch von Informationen während Dienstübergaben	
	Erleben der Leistungserbringer: Einbindung des Patienten	Patient und/oder Angehörige wissen, wer die Bezugsperson im Versorgungsteam ist	
		Patienten wirken aktiv an der Erstellung ihres Versorgungsplanes mit	
		Patienten wirken aktiv an der Erstellung ihres Verlegungs-/Entlassungsplans mit	
	Erleben der Leistungserbringer: Überweisungen/Verlegungen	Die Mitglieder des Versorgungsteams leiten Patienten dazu an, sich selbst zu versorgen, nachdem sie die Klinik verlassen haben	
		Die Mitglieder des Versorgungsteams statten die Patienten mit allem aus was diese brauchen, um einen sicheren Übergang von der Klinik in die eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten	

Tabelle 33: Literaturanalyse Operationalisierung Qualitätsmerkmal **Transparenz** – Kriterien und Instrumente in den einbezogene Studien (n=6)

Autor	Arten von Transparenz/Transparenz drückt sich aus in	Kriterien	Instrument
Harrison & Frampton (2017)	Erleben der Pflegebedürftigen: einrichtungsinterne Transparenz	Über die Versorgungssituation (Krankheiten/Todesfälle) der anderen Bewohner informiert sein	
Lamont et al. 2015	Erleben der Pflegenden	Eindeutige Rollendefinition	
Nübling et al. 2004	Erleben der Angehörigen der Pflegeempfänger: Verwaltung	Verwaltung: Pünktlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung	Subskala de Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen (FQA)
		Abwicklung der Aufnahmeformalitäten	
		Verständlichkeit des Heimvertrags	
	Erleben der Angehörigen der Pflegeempfänger: Kooperation	Information bei Pflegemaßnahmen	
		Beratungsmöglichkeiten	
		Umgang des Personals mit Angehörigen	
Triemstra et al. (2010)	Verantwortlichkeit/Rechenschaft über die Leistungserbringung (Accountability)	Information	Subskala des Consumer Quality Index (CQ-index®) Long-term Care
		Öffentliche Qualitätsberichterstattung	
		Erleben der Pflegeempfänger	
		Kommunikation und Information	
Twardon & Gartner 1991	Verantwortlichkeit/Rechenschaft über die Leistungserbringung (Accountability)	Die Leistungen werden mit den Leistungsempfängern diskutiert	

	Erleben der Pflegeempfänger	<p>Die professionelle Pflegekraft ist aufmerksam gegenüber Sorgen, Problemen der Pflegeempfänger und ihrer Angehörigen</p> <p>Die Leistungen werden den Leistungsempfängern/Angehörigen erklärt</p> <p>Das Gefühl haben, die Leistungserbringer wissen, was sie tun</p> <p>Die Pflegeempfänger und/oder ihre Angehörigen erhalten Anleitung und Schulung zur Versorgung</p> <p>Die Leistungserbringer beantworten Fragen und/oder ziehen jemanden hinzu, der Fragen der Pflegeempfänger beantworten kann</p> <p>Die Pflegeempfänger und/oder ihre Angehörigen erhalten Anleitung und Schulung zur Versorgung, wenn professionelle Unterstützung nicht gegeben ist</p> <p>Die professionellen Pflegekraft kommuniziert mit anderen Akteuren über den gesundheitlichen Zustand und die Versorgung der Pflegeempfänger</p> <p>Die Leistungserbringer sind bei Bedarf erreichbar</p> <p>Die Pflegeempfänger sind dazu in der Lage, sich um ihre gesundheitlichen Belange/Probleme zu kümmern</p>			
Weller et al. 2011	Führung und Team-Koordination	<p>Behandlungsplan ist im Team kommuniziert</p> <p>Prioritäten und Reihenfolgen von handlungen/Leistungen sind im team kommuniziert</p> <p>Eine eindeutige, verantwortliche Person ist benannt</p> <p>Anweisungen und verbale Kommunikation sind explizit und direkt</p> <p>Verantwortliche Person zeigt angemessene Balance zwischen Autorität und Offenheit gegenüber Vorschlägen</p> <p>Jedes Teammitglied hat eine klar definierte Rolle</p>			
		<p>Aufgestellte Pläne werden situationsabhängig angepasst</p> <p>Die Übernahme/Einführung neuer Aufgaben ist gut koordiniert</p> <p>Unstimmigkeiten oder Konflikte beeinträchtigen die Teamperformanz</p> <p>Die verantwortliche Person ist dazu in der Lage, einen Überblick über die Situation zu behalten</p>			
		Gemeinsames Monitoring der Performanz		<p>Einzelne Teammitglieder reagieren angemessen, wenn sie von anderen auf mögliche/tatsächliche Fehler hingewiesen werden</p> <p>Die Teammitglieder benennen mögliche gefährliche/unsichere Handlungen</p> <p>Wenn Hinweise auf möglicherweise gefährliche Handlungen ungehört bleiben, bestehen die Teammitglieder weiterhin aktiv darauf, eine Antwort zu erhalten</p> <p>Externe Unterstützung wird hinzugeholt, wenn dies angemessen/notwendig erscheint</p>	
				Situative Kommunikation	<p>Anweisungen oder Spezifizierungen werden paraphrasiert und wiederholt</p> <p>Bei Unklarheit fragen die Teammitglieder nach</p> <p>In Zeiten hohen Arbeitsaufkommens fragen die Teammitglieder einander nach Unterstützung</p>

		Wichtige Handlungen werden verbalisiert	
		Die Teammitglieder bieten einander Unterstützung an, wenn einzelne überfordert sind	
		Informationen zum Einschätzen der Situation werden geteilt	

Anhang 5: Kriterien und Indikatoren in den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) ambulant und stationär, den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB X (MuG) und bei Hasseler et al. (2016)

Ergebnisse für das Qualitätsmerkmal Koordination

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Regelung für Zusammenarbeit	MuG (2011)c ambulant	Die Leitung muss sicherstellen, dass geeignete Prozesse der Kommunikation innerhalb des ambulanten Pflegedienstes eingeführt werden. (S.4)		
		Zugelassene ambulante Pflegedienste können mit anderen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperieren. Die Kooperation dient der Ergänzung/Erweiterung des Leistungsangebotes des ambulanten Pflegedienstes. (S.9)		
		Die ambulanten Pflegedienste arbeiten zusammen mit dem behandelnden Arzt, Heilmittelerbringern, stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus mit vorhandenen Selbsthilfegruppen, ehrenamtlichen Kräften und Pflegestützpunkten. (S.12)		
	MuG (2011) stationär	(...) Die vollstationäre Pflegeeinrichtung arbeitet hierzu mit weiteren Institutionen zusammen. (S.13)		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
	QPR (2017) ambulant	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung verbindlich geregelt		
	QPR (2017) stationär	---		
	Hasseler et al. (2016)	<p>Feststellung, ob ausreichend Zeit für eine interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verantwortlichen Pflegenden und behandelnden Ärzten sowie weiteren Gesundheitsprofessionen zur Verfügung gestellt wird. (Teil 2, S.156)</p> <p>Feststellung, ob die ärztliche Behandlung von Pflegefachkräften beobachtet und wichtige Informationen weiter gegeben werden. (Teil 2, S.156)</p> <p>Feststellung, ob zwischen Einrichtung und behandelnden Ärzten eine verlässliche Zusammenarbeit vereinbart und organisiert ist. (Teil 2, S.156)</p> <p>Feststellung, ob verantwortliche Personen für die Kooperation und Koordination zwischen Einrichtung und behandelnden Ärzten festgelegt sind. (Teil 2, S.156)</p>		
Abstimmungsprozesse/Austausch	MuG (2011) ambulant	<p>Der ambulante Pflegedienst erfragt, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den pflegebedürftigen Menschen, den Angehörigen, den ambulanten Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. (S.10)</p> <p>Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb</p>		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		des ambulanten Pflegedienstes finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt. (S.12)		
		Das Ergebnis von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ist (...) soweit notwendig mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern. (S.12)		
	MuG (2011) stationär	Soweit es für die Leistungserbringung relevant ist, werden auch die Erwartungen und Bewertungen anderer an der Pflege sowie an den Leistungen von Unterkunft und Verpflegung Beteiligten einbezogen. (S.4)		
		Die vollstationäre Pflegeeinrichtung ist Teil des Gemeinwesens. Sie fördert Kontakte zu Personen, Gruppen und Institutionen des örtlichen Gemeinwesens und öffnet sich für ehrenamtliche Mitarbeit und erschließt damit weitere Kontaktmöglichkeiten für die Bewohner. (S.12)		
	QPR (2017) ambulant	---		
	QPR (2017) stationär	---		
	Hasseler et al. (2016)	Förderliche Faktoren für gelingende interprofessionelle Kommunikation (Teil 2, S.154/155):		
		<ul style="list-style-type: none"> • Koordination der Behandlung, partizipativ ausgerichtetes Management (Mitarbeitergespräche, Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter, interdisziplinäre Fortbildungen) (Müller et al. 2014) • Integriertes und abgestimmtes Organisationskonzept, das eine Patientenorientierung und einen Prozessorganisationsansatz zugrunde legt (Dahlgaard 2010) • Organisationskonzepte sind erforderlich, um eine Kooperation und Koordination zwischen 		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		den Berufsgruppen und Settings im Sinne der Klienten zu ermöglichen (Brunen & Herold 2001) Erwartung einer Sicherstellung der Leistungserbringung durch eine Koordination der beteiligten Bereiche (z.B. Dienstbesprechungen) (§ 113 SGB XI 3.6) (Teil 2, S.155)		

Ergebnisse für das Qualitätsmerkmal Versorgungskontinuität

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Versorgungssicherheit (bei verändertem Bedarf)	MuG (2011) ambulant	Der ambulante Pflegedienst erbringt die Leistungen rund um die Uhr, einschließlich an Sonn- und Feiertagen		
	MuG (2011) stationär	---		
	QPR (2017) ambulant	ist Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert		
	QPR (2017) stationär	---		
Krisenintervention (im Notfall ist jdm. erreichbar)	Hasseler et al. (2016)	Feststellung, ob Pflegeplan und Behandlungsplan aufeinander abgestimmt sind (Teil 2, S.156)		
	MuG (2011) ambulant	---		
	MuG (2011) stationär	---		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Personelle Kontinuität	QPR (2017) ambulant	Alarmbereitschaft Pflege <ul style="list-style-type: none"> ist die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienste sichergestellt gibt es verbindliche Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen 	Ist in der Wohngemeinschaft sichergestellt, dass Alarme jederzeit wahrgenommen werden können? (S.33)	10.14
		Bedarfsgerechte Einsatzbereitschaft/Erreichbarkeit Pflege <ul style="list-style-type: none"> Pflegedienst ist für die von ihm versorgten pflegebedürftigen Menschen ständig erreichbar (Nachweise Ruf-/Einsatzbereitschaftsdienste im Dienstplan, nicht gegeben wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder E-Mail) 	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? (S.55)	18.5
	QPR (2017) stationär	---		
	Hasseler et al. (2016)	---		
	MuG (2011) ambulant	Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen (S.11) Zuverlässigkeit und personelle Kontinuität ist gewährleistet (S.13) Träger stellt sicher, dass bei Ausfall der Pflegefachkraft die Vertretung gesichert ist		
	MuG (2011) stationär	Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen (S.10)		
	QPR (2017) ambulant	Überschaubarkeit Anzahl Mitarbeiter	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? (S.55)	18.4
QPR (2017) stationär	---			
Hasseler et al. (2016)	---			

Ergebnisse für das Qualitätsmerkmal Transparenz (Gesamtprozess)

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Information Bewohner z.B. Beratung	MuG (2011) ambulant	Das Ergebnis von Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung ist regelmäßig zu überprüfen und mit dem pflegebedürftigen Menschen und soweit notwendig mit den an der Pflege Beteiligten zu erörtern. In der Pflegedokumentation ist nachvollziehbar und aktuell dargestellt, wie und ob das geplante Ziel erreicht ist. (S.12) Der pflegebedürftige Mensch und ggf. seine Angehörigen/Pflegepersonen haben im Rahmen der Leistungserbringung Hinweise, Tipps und Informationen zur Verbesserung der Pflege und Versorgungssituation erhalten. (S.13)		
	MuG (2011) stationär	---		
	QPR (2017) ambulant	Beratung über Probleme/Risiken & erforderliche Maßnahmen	Wurde die versorgte Person bzw. Angehörige über vorliegende Probleme oder Risiken und ggf. erforderliche Maßnahmen beraten? (S.37)	10.47
		Information über erkennbare Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Sturzrisiko • Dekubitusrisiko • Ernährungs- und Flüssigkeitsrisiko • Inkontinenz • Demenz • Körperpflege 	12.5
			Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Er-	

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
			nahrung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken der Flüssigkeitsversorgung informiert? (S.41)	
		Information über erkennbare Risiken bei der Ernährung	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger im Rahmen der vereinbarten körperbezogenen Pflegemaßnahmen der Körperpflege, Ernährung oder Flüssigkeitsversorgung bei erkennbaren Risiken im Bereich der Ernährung informiert? (S.41)	12.8
		Beratung über erforderliche Maßnahmen	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, ...)? (S.42)	13.3
		Beratung über Risiken und erforderliche Maßnahmen bei Demenz	Werden versorgte Personen/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)? (S.43)	14.1
		Information Angehörige über Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (S.43)	14.3

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Informationsfluss Leistungsträger		Information über Kosten	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? (S.55)	18.1
	QPR (2017) stationär	---		
	Hasseler et al. (2016)	Zugang zu (unvoreingenommenen) Informationen und Ressourcen (Teil 2, S.77)		
	MuG (2011) ambulant	<p>Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen des ambulanten Pflegedienstes sind z.B. in einem Qualitätsmanagement-Handbuch beschrieben und nachvollziehbar. (S.3)</p> <p>Veränderungen des Pflegezustandes im Zusammenhang mit den vereinbarten Leistungen sind aktuell zu dokumentieren (S.10).</p> <p>Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden Bereichen Aussagen (S.11):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stammdaten • Pflegeanamnese/ Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten • Pflegeplanung • Pflegebericht • Leistungsnachweis <p>Zwischen den an der Pflege Beteiligten soll ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden. Innerhalb des ambulanten Pflegedienstes finden regelmäßige Dienstbesprechungen statt. (S.12)</p> <p>Der ambulante Pflegedienst hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnah-</p>		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		men zu dokumentieren und auf Aufforderung der Landesverbände der Pflegekassen diesen nachzuweisen. (S.14)		
	MuG (2011) stationär	<p>Verantwortlichkeiten, Abläufe und die eingesetzten Methoden und Verfahren in den Leistungsbereichen der Einrichtung sind beschrieben und nachvollziehbar. (S.4)</p> <p>Die wesentlichen Maßnahmen und Verfahren des einrichtung-internen Qualitätsmanagements werden dokumentiert. (S.4)</p> <p>Veränderungen des Pflegezustandes sind aktuell (bis zur nächsten Übergabe) zu dokumentieren (S.9).</p> <p>Das Dokumentationssystem beinhaltet zu den folgenden Bereichen Aussagen (S.9):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stammdaten • Pflegeanamnese/ Informationssammlung inkl. Erfassung von pflegerelevanten Biografiedaten • Pflegeplanung • Pflegebericht • Leistungsnachweis <p>Die Grundsätze zu den einzelnen nachfolgenden Bereichen (Verpflegung, Hausreinigung, Wäschepflege, Hausgestaltung) sind in der Konzeption darzulegen. (S.10)</p> <p>Das Ergebnis von Pflege, sozialer Betreuung, Unterkunft und Verpflegung ist regelmäßig zu überprüfen. In der Pflegedokumentation ist nachvollziehbar und aktuell dargestellt, ob und wie das geplante Ziel erreicht ist. (S.13)</p>		
	QPR (2017) ambulant	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
	QPR (2017) stationär	---		
	Hasseler et al. (2016)	---		

Ergebnisse für das Qualitätsmerkmal Nutzerorientierung

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Erfassung Nutzerbedürfnisse	MuG (2011) ambulant	Der ambulante Pflegedienst führt beim pflegebedürftigen Menschen einen Erstbesuch durch (...). Dabei sind erkennbare Probleme, Risiken und Gefährdungen unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des pflegebedürftigen Menschen zu erfassen. (...) die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess sind herauszuarbeiten. (S.9/10)		
	MuG (2011) stationär	Der Einzug in die vollstationäre Pflegeeinrichtung wird mit dem zukünftigen Bewohner und seinen Angehörigen vorbereitet. Hierzu soll ein Besuch in der eigenen Häuslichkeit oder im Krankenhaus bzw. ein Informationsgespräch in der vollstationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden. (Themen: Hilfebedarf, Versorgungsleistungen, individuellen Gewohnheiten des zukünftigen Bewohners). (S.9) Zu Beginn der Versorgung erstellt die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine umfassende Informationssammlung über Ressourcen, Risiken, Bedürfnisse, Bedarfe und Fähigkeiten. (...) Ziel der Pflegeplanung ist es, unter Einbeziehung des Bewohners seine Fä-	Die vollstationäre Pflegeeinrichtung hat eine Konzeption mit systematischen Hilfen für den Einzug und die Eingewöhnung und setzt diese nachweislich im Sinne der Pflegebedürftigen Menschen um. (S.9)	

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Bedürfnisse umsetzen (alle Bereiche Alltag, Pflege, Soziales,...)		higkeiten, Ressourcen und Pflegeprobleme zu identifizieren sowie Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zu vereinbaren. (S.10)		
	QPR (2017) ambulant	---		
	QPR (2017) stationär	Erfassung individueller Ernährungsrisiken	Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst? (S.22)	12.5
		Erfassung individuelle Risiken Flüssigkeitsversorgung	Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? (S.22)	12.6
	Hasseler et al. (2016)	Beachtung lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, insbesondere bei Personen mit Migrationshintergrund (Klie & Krahermer 2009) (S.76) Berücksichtigung individueller Lebensgewohnheiten beim Assesment und bei der Planung und Gestaltung der Pflege (Klie & Krahermer 2009) (S.76)		
	MuG (2011) ambulant	Der Träger des ambulanten Pflegedienstes stellt über das Qualitätsmanagement sicher, dass sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der versorgten Menschen und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass die stetig überprüft und ggf. verbessert wird (S.3) Die Einsatzorganisation der Pflegekräfte wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Diese hat dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden (...) (S.12)		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Bei der Erbringung der Leistungen sind die Ressourcen, Risiken, Wünsche sowie pflegerelevante biografische Besonderheiten des pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt worden. (S.13)		
		Die Durchführung der Pflegeintervention ist erkennbar auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Lebensqualität gerichtet. (S.13)		
	MuG (2011) stationär	Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung stellt über das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sicher, dass sich die Erbringung der vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der Bewohner und den fachlichen Erfordernissen orientiert und dass die stetig überprüft und ggf. verbessert wird (S.3)		
		Bei der Planung und Durchführung der Angebote der sozialen Betreuung werden Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner berücksichtigt unter Einbeziehung der Biografie. (S.12)		
	QPR (2017) ambulant	Individuell angepasstes Notfallmanagement	Gibt es ein individuell angepasstes Notfallmanagement unter Berücksichtigung der Wünsche und Vorgaben? (S.36)	10.46
		Berücksichtigung individueller Wünsche zum Essen & Trinken	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (S.41)	12.11
		Beachtung biografischer Besonderheiten bei Leistungserbringung (bei Demenz)	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (S.43)	14.2

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Berücksichtigung individuelle Wünsche Körperpflege	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (S.44)	15.3
		Respektierung Privatsphäre	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre? (S.55)	18.10
		Zufriedenheit mit hauswirtschaftlichen Leistungen	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden? (S.55)	18.11
		Zufriedenheit Leistungen Pflege	Sind Sie mit der Erbringung der Leistungen durch den Pflegedienst grundsätzlich zufrieden? (S.56)	18.13
	QPR (2017) stationär	Werden die Zeiten der Pflegeeinsätze mit dem Pflegebedürftigen abgestimmt		
		Bedarfsgerechtes Speisenangebot	Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten? (S.13)	7.3
		Beachtung spezieller Erfordernisse bei Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen? (S.13)	7.4
		Zufriedenheit Räumlichkeiten Mahlzeiten	Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten? (S.13)	7.5

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Individuelle Betreuungsangebote	Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können? (S.13)	8.1 a)
		Bedürfnisgerechte Betreuungsangebote	Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet? (S.14)	8.3
		Berücksichtigung Biografie (Demenz)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners beachtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? (S.23)	14.2
		Geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote (bei Demenz)	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht? (S.24)	14.5
		Zufriedenheit Essenszeiten	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (S.27)	18.12
		Interessensspezifische soziale & kulturelle Angebote	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen? (S.27)	18.14
		Ermöglichung Teilnahme an interessensspezifischen Angeboten	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht? (S.27)	18.15
		Ermöglichung Aufenthalt im Freien	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können? (S.27)	18.16

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument	
Berücksichtigung von Beschwerden		Individuelle Besuchszeiten	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen? (S.27)	18.17	
		Zufriedenheit Hausreinigung	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? (S.27)	18.18	
		Zufriedenheit Wäsche	Erhalten Sie zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? (S.27)	18.19	
		Hasseler et al. (2016)			
		MuG (2011) ambulant	Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der pflegebedürftigen Menschen. Der ambulante Pflegedienst trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der pflegebedürftigen Menschen bei. Er stellt die Aufnahme, Bearbeitung und ggf. Lösung von Kundenbeschwerden sicher. (S.4)		
		MuG (2011) stationär	Qualitätsmanagement erfordert die Einbeziehung der Erwartungen und Bewertungen der Bewohner. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung trägt damit zu einer möglichst hohen Zufriedenheit der Bewohner bei. Sie stellt die Aufnahme, Bearbeitung und ggf. Lösung von Kundenbeschwerden sicher. (S.4)		
		QPR (2017) ambulant	Regelung Beschwerdenmanagement	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? (S.15)	5.8
		Umsetzung Beschwerden	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven verändert?	18.12	

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
	QPR (2017) stationär	Bearbeitung Beschwerden	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden? (S.12)	5.7
		Umsetzung Beschwerden	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (S.27)	18.20
	Hasseler et al. (2016)	---		

Ergebnisse für das Qualitätsmerkmal Selbstbestimmung/Selbstverantwortung

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
Mitbestimmungsmöglichkeiten/ Mitentscheidung	MuG (2011) ambulant	Der pflegebedürftige Mensch entscheidet bei der Durchführung der Pflegeintervention und hauswirtschaftlichen Versorgung selbst und wird in seiner Eigenständigkeit unterstützt. (S.13)		
	MuG (2011) stationär	Selbstbestimmte Zimmergestaltung	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten? (S.7)	2.3. b)
	QPR (2017) ambulant	Abstimmung Zeiten Pflegeeinsätze	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? (S.55)	18.3
	QPR (2017) stationär	Selbstbestimmte Zimmer- und Gemeinschaftsflächen-gestaltung	Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen? a) Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? c) Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? (S.7)	2.2
		Essenszeiten innerhalb bestimmter Zeitkorridore wählbar	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? (S.13)	7.3

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Einbezug Angehörige/Bezugspersonen in Planung der Pflege/Betreuung (bei Demenz)	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen? (S.23)	14.3
		Berücksichtigung Selbstbestimmung bei Pflege & Betreuung (bei Demenz)	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt? (S.23)	14.4
		Abstimmung Zeiten Pflege- und Betreuungseinsätze	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? (S.26)	18.5
		Bestimmung Zimmertür	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? (S.26)	18.6
		Verschiedene Gerichte beim Mittagessen wählbar	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen? (S.27)	18.11
	Hasseler et al. (2016)	Person bestimmt selber, welche Leistung in welchem Umfang und von welcher Person ausgeführt wird (Teil 2, S.71)		
		Wahlfreiheit (insbesondere Trennung von Mietvertrag und Pflege- und Betreuungsvertrag) (Teil 2, S.74)		
		Die Kapazität der Bewohner zur Bildung autonomer Entscheidungen wird gefördert, gestärkt und aufrechterhalten (Welford et al. 2010) (Teil 4, S.30)		
		Dinge der alltäglichen Lebensführung sollten von den Pflegebedürftigen selbst bestimmt werden (Boyle 2005, 2008) (Teil 4, S.28)		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		<p>Im Fall eines vollständigen Verlusts entscheidungsbezogener Kompetenzen sollten Pflegekräfte die Selbstbestimmung Betroffener anhand deren Werte und Normen durchsetzen. (Boyle 2005, 2008) (Teil 4, S.28)</p> <p>Sind Bewohner aufgrund kognitiver Einschränkungen zur Selbstbestimmung nicht (mehr) fähig, werden Angehörige oder nahe stehende Personen in die Pflegeplanung integriert (Welford et al. 2010) (Teil 4, S.30)</p> <p>Grad der Selbstbestimmung sollte bezogen sein auf konkrete Lebensbereiche der Bewohner (z.B. Gesundheit, körperliche/mentale Verfassung, soziale Beziehungen, Wohnen, Aktivitäten) oder auf Organisationseinheiten bzw. Merkmale der Einrichtung (Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung, Personal, Mahlzeiten, psycho-soziale Betreuung bzw. Angebote) (Kane 1991) (Teil 4, S.30)</p> <p>Selbstbestimmung bei sozialen Beziehungen (Teil 4, S.33/34)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner können privaten Besuch empfangen. Bewohner entscheiden, wen sie sehen möchten und wen sie nicht sehen oder empfangen möchten • Verantwortliches Fachpersonal sorgt dafür, dass Bewohner keine Restriktionen bei der selbstbestimmten Gestaltung von Besuchen erfahren (z.B. keine Einschränkungen von Besuchszeiten usw.) 	<p>HIQA 2008, S.28 (Kriterium 20.3 & 20.4)</p>
		<p>Selbstbestimmung beim Wohnen (Teil 4, S.34)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit von Balkon/Terrasse/Garten ist gegeben • Bewohner können entscheiden 	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 7 • Straker et al. 2007, S.94; • Magee et al. 2008, S.84 • ActiZ et al. 2007, S.56, Indikator 5.3 Frage 57

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
			<ul style="list-style-type: none"> ○ ob sie eigene Gegenstände in ihr Zimmer mitbringen wollen ○ wie der persönliche Wohnbereich möbliert ist 	<ul style="list-style-type: none"> • HIQA 2008, S.25, Kriterium 17.9
		Selbstbestimmung bei Aktivitäten/Tagesgestaltung (Teil 4, S.33/35)	<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner können selbst bestimmen, wann sie aufstehen & zu Bett gehen & wie sie ihren Tag verbringen • Bewohner können ihren Glauben ausleben (z.B. zum Gottesdienst gehen, persönlichen Werten Ausdruck verleihen, Dinge tun können, die einem persönlich sinnvoll erscheinen) • Bewohner können so häufig hinaus, wie sie es wünschen • Bewohner erhalten Unterstützung (durch Pflegekräfte, Ehrenamtliche oder Familienangehörige), wenn sie die Einrichtung verlassen wollen (z.B. nach Draußen, zum Besuch, zum Ausflug usw.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wingenfeld et al. 2011 / • Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 45 • Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) • Straker et al. 2007, S.94 • Wingenfeld et al. 2011 • Straker et al. 2007, S. 94 • Minnesota Department of Human Services Resident Satisfaction Interview (2012) • ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2, Frage 12 • ActiZ et al. 2007, S. 58, Indikator 6.2, Frage 61 • Oswald et al. 2014, S.137, Fragebogen INSEL, Frage 9 • Oswald et al. 2014, S.138, Fragebogen INSEL, Frage 10 • Wingenfeld et al. 2011 • Netten et al. 2010 • Straker et al. 2007, S.94 • HIQA 2008, S.26 (Kriterium 18.1) • ActiZ et al. 2007, S.57, Indikator 6.1, Frage 73

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Selbstbestimmung bei Aktivitäten & Tagesgestaltung (Teil 4, S.42)	<ul style="list-style-type: none"> Selbständigkeitserhalt oder -verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte Bedürfnisgerechte Tagesstruktur aus Nutzersicht: Beurteilung der Tagesstrukturierung (=Gestaltung der Zeiten des Aufstehens und Zubettgehens, d.A.) als bedürfnisgerecht (Bewohnersicht) 	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S. 49 + 97ff</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung: Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbständigkeit in diesem Bereich innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert bzw. verbessert hat. Die Selbständigkeit wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet (NBA Modul 6). <p>Wingenfeld & Engels 2011, S. 64 + 184ff (Indikator 5.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung: Grad der Bedürfnisdeckung individuell positiv bewerteter Zeiten in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten. Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
			<ul style="list-style-type: none"> Bedürfnisgerechte Beschäftigung (Bewohner- und Angehörigensicht) 	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S. 65 + 186ff (Indikator 5.2)</p> <p>Beschreibung: Grad der Bedürfniserfüllung im Bereich Beschäftigung (Ermöglichung von Spaziergängen). Anteil positiver Antworten an allen gültigen Antworten aus Sicht der Bewohner und der Angehörigen.</p>
		<p>Pflegepläne werden mit Bewohnern ausgehandelt und begleitet durch offene und respektvolle Kommunikation (Welford et al. 2010) (Teil 4, S.30)</p> <p>Planung der Pflege gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen oder/und mit der Person seines Vertrauens, Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuern (Klie & Kraemer 2009) (Teil 2, S.76)</p> <p>Selbstbestimmung bei Pflege (Teil 4, S.36/37)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bewohner können so (ordentlich) gepflegt sein wie sie möchten Bewohner erhalten Pflege dann wann sie möchten in der Art wie sie es möchten Pflegekräfte beachten während der Pflege, ob Bewohner ausgewählte Aktivitäten selber durchführen kann 	<ul style="list-style-type: none"> Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 43 Jeon et al. 2012 ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator 1.2, Frage 29 ActiZ et al. 2007, S. 34, Indikator 3.1, Frage 10 ActiZ et al. 2007, S. 34, Indikator 3.1, Frage 11 ActiZ et al. 2007, S. 30, Indikator 1.2, Frage 30 ActiZ et al. 2007, S. 51, Indikator 4.12, Frage 23
		<p>Selbstbestimmung bei Pflege (Teil 4, S.42/43)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Bewohner, die angeben, dass sie vom 	<p>Hoffmann et al. 2010, Projekt</p>

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
			Personal ermutigt werden, sich selbst zu helfen	<p>PROGRESS, Handbuch 2010, S. 74 (angelehnt an Faulkner et al. 2006, MDS 2009)</p> <ul style="list-style-type: none"> Beschreibung: Zähler: Zahl der BewohnerInnen, die angeben, dass sie "gewöhnlich" oder "immer" vom Personal ermutigt werden, sich selbst zu helfen Nenner: Gesamtzahl der untersuchten BewohnerInnen (Indikator der Lebensqualität Nr. 51)
	Selbstbestimmung hauswirtschaftliche Versorgung (Teil 4, S.37/38)		<ul style="list-style-type: none"> Das Zimmer des Bewohners und die Einrichtung sind so sauber, wie der Bewohner es möchte 	<ul style="list-style-type: none"> Netten et al. 2010
	Selbstbestimmung Essen und Trinken (Teil 4, S.38/39)		<ul style="list-style-type: none"> Bewohner können Mahlzeiten zu Zeitpunkt einnehmen, der Ihren Gewohnheiten entspricht Bewohner haben Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Mahlzeiten Bei Zusammenstellung der Mahlzeiten werden individuelle Wünsche berücksichtigt Bewohner erhalten Mahlzeiten, die ihren kulturellen Bedürfnissen entsprechen Bewohner können entscheiden, wo sie ihr Essen einnehmen Eine unabhängige Einnahme von Speisen wird 	<ul style="list-style-type: none"> Wingenfeld et al. 2011 Netten et al. 2010 ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 76 (99) (Magee et al. 2008, S. 83) Netten et al. 2010 ActiZ et al. 2007, S. 35, Indikator 3.2, Frage 78 HIQA 2008, S. 27 (Kriterium 19.8)

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
			<p>gefördert. Es wird während der Mahlzeiten genug Personal zur Verfügung gestellt, um eine individuelle zugewandte und den individuellen Wünschen entsprechende Unterstützung während der Mahlzeiteinnahme zu gewährleisten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung der Tagesstrukturierung (=Gestaltung der Zeiten für Frühstück und Abendessen) als bedürfnisgerecht (Bewohnersicht) 	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S.64 + 184ff</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grad der Bedürfnisdeckung individuell positiv bewerteter Zeiten in den Bereichen Essenszeiten, Aufstehzeiten und Schlafenszeiten. Anteil der Antworten, die eine Bedürfnisdeckung angeben, an allen gültigen Antworten aus Bewohnersicht.
		Selbstbestimmung bei Essen & Trinken (Teil 4, S.44)		
		Selbstbestimmung Freizeitangebot & psychosoziale Betreuung (Teil 4, S.39/40)	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte lassen Bewohner in Ruhe, wenn sie sich an Angeboten nicht beteiligen wollen • Die Einrichtung bietet den Bewohnern die (Wahl-)Möglichkeit zur Beteiligung an gemeinschaftlichen und/oder individuellen Freizeitaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Straker et al. 2007, S.94 • ActiZ et al. 2007, S. 57, Indikator 6.1, Frage 69 • HIQA 2008, S. 25 (Kriterium 17.5) • Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 95
		Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei Alltagsverrichtungen (Teil 4, S.41)	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die keine oder geringe kognitive Einbußen aufweisen 	<p>Wingenfeld & Engels 2011, S.47 + 87ff</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen innerhalb eines

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		<i>Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen wird mit Hilfe des „Neuen Begutachtungsassessments“ mit einer fünfstufigen Graduierung abgebildet.</i>	<ul style="list-style-type: none"> Selbstständigkeitserhalt oder –verbesserung bei Alltagsverrichtungen bei Bewohnern, die mindestens erhebliche kognitive Einbußen aufweisen 	<p>Zeitraum von sechs Monaten nicht verschlechtert hat.</p> <p>Wingefeld & Engels 2011, S.47 + 87ff</p> <ul style="list-style-type: none"> Anteil der Bewohner, bei denen sich die Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen (z.B. Körperpflege, An- und Auskleiden) innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nicht verschlechtert hat
Mitwirkung/Stärkung von Verantwortung	MuG (2011) ambulant	Der pflegebedürftige Mensch hat unter Beachtung der Selbstpflegefähigkeit die notwendige Unterstützung bei der Leistungserbringung erhalten. (S.13)		
	MuG (2011) stationär	Der Bewohner entscheidet in den alltäglichen Verrichtungen selbst und wird in seiner Eigenständigkeit unterstützt. (S.14) Der Bewohner verfügt im Rahmen der Körperpflege unter Beachtung der Selbstpflegefähigkeit über die notwendige Unterstützung. (S.14) Die Selbstbestimmung im Bereich der Blasen- und Darmentleerung ist gewahrt. (S.14) Der Bewohner verfügt über die angemessene Unterstützung zur Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit und zur Beteiligung am sozialen und kulturellen Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung. (S.14)		
	QPR (2017) ambulant	Motivation zu selbstständiger Körperpflege	Werden Sie von den Mitarbeitenden des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (S.55)	18.8

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Selbstbestimmte Auswahl Bekleidung	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (S.55)	18.9
	QPR (2017) stationär	Motivation zu selbstständiger Körperpflege	Werden Sie von den Mitarbeitenden motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (S.26)	18.7
		Selbstbestimmte Auswahl Bekleidung	Fragen Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (S.27)	18.9
	Hasseler et al. (2016)	<p>Respektierung von in Kauf genommenen Risiken (Selbstverantwortung) (S.71)</p> <p>Ermutigung von Patienten zur verstärkten Übernahme von Verantwortung für eigene Verhaltensweisen (Dröber & Drude 2004) (S.72)</p> <p>Abstimmung der Bewohner beim Treffen von Entscheidungen (Sielaff & Gutierrez 2011) (S.74/S.77)</p> <p>Empowerment (die Fähigkeit sich selbst zu kümmern)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treffen eigener Entscheidungen • Zugang zu Informationen und Ressourcen • Kennen von Handlungsalternativen und Wahlmöglichkeiten • Kritisches Denken und Durchschauen von Konditionierungen • Erkennen und Äußern von Wut • Bewirken von Veränderungen im eigenen Leben sowie im sozialen Umfeld <p>(Nau 2005) (S.75)</p> <p>Verzicht auf erzieherische Maßnahmen (S.77)</p> <p>Selbstbestimmung durch die Möglichkeit zur autonomen Gestaltung sozialer Beziehungen (Teil 4, S.31)</p>		

Schwerpunkt	Quelle	Qualitätskriterien	Qualitätsindikator	Instrument
		Alltagsbezogene Autonomie von Heimbewohnern (Kane et al. 1990) (Teil 4, S.32)	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit die Einrichtung für kürzere Zeit zu verlassen • Selbstständige Führung telefonischer Gespräche • Auswahl von Zimmerbewohnern (bei Doppelzimmern) • Beteiligung an der Zusammenstellung von Aktivitätsangeboten • Entscheidung über eigene Ausgaben • Bestimmung der Zeitpunkte des Aufstehens und zu Bett-Gehens 	
		Selbstbestimmte Auswahl von Kleidung	Bewohner können so (ordentlich) gekleidet sein, wie sie möchten	Projekt „Care Keyes“, CLINT stationär, Frage 44/ STRaker et al. 2007, S.94

Anhang 6: Anschreiben und Fragebogen für die Online-Befragung

Anschreiben

Online-Befragung im Rahmen der Studie zur Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Auftrag der Vertragsparteien nach § 113b Abs. 4 SGB XI führen die Universität Bremen, das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und die Prognos AG die Studie „Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen“ durch.

In einer **Online-Befragung werden Angebote neuer Wohnformen** zu Herausforderungen bei der Qualitätssicherung in den Bereichen Wohnen, Versorgung und Soziales (Teilhabe) sowie zum Umgang mit besonderen Qualitätsmerkmalen neuer Wohnformen befragt. Ein Unterstützungsschreiben der Geschäftsstelle Qualitätssusschuss Pflege sowie nähere Informationen zum Hintergrund der Studie und eine kurze Erläuterung der Wohnformtypen, die in der Studie befragt werden, finden Sie im Anhang.

Variante1: In einer bundesweiten Recherche von Angeboten neuer Wohnformen wurden Sie uns von regionalen Multiplikatoren auf Ebene der Länder und Kommunen als Ansprechperson für das (Wohn-)Angebot „**XXX**“ in „**YYY**“ benannt. Heute bitten wir Sie um Ihre Teilnahme an der Befragung.

Variante2: Als verantwortliche bzw. zuständige Person für ein Angebot neuer Wohnformen bitten wir Sie um Ihre Teilnahme an der Befragung.

Zum Fragebogen gelangen Sie über folgenden Link: XXX

Wir bitten Sie, den Online-Fragebogen bis **zum 02.02.2018** vollständig auszufüllen.

Der Fragebogen sollte von Personen ausgefüllt werden, die mit angebotsspezifischen Fragen der Qualitätssicherung vertraut sind. Dies können neben Qualitätsbeauftragten auch z. B. Mitarbeiter/-innen eines ambulanten Pflegedienstes, Mitarbeiter/-innen einer Wohnungsbaugesellschaft, Mitglieder eines Angehörigengremiums etc. sein.

Zum Datenschutz: Die ausschließlich zum Studienzweck erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet und nur auf dem Firmenserver der Prognos AG gespeichert. Unsere Mitarbeiter/-innen sind grundsätzlich verpflichtet, alle Informationen, von denen sie im Laufe der Untersuchung Kenntnis erhalten, vertraulich zu behandeln.

Bei inhaltlichen Fragen zur Online-Befragung wenden Sie sich bitte an:

Kathrin Seibert | E-Mail: kseibert@uni-bremen.de

Bei technischen Schwierigkeiten wenden Sie sich bitte an:

Sören Mohr | E-Mail: soeren.mohr@prognos.com

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Universität Bremen
Ursula Kremer-Preiß, Kuratorium Deutsche Altershilfe
Dr. Tobias Hackmann, Prognos AG

Hinweis: Sofern sich in Ihrem Verantwortungs- bzw. Zuständigkeitsbereich **mehrere Angebote** neuer Wohnformen befinden, bitten wir Sie, den Fragebogen **exemplarisch für eines Ihrer (Wohn-)Angebote auszufüllen**, mit dem Sie sich hinsichtlich Fragen der Qualitätssicherung am besten auskennen.
Falls Sie als Träger weitere voll- und teilstationäre oder ambulante Pflegeleistungen vorhalten, **beziehen Sie Ihre Antworten bitte ausschließlich auf das (Wohn-)Angebot.**

Eingangsfragen

- 1.1 **Um welchen Wohnformtyp handelt es sich bei dem (Wohn-)Angebot, für das Sie an der Befragung teilnehmen? (in der Online-Version werden Erläuterungen der Typen mit einem Mouse-Over hinterlegt)**
Falls das (Wohn-)Angebot Merkmale mehrerer Wohnformtypen aufweist, ordnen Sie das (Wohn-)Angebot bitte dem Wohnformtyp zu, dem es am ehesten entspricht.

Typ 1: Selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen, und zwar:

- Seniorenwohngemeinschaft
- Mehrgenerationenwohnprojekt
- Seniorendorf
- Anderes, und zwar: _____

Typ 2: Ambulante betreute Wohnform, und zwar:

- Betreutes Wohnen/Servicewohnen
- Betreute Wohngruppe für Menschen mit Behinderung
- Abbeyfield-Hausgemeinschaft
- Betreutes Wohnen zu Hause
- Anderes, und zwar: _____

Typ 3: Ambulante Pflegewohnformen, und zwar:

- Ambulant betreute Wohngruppe/Wohngemeinschaft
- Freiburger Modell
- Pflegehausgemeinschaft
- Bielefelder Modell
- Gastfamilienmodell
- Ambulantisierete stationäre Einrichtung
- Pflegewohngruppe für Menschen mit Behinderungen
- Anderes, und zwar: _____

Typ 4: Ambulante integrierte Wohnformen, und zwar:

- „Wohnen plus“
- Sozialräumliches Konzept/Quartierskonzept/betreute Wohnzone
- Anderes, und zwar: _____

Ausschließlich voll- oder teilstationäres Angebot [Filter: Wenn angekreuzt, Befragung beenden]

Keine der genannten Wohnformtypen [Filter: Wenn angekreuzt, Befragung beenden]

1.2 **Wird das (Wohn-)Angebot aktuell von Nutzer/-innen in Anspruch genommen?**

- Ja
- Nein [Filter: Wenn angekreuzt, Befragung beenden]

1.3 **Wer gehört zur Zielgruppe des (Wohn-)Angebots?**

Mehrfachangaben möglich.

- Keine spezifische Zielgruppe
- Ältere Menschen
- Menschen mit allgemeinem (niederschwelligem) Betreuungsbedarf
- Menschen mit Demenz
- Menschen mit Intensivpflegebedarf
- Menschen mit Beatmungspflegebedarf
- Menschen mit Behinderung
- Menschen mit Migrationshintergrund
- Andere / weitere Zielgruppe, und zwar: _____

Weitere Strukturangaben

2.1 **Bitte geben Sie die Postleitzahl des (Wohn-)Angebots an.**

Postleitzahl des (Wohn-)Angebots: _____

[Filter: Frage 2.2 nur, wenn bei Frage 1.1 Wohnformtyp „Typ 2“, „Typ 3“ oder „Typ 4“ angekreuzt]

2.2 **Ist das (Wohn-)Angebot nach den heimrechtlichen Regelungen Ihres Bundeslandes (z. B. Wohn- und Teilhabegesetz) selbstverantwortet oder trägerverantwortet?**

- Selbstverantwortet
- Trägerverantwortet

[Filter: Frage 2.3 nur, wenn bei Frage 2.2 „Trägerverantwortet“ angekreuzt]

2.3 **In welcher Trägerschaft befindet sich das (Wohn-)Angebot?**

- Privat
- Freigemeinnützig
- Öffentlich

2.4 **Durch welche Institutionen erfolgen im (Wohn-)Angebot externe Qualitätsprüfungen?**
Mehrfachangaben möglich.

- Externe Qualitätsprüfungen sind nicht vorgesehen
- Heimaufsichtsbehörde
- MDK / PKV - Prüfdienst
- Sozialhilfeträger
- Gesundheitsamt
- Andere / weitere Institution, und zwar: _____

2.5 **Wie viele Personen nutzen das (Wohn-)Angebot gegenwärtig?**

Anzahl Personen: _____

2.6 **Wie groß ist der Anteil der Nutzer/-innen des (Wohn-)Angebots, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen?**
Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte den Anteil.

Anteil an allen Nutzer/-innen in Prozent: _____ %

2.7 **Wie verteilen sich die pflegebedürftigen Nutzer/-innen auf die Pflegegrade?**
Wenn Sie sich nicht sicher sind, schätzen Sie bitte jeweils den Anteil.

Anteil der pflegebedürftigen Nutzer/-innen ...

... mit Pflegegrad 1 in Prozent: _____ %

... mit Pflegegrad 2 in Prozent: _____ %

... mit Pflegegrad 3 in Prozent: _____ %

... mit Pflegegrad 4 in Prozent: _____ %

... mit Pflegegrad 5 in Prozent: _____ %

[Filter: Frage 2.8 nur, wenn bei Frage 1.1 Wohnformtyp „Typ 3“ angekreuzt]

2.8 **Sind für die Vergütung von Leistungen im (Wohn-)Angebot gesonderte Vereinbarungen in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI getroffen worden?**

- Ja Nein Weiß ich nicht

[Filter: Frage 2.8.1 nur, wenn bei Frage 2.8 „Ja“ angekreuzt]

2.8.1 **Für welche Leistungen sind gesonderte Vereinbarungen getroffen worden?**

Hinweis: Unser Qualitätsverständnis rückt die Nutzerbedürfnisse in den Fokus. Wir möchten untersuchen, wo die neuen Wohnformen Herausforderungen sehen, um den Nutzerbedürfnissen nach Autonomie (Selbstständigkeit und Selbstbestimmung) und Individualität (orientiert an den individuellen Lebenswelten) gerecht zu werden. Im Folgenden fragen wir Sie, wo sich Herausforderungen bei der Sicherung von Qualitätsmerkmalen in den Bereichen **Wohnen**, **Versorgung** und **Soziales** (Teilhabe) stellen.

Herausforderungen der Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

Wohnen

3.1 **Gestaltung des Wohnraums: Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?**

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 **Umgebungsgestaltung: Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?**

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versorgung

4.1 **Information und Beratung:** Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2 **Alltagshilfen (hauswirtschaftliche Dienste, Fahrdienste, Behördengänge):** Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 **Allgemeine Betreuungsleistungen / Begleitung: Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate**

(auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 **Pflegeleistungen: Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate**

(auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4 **Pflegeleistungen: Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate**
 (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?

	(Keine Herausforderung)	2	3	(Große Herausforderung)	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
	1			4		
h	Unterstützung der Nutzer/-innen bei der eigenständigen Organisation der Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Koordination verschiedener Pflegedienste im (Wohn-)Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	Koordination der Übergabe zwischen Pflege- und Betreuungskräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Soziales (Teilhabe)

5.1 **Soziales (Teilhabe): Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate**
 (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?

	(Keine Herausforderung)	2	3	(Große Herausforderung)	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
	1			4		
a	Sicherung von Begegnungsmöglichkeiten im (Wohn-)Angebot (Freizeitangebote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Sicherung von Begegnungsräumen im (Wohn-)Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Kontakte im (Wohn-)Angebot zu fördern (Besuche ermöglichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Ermöglichung von Kontakten außerhalb des (Wohn-)Angebots / Kontakte zur Nachbarschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Sicherung der Nähe des (Wohn-)Angebots zum ursprünglichen Wohnort, um soziale Kontakte zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Unterstützung bei der eigenständigen Organisation sozialer Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Schaffung von Möglichkeiten für die Nutzer/-innen, sich ehrenamtlich im (Wohn-)Angebot zu engagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	Schaffung von Möglichkeiten für andere Personen, sich ehrenamtlich im (Wohn-)Angebot zu engagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	Sicherung von Beteiligungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Lebens im Wohnprojekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Bereiche

6.1

Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Themenbereiche, die entscheidend für die Qualität im (Wohn-)Angebot sind?

Bitte nennen Sie diese Stichpunktartig und beschreiben Sie, wo sich aus Ihrer Sicht Herausforderungen bei der Erfüllung von Nutzerbedürfnissen ergeben.

Hinweis: Bisherige praktische Erfahrungen zeigen, dass für neue Wohnformen besondere Qualitätsmerkmale von Bedeutung sind, um den Nutzerbedürfnissen gerecht zu werden. Hierzu gehört die **Koordination / Kooperation** der vielfältigen Akteure und die Sicherung der **Versorgungskontinuität**, aber auch die Sicherung der **Transparenz** des gesamten Prozesses der Leistungserbringung, die Sicherstellung der **Nutzerorientierung** und die **Ausübung der Selbstbestimmungsrechte**.

Umgang mit besonderen Qualitätsmerkmalen

Koordination / Kooperation

7.1

Welche der folgenden zivilgesellschaftlichen oder professionellen Akteure sind bei der Bereitstellung des Leistungsangebots für die Nutzer/-innen beteiligt?

Mehrfachangaben möglich.

- Angehörige
- Ehrenamtliche Helfer/-innen
- Mitarbeiter/-innen eines Pflegedienstes
- Mitarbeiter/-innen der Wohnungswirtschaft oder Vermietung
- Mitarbeiter/-innen gewerblicher Dienste (z. B. Hauswirtschaft)
- Anderer Akteur, und zwar: _____

[Filter: Frage 7.2 nur für jene Akteure, die bei Frage 7.1 angekreuzt]

7.2 **Wie häufig tauschen Sie sich mit den folgenden Akteuren zur Koordination des Leistungsangebots für die Nutzer/-innen aus?**

		Täglich	Wöchentlich	Monatlich	Halbjährlich	Seltener
a	Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Ehrenamtliche Helfer/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Mitarbeiter/-innen eines Pflegedienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Mitarbeiter/-innen der Wohnungswirtschaft o- der Vermietung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Mitarbeiter/-innen gewerblicher Dienste (z. B. Hauswirtschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Anderer Akteur [Angabe aus 4.1]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Filter: Frage 7.3 nur, wenn bei Frage 7.1 mehrere Akteure angekreuzt]

7.3 **Wie oft gibt es gemeinsame Besprechungen mit allen beteiligten Akteuren?**

Täglich Wöchentlich Monatlich Halbjährlich Seltener Gar nicht

7.4 **Bitte erläutern Sie kurz, ob und inwiefern die Koordination / Kooperation der beteiligten Akteure im (Wohn-)Angebot eine Herausforderung darstellt:**

Versorgungskontinuität

8.1 **Manche Nutzer/-innen sind ggf. auf eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung angewiesen (24-Stunden-Präsenz). Welche der folgenden Aussagen trifft auf das (Wohn-)Angebot zu?**

- Im (Wohn-)Angebot ist generell eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sichergestellt.
- Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung kann im Bedarfsfall eingerichtet werden.
- Besteht ein Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Betreuung, ist ein Verbleib im (Wohn-)Angebot nicht möglich.
- Nicht relevant / trifft auf das (Wohn-)Angebot nicht zu

[Filter: Frage 8.1.1 nur, wenn bei Frage 8.1 angekreuzt, dass Rund-um-die-Uhr-Betreuung „generell sichergestellt“ oder „im Bedarfsfall eingerichtet werden kann“]

8.1.1 **Durch wen erfolgt im (Wohn-)Angebot eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung?**

8.2 Bitte erläutern Sie kurz, ob und inwiefern die Sicherung der Versorgungskontinuität im (Wohn-)Angebot eine Herausforderung darstellt:

Transparenz

9.1 **Transparenz: Inwiefern sehen Sie für das (Wohn-)Angebot eine Herausforderung bei der Sicherung / Realisierung folgender Qualitätsmerkmale – bezogen auf die letzten 12 Monate (auf einer Skala von 1 (Keine Herausforderung) bis 4 (Große Herausforderung))?**

	(Keine Herausforderung) 1	2	3	(Große Herausforderung) 4	Nicht relevant / trifft nicht zu	keine Einschätzung möglich
a Dokumentation von Entwicklungsprozessen und Veränderungen im (Wohn-)Angebot (in der Online-Version wird Erläuterung der von Entwicklungsprozessen und Veränderungen mit einem Mouse-Over hinterlegt: ...können bspw. das Leistungsangebot, die Organisation des Zusammenlebens, die Beteiligung ehrenamtlicher Hilfen oder auch bauliche Veränderungen etc. betreffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Informationsfluss zwischen allen beteiligten Akteuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Schriftliche Vereinbarung über Entscheidungsregeln im (Wohn-)Angebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Information / Beratung der Nutzer/-innen vor Einzug und im Verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Bitte erläutern Sie kurz, ob und inwiefern die Sicherung der Transparenz der Prozesse der Leistungserbringung im (Wohn-)Angebot eine Herausforderung darstellt:

Nutzerorientierung

10.1

Erfolgt im (Wohn-)Angebot zum jetzigen Zeitpunkt eine systematische Erfassung der Nutzerbedürfnisse?

Unter systematisch ist gemeint: die Bedürfnisse werden nicht nur „nebenbei“ abgefragt, sondern es handelt sich um eine fest definierte Abfrage.

- Ja, es erfolgt bereits eine systematische Erfassung.
- Nein, aber eine systematische Erfassung ist geplant.
- Nein, es erfolgt keine systematische Erfassung.
- Nicht relevant / trifft auf das (Wohn-)Angebot nicht zu

[Filter: Frage 10.1.1 nur, wenn bei Frage 10.1 „Ja“ oder „ist geplant“ angekreuzt]

10.1.1

Welche Instrumente setzen Sie hierzu ein bzw. planen Sie einzusetzen?

Mehrfachangaben möglich.

- Schriftliche Befragung der Nutzer/-innen
- Schriftliche Befragung der Angehörigen
- Persönliche Einzelgespräche mit den Nutzer/-innen
- Persönliche Einzelgespräche mit den Angehörigen
- Gruppengespräche mit den Nutzer/-innen (z. B. Feedbackrunden)
- Gruppengespräche mit den Angehörigen
- Anderes Instrument, und zwar: _____

[Filter: Bei Frage 10.1.2 nur Instrumente, die bei Frage 10.1.1 angekreuzt]

10.1.2

Werden die (geplanten) Instrumente regelmäßig oder unregelmäßig / nur anlassbezogen eingesetzt?

		Regelmäßig	Unregelmäßig / nur anlassbezogen
a	Schriftliche Befragung der Nutzer/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Schriftliche Befragung der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Persönliche Einzelgespräche mit den Nutzer/-innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Persönliche Einzelgespräche mit den Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Gruppengespräche mit den Nutzer/-innen (z. B. Feedbackrunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Gruppengespräche mit den Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	Anderes Instrument [Angabe aus 10.1.1]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2

Gibt es im (Wohn-)Angebot ein systematisches Beschwerdemanagement?

Unter systematisch ist gemeint: Es gibt ein den Nutzer/-innen bekanntes und geregeltes Verfahren zum Umgang mit Beschwerden und die Art der Beschwerden und der Umgang damit werden regelmäßig ausgewertet.

- Ja, es gibt bereits ein systematisches Beschwerdemanagement.
- Nein, aber ein systematisches Beschwerdemanagement ist geplant.
- Nein, es gibt kein systematisches Beschwerdemanagement.
- Nicht relevant / trifft auf das (Wohn-)Angebot nicht zu

[Filter: Frage 10.2.1 nur, wenn bei Frage 10.2 „Ja“ oder „ist geplant“ angekreuzt]

10.2.1

Geht das systematische Beschwerdemanagement über das Beschwerdemanagement der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) für die ambulante Pflege hinaus?

- Ja
- Nein
- Weiß ich nicht

10.3

Bitte erläutern Sie kurz, ob und inwiefern die Sicherstellung der Nutzerorientierung im (Wohn-)Angebot eine Herausforderung darstellt:

Ausübung der Selbstbestimmungsrechte

11.1

Auf welche Art und Weise werden die Selbstbestimmungsrechte der Nutzer/-innen im (Wohn-)Angebot gesichert?

Mehrfachangaben möglich.

- Nicht relevant / trifft auf das (Wohn-)Angebot nicht zu
- Mitsprache bei der Suche und Auswahl neuer Mitbewohner/-innen
- Wahlfreiheit bzw. Mitspracherecht bezüglich des Pflegedienstes
- Wahlfreiheit bzw. Mitspracherecht bei Alltagshilfen
- Wahlfreiheit bzw. Mitspracherecht bei allgemeinen Betreuungsleistungen / Begleitung
- Wahlfreiheit bzw. Mitspracherecht bei Angeboten zur Alltagsgestaltung
- Keine Koppelung von Mietvertrag und anderen vertraglich zu sichernden Leistungen (außer allgemeinen Betreuungsleistungen)
- Anderes, und zwar: _____

11.2 **Haben die Nutzer/-innen eine Auftraggebergemeinschaft / ein Bewohnergremium gebildet, dass die Gesamtverantwortung trägt?**

- Ja Nein Nicht relevant / trifft auf das (Wohn-)Angebot nicht zu

[Filter: Frage 11.2.1 nur, wenn bei Frage 11.2 „nein“ oder „trifft nicht zu“ angekreuzt]

11.2.1 **Wer trägt für das (Wohn-)Angebot die Gesamtverantwortung?**

11.3 **Bitte erläutern Sie kurz, ob und inwiefern die Sicherstellung der Ausübung der Selbstbestimmungsrechte im (Wohn-)Angebot eine Herausforderung darstellt:**

Qualitätssicherungsverfahren

12.1 **Wie sollten aus Ihrer Sicht die folgenden Qualitätsmerkmale gesichert werden?**
Mehrfachangaben je Qualitätsmerkmal möglich.

		Über eine Qualitätsberichterstattung		Über Qualitätsprüfungen (rechtlich geregelt)	
		Über Beratungsleistungen	freiwillig		verpflichtend
a	Koordination / Kooperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Versorgungskontinuität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Transparenz der Prozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Nutzerorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Ausübung der Selbstbestimmungsrechte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.2 **Verfügt das (Wohn-)Angebot über eines oder mehrere der folgenden (freiwilligen) Instrumente zur Qualitätssicherung?**
Mehrfachangaben möglich.

- Qualitätszirkel
 - Internes Audit
 - Qualitätsbeauftrage
 - (Verfahrens-)Standards (z. B. im QM-Handbuch festgelegte Verfahrensabläufe)
 - Fallbesprechung
 - Pflegevisite
 - Externe Moderation bei Konflikten
 - Qualitätssiegel
 - Externes Audit
 - Zertifizierung nach DIN-Norm
 - Anderes / weiteres Instrument, und zwar: _____
-

Angaben zur ausfüllenden Person

13.1 **Funktion / Aufgabenbereich / Hintergrund der ausfüllenden Person:**
Mehrfachangaben möglich.

- Mitarbeiter/-in eines ambulanten Pflegedienstes
 - Mitarbeiter/-in der Wohnungswirtschaft oder Vermietung
 - Mitarbeiter/-in des Trägers
 - Mitglied eines Angehörigenbeirats
 - Mitglied eines Bewohnergremiums
 - Ehrenamtliche/r Helfer/-in
 - Anderes, und zwar: _____
-

13.2 **Im weiteren Projektverlauf ist ein Praxisworkshop sowie ein Praxistest von Qualitätssicherungsinstrumenten vorgesehen. Haben Sie Interesse an einem der beiden bzw. an beiden Formaten mitzuwirken?**
Mehrfachangaben möglich.
(in der Online-Version werden Erläuterungen der Formate mit einem Mouse-Over hinterlegt)

- Ja, ich habe Interesse am Praxisworkshop am 27.02.2018 in Berlin mitzuwirken
- Ja, ich habe Interesse mich am Praxistest zu beteiligen
- Nein

[Filter: Frage 13.2.1 nur, wenn bei Frage 13.2 „Ja“ angekreuzt]

13.2.1 **Bitte teilen Sie uns mit, wie wir Sie und das (Wohn-)Angebot für den Praxisworkshop bzw. Praxistest kontaktieren können.**

Name des (Wohn-)Angebots: _____

Vor- und Nachname: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Anhang 7: Felderprobung: Hintergrundinformation und Anleitung, Check- bzw. Prüfliste

Hintergrund zum Projekt

Der Gesetzgeber hat vorgeschrieben, dass mit dem Anfang 2017 in Kraft getretenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) Konzepte und Instrumente für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen entwickelt werden müssen. Hierfür wurde die Universität Bremen in Kooperation mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) und der Prognos AG von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Recherche zum aktuellen Entwicklungsstand der Verfahren der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen wurde eine Online-Befragung neuer Wohnformen durchgeführt. Durch die Befragung wurden bisherige Erfahrungen in neuen Wohnformen mit den praktizierten externen und internen Qualitätssicherungsverfahren eingeholt. Darüber hinaus wurden relevante, noch nicht berücksichtigte und über die ambulante Pflege hinausgehende Themenfelder für die Qualitätssicherung beleuchtet. Die mittels Recherche und der Online-Befragung gewonnenen Erkenntnisse wurde weiterhin im Rahmen eines Workshops diskutiert und weiterentwickelt. Auf Basis weiterer umfangreicher Literaturanalysen und unter Einbindung von juristischer Fachexpertise wurde schließlich ein Instrument zur Qualitätssicherung in den verschiedenen Wohnformtypen erarbeitet.

Dieses Instrument soll nun in der letzten Projektphase einer ersten praktischen Erprobung unterzogen werden. So ist geplant das Instrument in bis zu sieben ausgewählten möglichst unterschiedlichen Wohnprojekten, bei bis zu drei gesetzlichen Prüfinstanzen und bis zu zwei Beratungsinstitutionen vorzustellen.

Im Rahmen dieser ersten Praxistests soll eine erste **Eignungseinschätzung von Seiten der eingebundenen Akteure** eingeholt werden. Hierbei soll gezielt untersucht werden, ob die entwickelten Instrumente zur Sicherung der Qualitätsmerkmale in der jeweiligen Wohnform geeignet und wie sie praktisch handhabbar sind. Weitere Informationen zur praktischen Erprobung finden sich in Kapitel 0).

Hintergrund zum Instrument

Besonderheiten neuer Wohnformen in ihrer Sonderstellung zwischen Häuslichkeit und Heim

Pflegebedürftigen Menschen steht ein breites Wohn- und Versorgungsspektrum zur Verfügung. Nicht immer ist dieses 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 aber als Herausforderung, eine selbstständige Lebensführung zu gewährleisten, da sie nicht immer die erforderlichen Versorgungsleistungen vor Ort und damit eine umfassende Versorgungssicherheit bieten können. Klassische stationäre Wohnsettings bieten i. d. R. ein hohes Maß an Versorgungssicherheit, aber hier stellen sich als Herausforderungen die Sicherung der Selbstbestimmung und die Wahrung individueller Lebensgewohnheiten. In beiden klassischen Wohnsettings können sich zudem Grenzen bei der Sicherung der sozialen Teilhabe ergeben.

Zwischen diesen klassischen Wohnsettings – zwischen Zuhause und Heim – hat sich in den vergangenen 30 Jahren ein breites Spektrum an so genannten innovativen „Neuen Wohnformen“ entwickelt. Das Besondere an diesen „Neuen Wohnformen“ ist, dass sie versuchen, für die Herausforderungen der klassischen Wohnsettings Lösungen zu entwickeln und damit die Nutzerbedürfnisse ganzheitlich in den Fokus zu rücken. In ihrer Zwischenstellung zwischen Häuslichkeit und Heim versuchen sie sowohl eine selbstständige Lebensführung in der Häuslichkeit zu ermöglichen, gleichzeitig die individuelle Lebensweise zu erhalten und Teilhabe durch soziale Einbindung zu stärken.

Zentrale Qualitätsmerkmale in neuen Wohnformen

Aus dieser besonderen Stellung zwischen Häuslichkeit und Heim ergeben sich besondere Anforderungen an neue Wohnformen:

- **Versorgungskontinuität:** In neuen Wohnformen soll auch in häuslichen Wohnsettings ein hohes Maß an Versorgungskontinuität gewährleistet werden, damit Wohnkontinuität auch bei wachsendem Hilfe- und Pflegebedarf gesichert werden kann.
- **Nutzerorientierung:** Gleichzeitig sollen, auch bei Wohnsettings mit hoher Versorgungskontinuität die individuellen Gewohnheiten und Bedürfnisse der Bewohnerschaft durch eine konsequente Nutzerorientierung erhalten werden.
- **Selbstbestimmung / Selbstverantwortung:** Grundlage hierfür ist die Gewährleistung von Selbstbestimmung. Die Bewohnerschaft und ihre Vertreter bestimmen wie die Wohnung und der Tagesablauf zu gestalten sind und welche Leistungen und Leistungsanbieter geordert werden. Damit verbunden ist die Übernahme von Verantwortung. Die Bewohnerschaft und ihre Vertreter bestimmen und bleiben damit in der Selbstverantwortung bei der Umsetzung solcher neuen Wohnformen. Sie können zwar Teile der Verantwortung z.B. an einen Pflegedienst abgeben, aber anders als in klassischen stationären Wohnsettings bleibt bei der Bewohnerschaft und ihren Vertretern ein Teil der Verantwortung, sie setzen in geteilter Verantwortung diese neuen Wohnformen um.
- **Koordination:** Das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure ist ebenso konstitutiv für neue Wohnformen in ihrer Stellung zwischen Häuslichkeit und Heim. Dies erfordert

eine hohe Abstimmung der unterschiedlichen Akteure, daher kommt der Koordination in neuen Wohnformen besondere Bedeutung zu. Die vielfältigen Leistungen und Leistungsträger, die Bewohnerschaft und ihre Vertreter, zivilgesellschaftlich Engagierte, die bei der Umsetzung helfen – all diese Akteure müssen aufeinander abgestimmt werden.

- **Transparenz:** Neue Wohnformen erfordern ein hohes Maß an Transparenz darüber, wer welche Leistungen erbringt und wie die Verantwortlichkeiten geregelt sind.

Diese Anforderungen (Versorgungskontinuität, Nutzerorientierung, Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Koordination und Transparenz) stellen somit **zentrale Qualitätsmerkmale** neuer Wohnformen dar.

Adressaten für Qualitätssicherungsmaßnahmen in neuen Wohnformen

Neue ambulante Wohnformen unterstehen i.d.R. nicht dem Verantwortungsbereich eines Trägers, der die gesamte Steuerung und Verlässlichkeit der Hilfe sichert. Wenn ein Träger die gesamte Verantwortung übernimmt, wären sie keine ambulanten Wohnformen mehr, sondern eine Heimeinrichtung. Neue Wohnformen zeichnen sich hingegen durch die Trennung von Wohn- sowie Pflege- und Betreuungsleistungen und die Wahlfreiheit bei der Auswahl der Leistungsträger und Leistungen aus.⁴⁷

Dies bedeutet, dass bei ambulanten Wohnformen immer eine Form der Selbstverantwortung bei der Bewohnerschaft oder ihren Vertretern vorliegt – es gibt keinen Träger, der die gesamte Verantwortung übernimmt. Es ist aber möglich, dass Träger Teile der Verantwortung mit übernehmen und die Bewohner bei den selbstverantwortlich zu regelnden Aufgaben unterstützen.

Bei den neuen ambulanten Wohnformen gibt es entsprechend zwei unterschiedliche Verantwortungstypen:

Selbstverantwortliche neue ambulante Wohnformen

- Es gibt neue ambulante Wohnformen, die ganz selbstverantwortlich von der Bewohnerschaft bzw. ihren Vertretern geregelt werden: Sie mieten eigenständige Wohnungen und beauftragen bei Bedarf eigenständig Pflege- und Betreuungsdienstleister. Von solchen selbstverantworteten Wohnformen wird auch ausgegangen, wenn mehrere Personen (darunter auch Pflegebedürftige) in einer Wohnung zusammenleben und eine Auftraggebergemeinschaft bilden – als gemeinsames Vertretungsorgan gegenüber Dritten, mit dem sie in gemeinschaftlicher Verantwortung Leistungsanbieter für sich beauftragen.
- Adressaten für Qualitätssicherungsmaßnahmen sind die Bewohnerschaft und ihre Vertreter bzw. die Auftraggebergemeinschaft. Sie können selbstverantwortlich alles regeln, sind aber auch selbstverantwortlich für die Qualität in diesen Wohnformen. Die Dienstleister, die von einer Auftraggebergemeinschaft beauftragt werden (z.B.

⁴⁷ Nur für ausgewählte Betreuungsleistungen ist eine Einschränkung der Wahlfreiheit möglich, wie z.B. die Notrufsicherung und Beratung, aber auch Vermittlungsdienste dürfen, wie z.B. beim Betreuten Wohnen, zur verpflichtenden Abnahme gemacht werden. Eine Einschränkung der Wahlfreiheit wird auch angenommen, wenn Wohn-/Betreuungs-/Pflege-dienstleister rechtlich oder wirtschaftlich miteinander verbunden sind

ambulante Pflegedienste für individuelle Pflegeleistungen), sind nur verantwortlich für die Qualitätsmerkmale ihres Leistungsbereichs, aber nicht für die Gesamtqualität in diesen neuen Wohnformen.

- Ob die oben genannten fünf Qualitätsmerkmale hier zur Umsetzung gelangen, hängt allein von der Bewohnerschaft/ihren Vertretern oder der Auftraggebergemeinschaft ab. Diese Adressanten können aufgeklärt und beraten werden, diese zentralen Qualitätsmerkmale in den Blick zu nehmen, die Umsetzung kann jedoch nicht verpflichtend oder rechtlich eingefordert werden und ist dementsprechend bei diesen Wohnformen nicht prüfungsrelevant.

Trägerverantwortete neue ambulante Wohnformen

- Es gibt neue ambulante Wohnformen mit eingeschränkter Selbstverantwortung, die teilweise oder überwiegend von Trägern organisiert bzw. (trägerverantwortet) gesteuert werden, die dann auch Teile der Verantwortung übernehmen. Die Bewohnerschaft hat zwar rechtlich weiterhin die Möglichkeit Wohn-, Pflege- und Betreuungsleistungen unabhängig voneinander wählen zu können und steht damit rechtlich auch weiter in der Verantwortung. Tatsächlich wird jedoch ein Teil der Verantwortung abgegeben und dafür werden Einschränkungen in der realisierten Wahlfreiheit in Kauf genommen. Wann eine solche Einschränkung vorliegt, ist mit der ordnungsrechtlichen Zuordnung einer neuen Wohnform als trägerverantwortet, oder trägergesteuerte Wohnform durch die Länderheimgesetzgebungen i.d.R. formuliert. Hier ist ein Träger vorhanden, der wesentliche Steuerungsaufgaben in der Wohnform übernimmt.
- Der Träger wäre auch Adressat, um sicherzustellen, dass die oben genannten fünf Qualitätsmerkmale als zentrale Qualitätsanforderungen neuer ambulanter Wohnformen gewahrt werden. Die Träger, die in dieser Weise solche Wohnformen unterstützen sollten zur Qualitätssicherung gezielt beraten werden, die zentralen Qualitätsmerkmale neuer ambulanter Wohnformen zu berücksichtigen und im Rahmen ihrer internen Qualitätsberichterstattung einzubauen.
- Wenn solche Träger spezielle Leistungen nach dem Leistungsrecht erhalten, um diese steuernden Aufgaben in einer neuen Wohnform zu übernehmen (z.B. über § 38a SGB XI), könnte die Einhaltung der Qualitätsmerkmale zum Gegenstand prüfungsrelevanter Qualitätssicherungsmaßnahmen werden.

Qualitätsinstrument: Checkliste

Anleitung: Checkliste für Beratung/interne Qualitätsberichterstattung

Bei dem erarbeiteten Instrument zur Qualitätssicherung handelt es sich u.a. um eine **Checkliste**, die zentrale Qualitätskriterien für neue ambulante Wohnformen enthält. Die Checkliste kann zur freiwilligen Qualitätssicherung für selbstverantwortete und trägergesteuerte neue Wohnformen eine Orientierungshilfe sein, um zentrale Qualitätsmerkmale für neue Wohnformen zu berücksichtigen. Sie kann beispielsweise

- an **Initiatoren** neuer Wohnformen weitergeben werden, um sie für die Besonderheiten neuer Wohnformen zu sensibilisieren

- von **Beratungsinstitutionen** in Beratungsgesprächen für Initiatoren oder Leistungsträger eingesetzt werden (z.B. durch länderspezifische Wohnberatungsstellen, Pflegestützpunkte) oder
- von **Leistungsträgern** genutzt werden, die in neuen Wohnformen tätig sind und z.B. im Rahmen ihres internen Qualitätsmanagements und speziell der internen Qualitätsberichterstattung besondere Qualitätsmerkmale neuer Wohnformen berücksichtigen wollen.

Nachfolgend finden Sie die im Rahmen dieses Projekts erstellte Checkliste zu den fünf zuvor beschriebenen Qualitätsmerkmalen. Im Rahmen des Vor-Ort-Besuches bei Ihnen möchten wir mit Ihnen über diese Checkliste sprechen und Ihre Einschätzungen dazu aufnehmen.

Vorbereitung für den Praxistext:

1. Bitte **lesen Sie sich die Checkliste aufmerksam durch**. Sie müssen diese jedoch nicht ausfüllen, sie dient lediglich als Anschauungsmuster.
2. In Vorbereitung für unseren Termin, würden wir Sie jedoch bitten, eine **Bewertung zu den verschiedenen nummerierten Indikatoren** auf dem separaten **Bewertungsbogen** vorzunehmen (*Beispiel für einen Indikator: „1_3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf Leistungsträger?“*).⁴⁸

Für uns ist es wichtig zu erfahren, wie Sie die aufgeführten Indikatoren zur Qualitätssicherung anhand der folgenden Fragen beurteilen:

- Ist der Indikator für Sie verständlich (ja/nein)?
- Schätzen Sie den Indikator als sinnvoll für die interne Qualitätssicherung ein (ja/nein)?
- Ist der Indikator für Sie praktikabel, d.h. ist dieser durch das Wohnangebot beeinflussbar (ja/nein)?
- Liegen Ihnen die benötigten Daten / Informationen vor, um diese Fragen zu beantworten (ja/nein)?

Bitte nutzen Sie bei Bedarf das Kommentarfeld um ihre Bewertung zu erläutern, Schwierigkeiten festzuhalten oder Fragen für unser Gespräch zu notieren.

3. Bitte senden Sie uns vor unserem Termin das ausgefüllte Word-Dokument per Mail (laura.sulzer@prognos.com) zurück. Das ausgefüllte Dokument bildet dann die Grundlage für unser Gespräch/Interview.

Im Rahmen dieses ersten Praxistests geht es um Ihre **Eignungseinschätzung der Checkliste** für die interne Qualitätssicherung in ambulanten neuen Wohnformen.

⁴⁸ Die Nummerierung der Indikatoren im Bewertungsbogen entspricht der Nummerierung in der Checkliste.

Checkliste für Beratung / interne Qualitätsberichterstattung Die Checkliste wird auf den folgenden Seiten als Anschauungsmuster dargestellt.

Qualitätsinstrument für ambulante Neue Wohnformen

Die Qualitätsindikatoren sollen mittels einer Selbst- oder Fremdeinschätzung auf einer dreistufigen Skala bewertet werden („ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“, „nicht anwendbar“). Referenzwerte für neue Wohnformen liegen jedoch nicht vor. In der folgenden Tabelle sind ausschließlich jene Qualitätsindikatoren aufgeführt, die für eine Prüfung als relevant beurteilt wurden.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Selbstbestimmung bei den Leistungen	Struktur	1_1: Können die Art der pflegerischen Hilfen (alle unterstützenden Tätigkeiten zur Selbstversorgung), der Betreuungsleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung selbst bestimmt werden?				
		1_2: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen (außer bei geringen Betreuungsleistungen)?				
		1_3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf Leistungsträger?				
	Ergebnis	1_4: Sind die NutzerInnen⁴⁹ zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungen/Leistungsträgern?				
Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Le- bensführung	Struktur	1_5: Können die Essenzeiten/ die Essensauswahl selbst bestimmt werden?				
		1_6: Können die Aufsteh- und zu Bettgeh-Zeiten selbst bestimmt werden?				
		1_7: Kann der Tagesablauf selbst bestimmt werden?				
		1_8: Werden Kleidungswünsche berücksichtigt?				

⁴⁹ **NutzerInnen** sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform. **Leistungserbringer** sind die professionellen Dienste, die in der Wohnform tätig sind.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
		1_9: Gibt es bei der Kontaktpflege keine Einschränkungen (Besuch empfangen)?				
		1_10: Können individuelle Aktivitäten/Teilnahme an Freizeitaktivitäten selbst bestimmt werden?				
	Ergebnis	1_11: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens?				
Selbstbestimmung beim Wohnen	Struktur	1_12: Können Zimmer/Wohnung selbst eingerichtet werden?				
		1_13: Kann Einfluss auf die Gestaltung der Gemeinschaftsräume genommen werden?				
		1_14: Ist die Trennung von Mietvertrag/Pflege- und Betreuungsvertrag gegeben?				
		1_15: Kann über die MitbewohnerInnen mitbestimmt werden?				
	Ergebnis	1_16: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens?				
Förderung der Selbstbestimmung	Struktur	1_17: Ist die Berücksichtigung der Selbstbestimmung im Betreuungskonzept/Leitbild manifestiert?				
	Prozess	1_18: Werden Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant?				
		1_19: Werden in Kauf genommene Risiken respektiert aber Sicherheitsaspekte im Einklang mit individuellen Freiheiten berücksichtigt (z.B. Umgang mit Küchengeräten)?				
		1_20: Wird umfassend informiert, um autonom entscheiden zu können?				
	Ergebnis	1_21: Kennen die NutzerInnen ihre Rechte und Verantwortlichkeiten?				

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
		1_22: Sind die NutzerInnen zufrieden damit, wie die Selbstbestimmung gefördert wird?				
Unterstützung der NutzerInnen zur Bildung autonomer Entscheidungen/ Übernahme von Verantwortung	Struktur	1_23: Gibt es ein Bewohnergremium?				
		1_24: Gibt es eine eindeutige Rollendefinition zur Mitwirkung für NutzerInnen/ Angehörige/ VertreterInnen?				
	Prozess	1_25: Werden die NutzerInnen bei der Bildung von Bewohnergremien (z.B. Auftraggebergemeinschaft) unterstützt?				
	Ergebnis	1_26: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Unterstützung bei der Selbstbestimmung/ Selbstverantwortungsübernahme?				
Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen	Prozess	1_27: Werden Angehörige/ nahestehende Personen/ gesetzlich bestimmte BetreuerInnen in die Pflegeplanung/ Alltagsgestaltung für den Fall der „Wohlbestimmung“ integriert?				
		1_28: Kennen Pflegekräfte/andere Leistungserbringer die Werte und Normen der Pflegebedürftigen für den Fall der „Wohlbestimmung“?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/28	___/28	___/28	___/28

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Erfassung der Gewohnheiten/ Bedürfnisse und	Prozess	2_1: Werden regelmäßig unter Einbeziehung der NutzerInnen umfassende Informationen über deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, Ressourcen, Bedarfe gesammelt (z.B. Bewohnerbefragungen, Biografiearbeit)?				

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Fähigkeiten/ Ressourcen		2_2: Nehmen VertreterInnen der Leistungserbringer an Sitzungen des Bewohnergremiums teil, um NutzerInnenbedürfnisse zu erfassen?				
		2_3: Bilden die Gewohnheiten/Bedürfnisse der NutzerInnen die Grundlage für die Versorgungsplanung?				
	Ergebnis	2_4: Haben die NutzerInnen den Eindruck, dass man ihre Gewohnheiten und Bedürfnisse kennt?				
Berücksichtigung der Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/ Ressourcen bei der Planung und Umsetzung	Prozess	2_5: Werden individuelle Lebensgewohnheiten und vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten der Nutzer bei der Planung berücksichtigt?				
		2_6: Wird bei der Umsetzung (z.B. über ein internes Qualitätsmanagement) sichergestellt, dass vereinbarte Leistungen der Leistungserbringer sich an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren (z.B. individuell angepasstes Notfallmanagement, individuelle Berücksichtigung der Wünsche bei Essenszeiten/ Essenszubereitung/ Essensauswahl, Wäschedienste, Reinigungsdiensten, Tagesgestaltung, Kontaktpflege, bei pflegerischen Hilfen zur Selbstversorgung, Zeiten der Hilfeinsätze, individuelle Betreuungsangebote)?				
		2_7: Haben Vorlieben und Wünsche der Nutzer Vorrang vor Wünschen des Personals (z.B. bei Terminierung einer Leistung)?				
		2_8: Wird die Privatsphäre der Nutzer gewahrt (z.B. Abschließbarkeit, Anklopfen, Betreten der Räumlichkeiten nur nach Aufforderung)?				
	Ergebnis	2_9: Sind die Nutzer zufrieden mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten und Bedürfnisse?				
Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/ Bedürfnisse und Fähigkeiten/ Ressourcen	Prozess	2_10: Wird regelmäßig überprüft, ob sich die vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren?				
		2_11: Orientiert sich die Einsatzorganisation der Pflege-/Betreuungskräfte/hauswirtschaftlichen Kräfte an den individuellen Bedarfen?				
		2_12: Werden Nutzer gefragt, ob sie mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten und Bedürfnisse zufrieden sind (Gibt es eine systematische Nutzerbefragung)?				
	Struktur	2_13: Liegt ein Konzept zum Umgang mit Beschwerden vor?				

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Beschwerde- management		2_14: Gibt es einen benannten Ansprechpartner für Beschwerden?				
	Prozess	2_15: Können Beschwerden und Unzufriedenheit ohne Nachteile zu befürchten geäußert werden?				
	Ergebnis	2_16: Sind den NutzerInnen Beschwerdemöglichkeiten bekannt?				
		2_17: Hat sich nach Ansicht der NutzerInnen nach den Beschwerden etwas verändert?				
		2_18: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Beschwerdemöglichkeiten?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/18	___/18	___/18	___/18

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Rund-Um-die-Uhr- Versorgung/ Versorgungs- sicherheit	Struktur	3_1: Sind bei Bedarf Leistungen rund um die Uhr, einschließlich Sonn- und Feiertags verfügbar?				
		3_2: Ist Pflege-/Betreuungsdienstleister ständig für Pflegebedürftige erreichbar (Nachweis Ruf-/ Einsatzbereitschaftsdienste im Dienstplan, kein Anrufbeantworter)?				
		3_3: Ist bei Personalausfall die Vertretung gesichert?				
		3_4: Werden Grenzen der Versorgungsmöglichkeit transparent dargestellt?				
		3_5: Ist der Bedarf an Rund-um-die-Uhr Versorgung Kündigungsgrund/Ausschlussgrund für die Aufnahme?				

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
	Prozess	3_6: Wird die Versorgung auf sich verändernde Bedarfe angepasst?				
	Ergebnis	3_7: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer?				
Patientensicherheit/ Krisensicherung	Struktur	3_8: Ist eine Notfallversorgung gesichert?				
		3_9: Kann jederzeit eine in erster Hilfe geschulte Person erste Hilfe leisten?				
	Prozess	3_10: Gibt es verbindliche Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen (Ablaufplan)?				
		3_11: Ist der Transfer von Informationen gesichert/ sind Informationen über die NutzerInnen Notfallpersonal schnell zugänglich?				
	Ergebnis	3_12: Können die NutzerInnen die erste Person benennen, die im Notfall zu kontaktieren ist?				
		3_13: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Krisensicherung?				
Personelle Kontinuität	Struktur	3_14: Gibt es überschaubare Pflege-/ Betreuungsteams/ Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer?				
	Prozess	3_15: Ist bei Bedarf Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?				
		3_16: Gibt es überleitungsbezogene Teambesprechungen/sind Überleitungsprozesse geplant?				
	Ergebnis	3_17: Wissen die NutzerInnen, an wen sie sich mit Fragen wenden können?				
		3_18: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Anzahl des Personals?				
		3_19: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Fluktuation des Personals?				
		3_20: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung des Personals?				

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Abstimmung von Leistungen	Prozess	3_21: Sind Pflegeplan/Betreuungsplan und Behandlungsplan aufeinander abgestimmt?				
		3_22: Stimmen andere Leistungserbringer ihre Leistungen aufeinander ab?				
	Ergebnis	3_23: Ist der Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und den NutzerInnen konsistent?				
		3_24: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger?				
Anzahl vergebene Bewertungen			___/24	___/24	___/24	___/24

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Verantwortlich- keiten klären	Struktur	4_1: Ist geklärt, wer welche Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortung im Gesamtprozess übernimmt?				
		4_2: Sind die Verantwortungsrollen eindeutig beschrieben und geregelt (z.B. in einem Konzept)?				
		4_3: Gibt es eine hauptverantwortliche Person, die einen Überblick über alle Informationen hat?				
	Prozess	4_4: Werden die NutzerInnen/Angehörige/VertreterInnen zur Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation unterstützt?				
	Ergebnis	4_5: Wissen die NutzerInnen, wer die hauptverantwortliche Person ist?				
		4_6: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Klärung der Verantwortlichkeiten in der Wohnform?				

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern	Struktur	4_7: Ist die Anzahl der Akteure (Angehörige, Ehrenamtliche, Professionelle), die in der Wohnform tätig sind, transparent?				
		4_8: Gibt es Kooperationen mit den Akteuren im Sozialraum/Gemeinwesen?				
	Prozess	4_9: Werden die unterschiedlichen Ressourcen der verschiedenen Akteure (neben professionellen Akteuren vor allem auch Ehrenamtliche oder Angehörige) bei der Kooperation berücksichtigt?				
	Ergebnis	4_10: Sind die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen zufrieden mit der Kooperation zwischen den Akteuren?				
Zuverlässige Regelungen zur Kooperation schaffen	Struktur	4_11: Gibt Vereinbarung über die Art der Kooperation (Kooperationsabsprachen)?				
		4_12: Gibt es ein integriertes Organisationskonzept zur Steuerung des Gesamtprozesses?				
	Ergebnis	4_13: Gelingt der Informationsfluss zwischen den Akteuren (Akteurs-/Bewohnerbesprechungen)?				
		4_14: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Regelungen zur Kooperation?				
Konflikt- management	Struktur	4_15: Gibt es Regelungen bei Unstimmigkeiten und Konflikten/Problemlösungsstrategien/Konfliktvermeidungsstrategien?				
		4_16: Wird externe Unterstützung hinzugezogen, wenn dies notwendig erscheint?				
	Prozess	4_17: Erfolgt eine Überprüfung, wie mit gefährlichen Handlungen/ unzureichender Versorgung umgegangen wird?				
	Ergebnis	4_18: Wie zufrieden sind die NutzerInnen mit dem Umgang mit Konflikten?				
Anzahl vergebene Bewertungen			___/18	___/18	___/18	___/18

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht an- wendbar
Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	Struktur	5_1: Wird eine ausführliche Erstberatung zu den Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform durchgeführt?				
		5_2: Erfolgt eine regelmäßige Information/Beratung der NutzerInnen über die Leistungen der Wohnform?				
		5_3: Gibt es eindeutig geregelte Vorgehensweisen zum Austausch von Informationen?				
	Ergebnis	5_4: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über die Wohnform?				
		5_5: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über die bereitgestellten Pflege- und Betreuungsleistungen?				
		5_6: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über Kosten und vertragliche Regelungen?				
Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform	Struktur	5_7: Haben sich die Leistungserbringer über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert/ qualifiziert?				
	Prozess	5_8: Werden die NutzerInnen/Angehörige/VertreterInnen ausreichend über den Gesamtprozess informiert?				
	Ergebnis	5_9: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über Verantwortlichkeiten und Abläufe in der Wohnform?				
Dokumentation	Struktur	5_10: Liegt eine schriftliche Zieldefinition/ Leitbild/ Grundsätze/ Konzept für die Wohnform vor?				
		5_11: Werden im einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagement/in der internen Qualitätsberichterstattung Abläufe dokumentiert?				
	Prozess	5_12: Wird die Erreichung der Konzeptziele regelmäßig überprüft und darüber informiert?				
	Ergebnis	5_13: Erfolgt eine Dokumentation über die Gesamtprozesse in der Wohnform?				

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)						
Qualitätskriterium	Qualitäts- ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht an- wendbar
		5_14: Sind die NutzerInnen mit der Darstellungsart von Informationen über die Ab- läufe in der Wohnform zufrieden?				
Anzahl vergebene Bewertungen			___/14	___/14	___/14	___/14

Qualitätsinstrument: Prüfliste

Anleitung: Prüfliste für die Qualitätsprüfung

Bei dem erarbeiteten Instrument zur Qualitätssicherung handelt es sich u.a. um eine **Prüfliste**, die zentrale Qualitätskriterien für neue ambulante Wohnformen enthält.

Die Prüfliste kann zur prüfungsrelevanten Qualitätssicherung für Prüfinstanzen von neuen Wohnformen eine Orientierungshilfe sein, die die Umsetzung zentraler Qualitätsmerkmale in neuen Wohnformen bei den Leistungsträgern (Fragen zur Struktur-/Prozessqualität) und bei den Nutzern/ihren Vertretern (Fragen zur Ergebnisqualität) überprüfen.

Vorbereitung für den Vor-Ort-Termin:

1. Bitte **lesen Sie sich die Prüfliste aufmerksam durch**. Sie müssen diese jedoch nicht ausfüllen, sie dient lediglich als Anschauungsmuster.
2. In Vorbereitung auf unser Gespräch, würden wir Sie jedoch bitten, eine **Bewertung zu den verschiedenen nummerierten Indikatoren** auf dem separaten **Bewertungsbogen** vorzunehmen (*Beispiel für einen Indikator: „1_3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf Leistungsträger?“*).

Für uns ist es wichtig zu erfahren, wie Sie die aufgeführten Indikatoren zur Qualitätssicherung anhand der folgenden Fragen beurteilen:

- Ist der Indikator für Sie verständlich (ja/nein)?
- Schätzen Sie den Indikator als sinnvoll für die externe Prüfung ein (ja/nein)?
- Ist der Indikator für Sie praktikabel, d.h. ist dieser durch das Wohnangebot beeinflussbar (ja/nein)?
- Ist der Indikator relevant für die Beratung durch Prüfinstitutionen (ja/nein)?

Bitte nutzen Sie bei Bedarf das Kommentarfeld um ihre Bewertung zu erläutern, Schwierigkeiten festzuhalten oder Fragen für unser Gespräch zu notieren.

3. Bitte senden Sie uns vor unserem Termin das ausgefüllte Word-Dokument per Mail (laura.sulzer@prognos.com) zurück. Das ausgefüllte Dokument bildet dann die Grundlage für unser Gespräch/Interview.

Im Rahmen dieses ersten Praxistests geht es um Ihre **Eignungseinschätzung der Prüfliste** für die externe Qualitätssicherung in ambulanten neuen Wohnformen.

Prüfliste für die Qualitätsprüfung

Die Prüfliste (Anschauungsmuster) für die Qualitätsprüfung finden Sie im Folgenden

Prüfungsrelevante Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren

Die Qualitätsindikatoren sollen mittels einer Selbst- oder Fremdeinschätzung auf einer dreistufigen Skala bewertet werden („ja, erfüllt“, „teilweise erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“, „nicht anwendbar“). Referenzwerte für neue Wohnformen liegen jedoch nicht vor. In der folgenden Tabelle sind ausschließlich jene Qualitätsindikatoren aufgeführt, die für eine Prüfung als relevant beurteilt wurden.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (14 von 28 Indikatoren prüfungsrelevant)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Selbstbestimmung bei den Leistungen	Struktur	1_2: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen (außer bei geringen Betreuungsleistungen)?				
		1_3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf Leistungsträger?				
	Ergebnis	1_4: Sind die NutzerInnen ⁵⁰ zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungen/Leistungsträgern?				
Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung	Ergebnis	1_11: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens?				

⁵⁰ **NutzerInnen** sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform. **Leistungserbringer** sind die professionellen Dienste, die in der Wohnform tätig sind.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (14 von 28 Indikatoren prüfungsrelevant)

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Selbstbestimmung beim Wohnen	Struktur	1_14: Ist die Trennung von Mietvertrag/Pflege- und Betreuungsvertrag gegeben?				
	Ergebnis	1_16: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens?				
Förderung der Selbstbestimmung	Struktur	1_17: Ist die Berücksichtigung der Selbstbestimmung im Betreuungskonzept/Leitbild manifestiert?				
	Prozess	1_20: Wird umfassend informiert, um autonom entscheiden zu können?				
	Ergebnis	1_21: Kennen die NutzerInnen ihre Rechte und Verantwortlichkeiten?				
		1_22: Sind die NutzerInnen zufrieden damit, wie die Selbstbestimmung gefördert wird?				
Unterstützung der Bewohner zur Bildung autonomer	Struktur	1_23: Gibt es ein Bewohnergremium?				
		1_24: Gibt es eine eindeutige Rollendefinition zur Mitwirkung für NutzerInnen/ Angehörige/ VertreterInnen?				

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (14 von 28 Indikatoren prüfungsrelevant)

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung	Prozess	1_25: Werden NutzerInnen bei der Bildung von Bewohnergremien (z.B. Auftraggebergemeinschaft) unterstützt?				
	Ergebnis	1_26: Sind NutzerInnen zufrieden mit der Unterstützung bei der Selbstbestimmung/ Selbstverantwortungsübernahme?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/14	___/14	___/14	___/14

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (11 von 18 Indikatoren prüfungsrelevant)

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen	Prozess	2_1: Werden regelmäßig unter Einbeziehung der NutzerInnen umfassende Informationen über deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, Ressourcen, Bedarfe gesammelt (z.B. Bewohnerbefragungen, Biografiearbeit)?				
	Ergebnis	2_4: Haben die NutzerInnen den Eindruck, dass man ihre Gewohnheiten und Bedürfnisse kennt?				
Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung	Prozess	2_6: Wird bei der Umsetzung (z.B. über ein internes Qualitätsmanagement) sichergestellt, dass vereinbarte Leistungen der Leistungserbringer sich an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren (z.B. individuell angepasstes Notfallmanagement, individuelle Berücksichtigung der Wünsche bei Essenszeiten/ Essenszubereitung/ Essensauswahl, Wäschedienste, Reinigungsdiensten, Tagesgestaltung, Kontaktpflege, bei pflegerischen Hilfen zur Selbstversorgung, Zeiten der Hilfeinsätze, individuelle Betreuungsangebote)?				
		2_8: Wird die Privatsphäre der Nutzer gewahrt (z.B. Abschließbarkeit, Anklopfen, Betreten der Räumlichkeiten nur nach Aufforderung)?				
	Ergebnis	2_9: Sind die Nutzer zufrieden mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten und Bedürfnisse?				
	Prozess	2_10: Wird regelmäßig überprüft, ob sich die vereinbarten Leistungen an den Bedürfnissen der Nutzer orientieren?				

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (11 von 18 Indikatoren prüfungsrelevant)

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen		2_12: Werden Nutzer gefragt, ob sie mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten und Bedürfnisse zufrieden sind (Gibt es eine systematische Nutzerbefragung)?				
Beschwerdemanagement	Struktur	2_13: Liegt ein Konzept zum Umgang mit Beschwerden vor?				
	Ergebnis	2_16: Sind den NutzerInnen Beschwerdemöglichkeiten bekannt?				
		2_17: Hat sich nach Ansicht der NutzerInnen nach den Beschwerden etwas verändert?				
		2_18: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Beschwerdemöglichkeiten?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/11	___/11	___/11	___/11

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (15 von 24 Indikatoren prüfungsrelevant)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Rund-Um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit	Struktur	3_1: Sind bei Bedarf Leistungen rund um die Uhr, einschließlich Sonn- und Feiertags verfügbar?				
		3_2: Ist Pflege-/Betreuungsdienstleister ständig für Pflegebedürftige erreichbar (Nachweis Ruf-/ Einsatzbereitschaftsdienste im Dienstplan, kein Anrufbeantworter)?				
		3_4: Werden Grenzen der Versorgungsmöglichkeit transparent dargestellt?				
	Ergebnis	3_7: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer?				
Patientensicherheit/Krisensicherung	Struktur	3_8: Ist eine Notfallversorgung gesichert?				
	Ergebnis	3_12: Können die NutzerInnen die erste Person benennen, die im Notfall zu kontaktieren ist?				
		3_13: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Krisensicherung?				
Personelle Kontinuität	Prozess	3_15: Ist bei Bedarf Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?				
		3_16: Gibt es überleitungsbezogene Teambesprechungen/ sind Überleitungsprozesse geplant?				
	Ergebnis	3_17: Wissen Nutzer an wen sie sich mit Fragen wenden können?				

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (15 von 24 Indikatoren prüfungsrelevant)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
		3_18: Sind Nutzer zufrieden mit der Anzahl des Personals?				
		3_19: Sind Nutzer zufrieden mit der Fluktuation des Personals?				
		3_20: Sind Nutzer zufrieden mit der Abstimmung des Personals?				
Abstimmung von Leistungen	Ergebnis	3_23: Ist der Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und Nutzern konsistent?				
		3_24: Sind Nutzer zufrieden mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/15	___/15	___/15	___/15

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (14 von 18 Indikatoren prüfungsrelevant)

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Verantwortlichkeiten klären	Struktur	4_1: Ist geklärt, wer welche Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortung im Gesamtprozess übernimmt?				
		4_2: Sind die Verantwortungsrollen eindeutig beschrieben und geregelt (z.B. in einem Konzept)?				
		4_3: Gibt es eine hauptverantwortliche Person, die einen Überblick über alle Informationen hat?				
	Prozess	4_4: Werden die NutzerInnen/Angehörige/VertreterInnen zur Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation unterstützt?				
	Ergebnis	4_5: Wissen die NutzerInnen, wer die hauptverantwortliche Person ist?				
		4_6: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Klärung der Verantwortlichkeiten in der Wohnform?				
Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern	Struktur	4_7: Ist die Anzahl der Akteure (Angehörige, Ehrenamtliche, Professionelle), die in der Wohnform tätig sind, transparent?				
	Ergebnis	4_10: Sind die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen zufrieden mit der Kooperation zwischen den Akteuren?				
	Struktur	4_11: Gibt Vereinbarung über die Art der Kooperation (Kooperationsabsprachen)?				

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (14 von 18 Indikatoren prüfungsrelevant)

Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Zuverlässige Regelungen zur Kooperation schaffen	Ergebnis	4_13: Gelingt der Informationsfluss zwischen den Akteuren (Akteurs-/Bewohnerbesprechungen)?				
		4_14: Sind die Nutzer zufrieden mit den Regelungen zur Kooperation?				
Konfliktmanagement	Struktur	4_15: Gibt es Regelungen bei Unstimmigkeiten und Konflikten/Problemlösungsstrategien/Konfliktvermeidungsstrategien?				
	Prozess	4_17: Erfolgt eine Überprüfung, wie mit gefährlichen Handlungen/ unzureichender Versorgung umgegangen wird?				
	Ergebnis	4_18: Wie zufrieden sind die Nutzer mit dem Umgang mit Konflikten?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/14	___/14	___/14	___/14

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (11 von 14 Indikatoren prüfungsrelevant)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
Transparenz über einzelnen Leistungen des Wohnangebotes	Struktur	5_1: Wird eine ausführliche Erstberatung zu den Möglichkeiten und Grenzen des Wohnangebotes durchgeführt?				
		5_3: Gibt es eindeutig geregelte Vorgehensweisen zum Austausch von Informationen?				
	Ergebnis	5_4: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über das Wohnangebot?				
		5_5: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über die bereitgestellten Pflege- und Betreuungsleistungen?				
		5_6: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über Kosten und vertragliche Regelungen?				
Transparenz über den Gesamtprozess des Wohngebots	Prozess	5_8: Werden die NutzerInnen/Angehörige/VertreterInnen ausreichend über den Gesamtprozess informiert?				
	Ergebnis	5_9: Fühlen sich die NutzerInnen ausreichend informiert über Verantwortlichkeiten und Abläufe im Wohnangebot?				
Dokumentation	Struktur	5_10: Liegt eine schriftliche Zieldefinition/ Leitbild/ Grundsätze/ Konzept für das Wohnangebot vor?				

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (11 von 14 Indikatoren prüfungsrelevant)						
Qualitätskriterium	Qualitäts-ebene	Qualitätsindikator	Selbsteinschätzung oder Fremdeinschätzung			
			Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht anwendbar
	Prozess	5_12: Wird die Erreichung der Konzeptziele regelmäßig überprüft und darüber informiert?				
	Ergebnis	5_13: Erfolgt eine Dokumentation über die Gesamtprozesse im Wohnangebot?				
		5_14: Sind die NutzerInnen mit der Darstellungsart von Informationen über die Abläufe im Wohnangebot zufrieden?				
Anzahl vergebene Bewertung			___/11	___/11	___/11	___/11

Anhang 8: Ergebnisübersicht der Felderprobung

Bewertung der einzelnen Indikatoren sowie ergänzende Anmerkungen der befragten Akteure

Hinweis: Die Bewertung der einzelnen Qualitätsindikatoren erfolgte durch sechs ausgewählte Wohnprojekte sowie eine Beratungsinstanz.⁵¹ Zudem wurden die fett gedruckten Qualitätsindikatoren (=mögliche Indikatoren für eine verbindliche Qualitätsprüfung) durch drei Prüfbehörden bewertet.⁵² Zur Unterscheidung werden die quantitativen Angaben der Prüfbehörden in Klammern ausgewiesen.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Selbstbestimmung bei den Leistungen	1_1:	5	1	6		5		4		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es liegt eine Doppelung mit Qualitätsindikator 1_2 vor. Sind bei diesem Qualitätsindikator Serviceleistungen impliziert? In der Formulierung der Frage fehlt eine Definition der Wahlfreiheit. Ist hiermit die vertragliche oder die gelebte Wahlfreiheit gemeint? Wie ist „gelebte“ Wahlfreiheit definiert? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die selbstbestimmte Auswahl der Leistungen ist von den Nutzer/-innen nur bedingt umsetzbar, da die Gruppe gemeinsame über die Frage entscheidet. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Grundsätzlich können die Nutzer/-innen die Art der Leistung frei wählen. Viele Nutzer/-innen des betreuten Wohnens nutzen aber z.B. das

⁵¹ Von sechs beteiligten Wohnprojekten haben fünf Wohnprojekte quantitative Angaben zu den Qualitätsindikatoren vorgenommen.

⁵² Von drei beteiligten Prüfinstanzen haben zwei Prüfinstanzen quantitative Angaben zu den Qualitätsindikatoren vorgenommen.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Angebot der Tagespflege des Trägers, wodurch der Leistungswahl gewisse Rahmenbedingungen gegeben werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung wäre die Wahlfreiheit grundsätzlich ein relevanter Indikator (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	1_2:	4 (2)	2	4 (1)	(1)	5 (2)	1	4 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es liegt eine Dopplung mit Qualitätsindikator 1_1 vor. Was ist bei diesem Qualitätsindikator mit „geringen Betreuungsleistungen“ gemeint? Welche „Unterstützungsleistungen“ sind in der Frage gemeint? Eine bessere Formulierung könnte lauten: „in Bezug auf <i>Umfang und Inhalt</i> der Betreuungsleistungen“. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Wahlfreiheit der Unterstützungsleistungen ist nicht praktikabel, da in dem Angebot alle Leistungen kumuliert sind und eine Mischkalkulation vorgenommen wird. Einzelne Leistungen können nicht aus dem Paket (z.B. Unterstützungsleistungen) herausgenommen werden. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Grundsätzlich können die Nutzer/-innen die Art der Leistung frei wählen. Viele Nutzer/-innen des betreuten Wohnens nutzen aber z.B. das Angebot der Tagespflege des Trägers, wodurch der Leistungswahl gewisse Rahmenbedingungen gegeben werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung wäre die Wahlfreiheit grundsätzlich ein relevanter Indikator (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet; Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Für den MDK sollte in erster Linie das Ergebnis bei den Nutzer/-innen erfüllt sein. Konzeptionelle Vorgaben sind für die externe Prüfung durch den MDK nicht relevant. Zur konzeptionellen Verankerung kann jedoch beraten werden. (Prüfinstanz) In Bezug auf die Wahlfreiheit bei Unterstützungsleistungen sollte extern geprüft werden. Wobei Wahlfreiheit auf dem Papier nicht immer in der Realität gelebt wird (z.B. familiäre Verbindungen). Teilweise sind auch die Synergieeffekte wichtig für das Bestehen eines Angebots (z.B. gleicher Pflegedienst für alle Nutzer/-innen). (Prüfinstanz)
	1_3:	5 (2)	1	5 (2)	1	4 (2)	2	4 (2)	1	Formulierung/ Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Der Begriff „Leistungserbringer“ sollte statt dem Begriff „Leistungsträger“ in der Frage verwendet werden. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Wahlfreiheit bei den Leistungserbringern ist nur bedingt umsetzbar. Einzelne Nutzer/-innen können nur bedingt zwischen Leistungserbringern wählen, da letztendlich die Gruppe entscheidet. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Grundsätzlich können die Nutzer/-innen den Leistungserbringer frei wählen z.B. den Pflegedienst. Viele Nutzer/-innen des betreuten Wohnens nutzen aber das Angebot der Tagespflege des Trägers, wodurch

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<p>der Leistungswahl gewisse Rahmenbedingungen gegeben werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)</p> <ul style="list-style-type: none"> In trägerverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen ist es nicht wirtschaftlich, wenn ein anderer Träger, z.B. die häusliche Krankenpflege, übernehmen würde. Es sollte auch eine schriftliche Vereinbarung mit den Nutzer/-innen geben, dass Unterstützungsleistungen vom Träger übernommen werden. Die Art kann selbst bestimmt werden, aber nicht der Träger. Im Betreuten Wohnen gibt es Wahlfreiheit. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Wahlfreiheit in Bezug auf den Leistungserbringer ist nicht unbedingt ein Qualitätskriterium. Die Frage ist wichtig, aber weniger für die Qualität als für die Kategorie der Wohnform. Ambulant betriebene Wohnformen in Verantwortung des Trägers z.B. wollen möglicherweise gar nicht, dass Wahlfreiheit besteht. Oder es kann auch durchaus von den Bewohner/-innen gewünscht sein, dass keine Wahlfreiheit besteht, so dass z.B. gleicher Pflegedienst für alle kommt. Geht man damit transparent um, so ist das auch in Ordnung. (Prüfinstanz) In trägerverantworteten ambulant betreuten Wohngruppen sollte nicht die Wahlfreiheit des Trägers geprüft werden. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung wäre die Wahlfreiheit grundsätzlich ein relevanter Indikator. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_4:	5 (2)		4 (2)	1	3 (1)	1 (1)	2 (2)	3	<p><i>Die Fragen zur Ergebnisqualität wurden häufig kritisiert. Die hier angeführten Punkte gelten auch für die entsprechend gekennzeichneten weiteren Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität.</i></p> <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie soll die Zufriedenheit der Nutzer/-innen erhoben werden? Eine Vollerhebung bei allen Nutzer/-innen ist sehr aufwändig. Oder ist hier ein Stichprobenkonzept geplant? Oder nur eine Abfrage bei den Trägern? Eine Nutzerbefragung ist nicht bei allen Bewohnerstrukturen zielführend, z.B. bei Menschen mit Demenz. Probleme bei der Erhebung solcher Fragen zeigen sich u.a. bei der MDK-Prüfung. Warum wird die Fragen nicht folgendermaßen gestellt: „Können die Nutzer XY selbstbestimmen?“. In der Praxis zeigt sich, dass gerade Bewohnerbefragungen zur Zufriedenheit immer sehr positiv ausfallen. <p>Inhaltliche Einschätzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Frage ist zu individuell gestellt und hängt zu sehr von der Diagnose und der Tagesverfassung des Befragten ab. Kann die Validität dadurch gewährleistet werden? Die Kundenzufriedenheit müsste auf anderem Wege erhoben werden, dort können diese Qualitätsindikatoren abgefragt werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) <p>Externe Qualitätsprüfung:</p>

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung ist unklar, wie die Zufriedenheit erhoben werden soll. Muss auf vorhandene Befragungsergebnisse zurückgegriffen werden oder befragen die Prüfinstitutionen? Besteht bei einer Prüfung durch den MDK eine Doppelung mit bestehenden Instrumenten? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Geprüft werden sollte ausschließlich, ob es eine schriftliche Vereinbarung mit den Nutzer/-innen gibt, dass Unterstützungsleistungen vom Träger übernommen werden und eben nicht frei wählbar sind. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Bei der MDK-Prüfung wird deutlich, dass Zufriedenheit nur schwer erhoben werden kann und das Prüfinstrument für die Realität nicht funktioniert. Eine wirklich konstruktive Operationalisierung ist sehr schwierig. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet). Bei dementiell erkrankten Menschen ist die Zufriedenheit durch Befragungen schwer zu erheben. Angehörige werden bei Prüfungen selten vor Ort sein. (Prüfinstanz) Man sollte eher fragen und konkret prüfen, ob Bewohner/-innen tatsächlich über die Leistungen bestimmen können, anstatt die Zufriedenheit zu erfragen bzw. zu prüfen. (Prüfinstanz)
Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung	1_5:	5		5		5		3	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Auf dem Papier ja, der Praxis sind durch Infrastruktur und pers. Ressourcen Finanzierung Grenzen gesetzt. Die Selbstbestimmung in Bezug auf die Essenszeiten ist als ambivalent anzusehen. Auf dem Papier besteht die Selbstbestimmung, in der Realität sind dieser allerdings durch

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										die Infrastruktur sowie die personellen und finanziellen Ressourcen Grenzen gesetzt. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) <ul style="list-style-type: none"> In der befragten Wohnform wird ausschließlich das Mittagessen gemeinsam eingenommen. Das Zeitfenster ist zwischen 12:00 Uhr und 13:30 Uhr. Frühstück und Abendessen werden in der Wohnung eingenommen. Die Bewohner/-innen müssen zuweilen Kompromisslösungen in Hinblick auf realistische Tourenplanungen eingehen. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Alle Indikatoren zur „Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung“ sind nicht relevant bzw. anwendbar. Eine Abstimmung erfolgt ggf. mit den ambulanten Pflegediensten. Wenn das Wohnangebot keine systematischen Befragungen der Nutzer/-innen durchführt, können diese Fragen nur aus Sicht der ambulanten Pflegedienste beantwortet werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	1_6:	5		5		5		3	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Bewohner/-innen müssen zuweilen Kompromisslösungen in Hinblick auf realistische Tourenplanungen eingehen. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	1_7:	5		5		5		3	1	
	1_8:	6		5	1	5	1	3	2	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Welche Qualität soll damit sichergestellt werden?
	1_9:	6		6		6		3	2	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Mit welchen Daten soll dieser Indikator geprüft werden?

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_10:	6		6		6		4	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Frage ist missverständlich formuliert, weil nicht klar wird, ob die freie Wahl der Aktivitäten („Was wird unternommen?“) oder die Ermöglichung der Aktivität (z.B. Begleitung) gemeint ist. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Soll die Indikatorenqualität über die Verpflichtung zur Dokumentation bzw. das Führen von TN-Listen erfasst werden? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Frage ist sehr allgemein formuliert. Es gibt häufig Einschränkungen bei der Teilhabe, bedingt durch den individuellen Hilfebedarf. Wie wird das entsprechend berücksichtigt? (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	1_11:	5 (2)		4 (2)		3 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Hier könnte die Frage ganz konkret lauten, ob die Bewohner/-innen tatsächlich über Dinge der alltäglichen Lebensführung (Tagesablauf, Essen...) bestimmen. Bzw. wer bestimmt denn überhaupt über den Alltag? *siehe 1_4
Selbstbestimmung beim Wohnen	1_12:	6		6		6		5		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Formulierung „selbst einrichten“ müsste genauer definiert werden. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Gestaltung und Einrichtung der privaten Räumlichkeiten sollte nicht nur als eine mögliche Option gesehen werden, sondern ist ein unverzichtbarer Bestandteil der neuen Wohnformen.

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
		1_13:	6		5	1	6		4	
1_14:	6 (2)		5 (2)		6 (2)		5 (1)	(1)	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Frage liegt ein Missverständnis vor: es muss keine Trennung von Pflegevertrag und Betreuungsvertrag geben, sondern lediglich eine Trennung vom Mietvertrag. <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pflege und Betreuung befinden sich in einer Hand. Es ist nicht nachvollziehbar, dass dies ein verbindliches Kriterium sein sollte, nur die Trennung zum Mietvertrag ist möglich. Die Trennung vom Mietvertrag sollte aber verbindlich und intensiver geprüft werden: wie stehen die Verantwortlichen zueinander? Handelt es sich z.B. um ein Verwandtschaftsverhältnis oder um einen Pflegedienst? Und ist der Vermieter die gleiche Person? (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Die Trennung von Mietvertrag sowie Pflege- und Betreuungsvertrag kann ohne Probleme einer verpflichtenden Prüfung unterzogen werden, da die Verträge ohne großen Aufwand entsprechend vorgelegt werden können. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet). <p>Externe Qualitätsprüfung:</p>	

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_15:	6		3	3	3	3	4	1	<ul style="list-style-type: none"> Die Trennung von Mietvertrag sowie Pflege- und Betreuungsvertrag ist ein zentraler Indikator, der extern geprüft werden sollte. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Eine Prüfung der Verträge ist unproblematisch durchführbar. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) <p>Umsetzung/Erhebung: Es ist unklar, wie die Informationen erhoben werden sollen.</p> <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> In Folge der Komplexität der Aufnahmekriterien über den Sozialhilfeträger für die Sozialwohnungen im Rahmen des Projekts ist es nicht sinnvoll bzw. umsetzbar, dass die Bewohner/-innen bei der Auswahl der Mitbewohner/-innen mitentscheiden. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Dies ist weder sinnvoll, noch umsetzbar. Die Zimmer müssen belegt sein und aus wirtschaftlichen Gründen kann kein Mitbestimmungsrecht gewährleistet werden. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Eine Mitbestimmung über die Mitbewohner/-innen ist nicht mit dem Zweck des Trägers (Stiftung) vereinbar und bei geschlossenen Wohneinheiten auch nicht sinnvoll. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Je nach Wohnform kann nicht über die Mitbewohner/-innen mitbestimmt werden. Je nach finanzieller Situation des Leistungsträgers sind dem Kriterium gegebenenfalls enge Grenzen gesetzt. Welche Konsequenzen würden dann für diese Wohnformen entstehen, wenn dies

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										ein vorgeschriebenes Qualitätskriterium wäre? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	1_16:	5 (2)		4 (1)	1 (1)	4	1 (2)	2 (1)	3 (1)	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was ist mit „Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens“ gemeint und wer legt das fest? <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Frage ist zu individuell gestellt und hängt zu sehr von der Diagnose und der Tagesverfassung des Befragten ab. Kann die Validität dadurch gewährleistet werden? <p>Inhaltliche Einschätzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mehr als die Einrichtung des Zimmers kann nicht selbst bestimmt werden. Es ist unproblematisch, zu fragen, ob Nutzer/-innen damit zufrieden sind. Es ist wichtig, dass Nutzer/-innen ihren Raum selber einrichten können, da ansonsten die Atmosphäre eines Pflegeheims entsteht. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) <p>*siehe 1_4</p>
Förderung der Selbstbestimmung	1_17:	6 (2)		6 (1)	(1)	6 (2)		4 (2)	1	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Statt dem Begriff „manifestiert“ sollte in der Frage ggf. besser der Begriff „dokumentiert“ verwendet werden. <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine externe Prüfung der konzeptionellen Verankerung bietet keinen Mehrwert. Wichtiger ist indes die Umsetzung. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Es ist wichtig, die konzeptionelle Verankerung zu prüfen, insbesondere zur Information des Personals. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_18:	6		6		6		4		<ul style="list-style-type: none"> Für den MDK sollte in erster Linie das Ergebnis bei den Nutzer/-innen erfüllt sein. Konzeptionelle Vorgaben sind für die externe Prüfung durch den MDK nicht relevant. Zur konzeptionellen Verankerung kann jedoch beraten werden. (Prüfinstanz) Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Welche Unterstützungsleistungen sind in der Frage gemeint? Unterstützungsleistungen werden häufig auch gemeinsam mit den Angehörigen geplant. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll die Umsetzung der Frage erhoben werden?
	1_19:	5	1	6		5	1	3	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Begrifflichkeit „Sicherheitsaspekt“ legt freiheitseinschränkende Maßnahmen nahe, worauf die Frage jedoch nicht hinaus möchte. Es sollte noch klarer gemacht werden, was mit dieser Begrifflichkeit gemeint ist bzw. eine alternative Begrifflichkeit gewählt werden. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll die Umsetzung der Frage erhoben werden? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Es sollte ein weiterer Indikator bzw. eine weitere Frage ergänzt werden und zwar, ob freiheitseinschränkende Maßnahmen durchgeführt werden bzw. wie mit ihnen umgegangen wird. (Beratung mit WG-Fokus)
	1_20:	2 (2)	4	6 (2)		3 (1)	3 (1)	4 (2)	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, worüber informiert werden soll. Häufig sind auch die behandelten Fragen zu komplex. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Es ist nicht eindeutig, auf was sich die Frage bezieht. In ihrer bisherigen Form ist sie zu offen gestellt. Ggf. könnte aus 1.20 und 1.21 auch eine Frage gemacht werden. Was ist mit dem Begriff „umfassend“ gemeint? <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wer wird hier befragt? Sind das nur die Nutzer/-innen des Kernangebots in der ambulanten WG oder die Bewohner/-innen des gesamten Quartiers (Quartierskonzept)? Daher schwierig zu beantworten. Auf welcher Basis soll die Frage beantwortet werden? Möglich wäre beispielsweise die schriftliche Information der Nutzer/-innen, die diese auch gegenzeichnen müssten, wobei sich hier wiederum der Nachteil des bürokratischen Aufwands ergibt. Diese Fragen sind durchaus gut, können aber nicht über einen Fragenkatalog (der aktuell vorliegt) erfasst werden, sondern eher in einem qualitativen Gespräch ermittelt werden. Dies betrifft den ganzen Block „Förderung der Selbstbestimmung“. Was ist bei dieser Frage der Bewertungsmaßstab? <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Inkenntnissetzung der Nutzer/-innen ist zentral und sollte extern geprüft werden. Es fehlt aber eine klare Operationalisierung. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Das Qualitätskriterium kann extern geprüft werden. Allerdings nur, wenn der MDK vor Ort ist und die Nutzer/-innen befragt. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_21:	5 (2)	1	5 (2)	1	3	1 (2)	2 (1)	2 (1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Frage kann nur beantwortet werden, wenn die Rechte und Verantwortlichkeiten der Nutzer/-innen an irgendeiner Stelle festgehalten sind. Worauf bezieht sich die Frage? So ist sie zu allgemein gehalten. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie sollen die Informationenerhoben werden? Die Frage ist schwierig zu evaluieren. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Dieser Qualitätsindikator wäre in einer (eingeschränkt) selbstverantworteten Wohnform fehl am Platz. Man kann solche Dinge nicht fragen bzw. voraussetzen. Der Pflegedienst trägt möglicherweise einen Teil der Verantwortung, ist aber sonst Gast in der Wohnform. (Prüfinstanz) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Es fehlt eine klare Operationalisierung, um zu entscheiden, ob dies extern geprüft werden sollte. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Das Kriterium kann extern geprüft werden. Allerdings nur, wenn der MDK vor Ort ist und die NutzerInnen befragt. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Was wäre bei dieser Frage der Prüfmaßstab? (Prüfinstanz)
	1_22:	4 (2)	1	4 (2)	1	3 (1)	2 (1)	2 (2)	3	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Warum wird bei der Formulierung nicht genauer gefragt: „Schlafen die Nutzer/-innen, solange sie möchten? Essen die Nutzer/-innen, wann sie möchten?“ Inhaltliche Einschätzung:

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> • Eine Frage nach der Zufriedenheit mit der Förderung der Selbstbestimmung ist zusätzlich zu 1_11 und 1_16 (Zufriedenheit mit Selbstbestimmungsmöglichkeiten) nicht relevant. Es ist nicht zu erwarten, dass die Antworten hier unterschiedlich ausfallen würden. Unklar ist zudem, was genau mit Förderung gemeint ist. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) • Das Qualitätskriterium kann extern geprüft werden. Allerdings nur, wenn der MDK vor Ort ist und die Nutzer/-innen befragt. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) *siehe 1_4
Unterstützung der NutzerInnen zur Bildung autonomer Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung	1_23:	6 (2)		6 (2)		6 (2)		5 (2)		Inhaltliche Anmerkungen: <ul style="list-style-type: none"> • Das Bestehen eines Bewohnergremiums ist ein wichtiger Indikator, eine Umsetzung ist jedoch nicht immer möglich. Vielmehr sollte das Angebot ein Bewohnergremium gründen zu können, gegeben sein. Möglicherweise sollte dann auch die Frage entsprechend formuliert werden. Dies betrifft jedoch eher trägerverantwortete Angebote, denn man kann z.B. Angehörigen nicht vorschreiben, ein Bewohnergremium einzurichten. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) • Teilweise macht ein Bewohnergremium aufgrund der Struktur keinen Sinn. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) • Die Frage sollte weniger auf das Formelle abstellen. Individuelle oder gemeinschaftliche Mitwirkung ist das Wesentliche der neuen Wohnformen und das Bewohnergremium nur ein Beispiel. (Prüfinstanz)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_24:	4 (2)	2	5 (1)	(1)	3 (2)	2	3 (2)	1	<ul style="list-style-type: none"> Gerade auch in selbstverantworteten Wohnformen kann dies eine entscheidende Rolle spielen. Zum Beispiel, wenn Bewohner selbst durch eine demenzielle Erkrankung nicht in der Lage sind, selbstverantwortet leben zu können, aber die Angehörigen stark aufgestellt sind, dann müssen diese Verantwortung übernehmen, wenn sie nicht möchten, dass eine Ordnungsbehörde die Prüfung übernimmt. Die Mitwirkung (sowohl individuell als auch gemeinschaftlich) sollte durchaus zumindest Teil einer internen Qualitätsberichtserstattung sein. (Prüfinstanz) <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Als problematisch wird eingeschätzt, wenn die Nichterfüllung des Indikators negative Konsequenzen hätte. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet; Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Es gibt auch Protokolle, die geprüft werden könnten. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Die Wohn-Pflege-Aufsicht prüft bereits, ob es ein Bewohnergremium gibt. (Prüfinstanz) <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wer definiert die Rollen und wo werden diese festgehalten? <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Für den MDK sollte in erster Linie das Ergebnis bei den Nutzer/-innen erfüllt sein. Konzeptionelle Vorgaben sind für die externe Prüfung durch den MDK nicht relevant. Zur konzeptionellen Verankerung kann jedoch beraten werden. (Prüfinstanz)

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung (28 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	1_25:	6 (2)		5 (2)	1	5 (2)		4 (2)	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Unterstützung von Nutzer/-innen bei der Bildung von Bewohnergremien passt nicht zu selbstverantworteten Angeboten. Bei eigenverantwortlicher Gründung eines Angebotes wird niemand benötigt, der den Gründer in seiner Eigenverantwortlichkeit unterstützt. Die Frage betrifft eher trägerrelevante Angebote. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	1_26:	5 (2)		3 (2)	1	3 (2)	2	2 (2)	3	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Unterstützung der Nutzer/-innen bei der Selbstbestimmung passt nicht zu selbstverantworteten Angeboten. Bei eigenverantwortlicher Gründung eines Angebotes wird niemand benötigt, der den Gründer in seiner Eigenverantwortlichkeit unterstützt. Die Frage betrifft eher trägerrelevante Angebote. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) *siehe 1_4
Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen	1_27:	4	2	6		6		4	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Begrifflichkeit „Wohlbestimmung“ wurde nicht verstanden.
	1_28:	4	2	5	1	5	1	4	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Begrifflichkeit „Wohlbestimmung“ wurde nicht verstanden. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll das Kriterium erhoben werden? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist fraglich, ob dieses Qualitätskriterium überhaupt von Bedeutung ist bzw. dass Werte und Normen der Nutzer/-innen überhaupt bekannt sind. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen	2_1:	6 (2)		5 (1)	1 (1)	5 (1)	1 (1)	4 (2)	1	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Befragung und Biografiearbeit sind unterschiedliche Quellen. Möglicherweise wäre es besser, den Qualitätsindikator auf zwei Fragen aufzuteilen. <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Daten liegen nur vor, wenn nutzernahe Leistungen wie Pflege, Betreuung oder therapeutische Leistungen abgerufen werden. Nur mit einer Befragung kann dieser Indikator ggf. nicht geprüft werden. Für eine Prüfung sollte in die Betreuungsunterlagen / Pflegedokumentationen geschaut werden, v. a. bei dementiell erkrankten Nutzer/-innen. (Prüfinstanz) <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Möglicherweise besteht eine Doppelung mit Qualitätskriterium „Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung“ (1_5 – 1_10). (Wohnformtyp 2, selbstverantwortet) Eine schriftliche Befragung der Nutzer/-innen sollte kein Qualitätskriterium sein. Es gibt Gespräche mit den Nutzer/-innen beim Einzug, in denen die Biografie, Bedürfnisse und Gewohnheiten erfragt werden. Es besteht kein Mehrwert in regelmäßigen Befragungen. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> In der aktuellen Formulierung ist die Frage nicht als verbindliches Kriterium geeignet. Es geht hier um Werte und Haltungen. Die formulierte

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Frage hat den Ansatz von Regelwahn, wenn hier beispielsweise mit Dokumentationen belegt werden müsste, dass dieser Indikator durchgeführt wird. Es sollte keine schriftliche Erfassung bzw. Dokumentation über Bedürfnisse, Wünsche, Hintergründe etc. der Bewohner geben müssen. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) <ul style="list-style-type: none"> Bei einer verpflichtenden Überprüfung wäre ein Erläuterungsfeld sinnvoll, um die Einschätzung besser beurteilen zu können.
	2_2:	6		5		6		5		Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Eine ständige Teilnahme von Personen der Leistungserbringer an Sitzungen des Bewohnergremiums ist nur begrenzt sinnvoll (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	2_3:	6		6		5	1	5		Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie die Daten für die Frage erhoben werden sollen.
	2_4:	4 (1)	(1)	3 (2)	1	4 (1)	(1)	3 (1)	1 (1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es besteht möglicherweise eine Doppelung mit dem Qualitätskriterium „Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung“ (1_11). (Wohnformtyp 2, selbstverantwortet) Was ist unter dem Begriff „Eindruck“ in der Frage genau zu verstehen? (Prüfinstanz) *siehe 1_4
Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und	2_5:	6		6		6		4	1	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie die Daten für diese Frage erhoben werden sollen.
	2_6:	5 (1)	1	5 (1)		4	1 (1)	4 (1)	1	Formulierung/Aufbau:

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung										<ul style="list-style-type: none"> Die Formulierung der Frage ist umständlich, insbesondere die Begrifflichkeit „vereinbarte Leistungen“ ist im Kontext des Rests der Frage nicht verständlich. Die Nutzerorientierung gelingt nicht bei allen aufgeführten Tätigkeiten. Der Fokus sollte auf vertraglich vereinbarten Leistungen liegen, nicht auf individuellen Hilfsansprüchen. Es liegt eine Doppelung mit Frage 2_10 vor. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie die Daten für diese Frage erhoben werden sollen.
	2_7:	6		4	2	2	3	2	3	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie die Daten für diese Frage erhoben werden sollen. Der Praktikabilität in Gemeinschaftseinrichtung sind Grenzen gesetzt (Personalkapazität, Personalqualifikation 24h/365d). Es ist nicht klar, wie das abgebildet werden soll. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll der Indikator in der Realität abgebildet werden? (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Der Indikator ist schwierig zu evaluieren, da es häufig ein schmaler Grat ist zwischen Nutzerwünschen und Mitarbeiter- bzw. Tourenplanungsmöglichkeiten. Es existieren zu viele Einzelfälle. Daher lässt sich der Indikator nur schwierig evaluieren. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	2_8:	6 (2)		6 (2)		5 (1)	1 (1)	4 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Da viele unterschiedliche Bereiche betroffen sind, ist dadurch die Wahrscheinlichkeit von Abweichungen erhöht. Es besteht keine klare Abgrenzung für eine eventuelle Prüfung. (Prüfinstanz)

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Wahrung der Privatsphäre wird bereits von der Heimaufsicht geprüft und ist ein wichtiger Qualitätsindikator. (Prüfinstanz) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Die Wahrung der Privatsphäre ist ein zentraler Indikator, der extern geprüft werden sollte. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet; Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Die Wahrung der Privatsphäre ist ein sinnvoller Indikator, aber eine Prüfmethode ist hier auch nicht beschrieben. Indikator könnte mit einer Mischung aus Beobachtung und Befragung geprüft werden. (Prüfinstanz)
	2_9:	4 (2)		4 (2)		4 (1)	(1)	2 (2)	2	*siehe 1_4
Überprüfung berücksichtigter Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen	2_10:	5 (1)	1 (1)	5 (1)	(1)	5 (1)	(1)	3 (1)	1 (1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Begrifflichkeit „vereinbarte Leistungen“ ist nicht verständlich. Von welcher Regelmäßigkeit wird in der Frage ausgegangen? Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie die Frage geprüft werden soll.
	2_11:	6		5	1	5	1	4	1	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Der Praktikabilität in Gemeinschaftseinrichtung sind Grenzen gesetzt (Personalkapazität, Personalqualifikation 24h/365d). Es ist unklar, wie das abgebildet werden soll. Inhaltliche Einschätzung:

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Es liegt eine Doppelung mit Frage 2_7 vor. (Wohnformtyp 2, selbstverantwortet)
	2_12:	5 (2)		5 (2)		4 (2)	1	3 (1)	2 (1)	<p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es liegt eine Doppelung mit den Fragen 2_1 und 2_4 vor. (Wohnformtyp 2, selbstverantwortet) Eine schriftliche Befragung der Nutzer/-innen sollte kein Qualitätskriterium sein. Es gibt Gespräche mit den Nutzer/-innen beim Einzug, in denen die Biografie, Bedürfnisse und Gewohnheiten erfragt werden. Es besteht kein Mehrwert in regelmäßigen Befragungen. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) <p>Externe Qualitätsprüfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, was hier geprüft werden soll. Soll geprüft werden, ob eine Befragung durchgeführt wurde, was die Ergebnisse waren oder wie mit den Ergebnissen umgegangen wurde? (Prüfinstanz) <p>*siehe 1_4</p>
Beschwerdemanagement	2_13:	6 (2)		6 (2)		6 (2)		5 (2)		<p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist nur bei Trägerverantwortung sinnvoll. Die Mündigkeit der Kunden ist eine andere. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Der Indikator ist bereits Teil der MDK-Prüfung. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Häufig wird bei einer Prüfung des Beschwerdemanagements die Realität nicht abgebildet. Nur weil fünf Protokolle ausgefüllt werden, bedeutet das nicht, dass es ein gutes Beschwerdemanagement gibt. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> In selbstverantworteten Wohnformen kann dies nicht verbindlich sein, sondern nur Teil einer internen Qualitätssicherung. (Prüfinstanz) Das Vorhandensein eines Beschwerdemanagements und der gute Umgang mit Beschwerden ist wichtig und sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet und Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Der Indikator ist ungenau operationalisiert. Wie sollte ein Konzept aussehen, damit eine Prüfinstitution schlussfolgern kann, dass das Konzept erfüllt ist? Sinnvoll erscheint zudem, anhand von bearbeiteten Beschwerden zu überprüfen, wie das Wohnangebot mit Beschwerden umgegangen ist. (Prüfinstanz)
	2_14:	6		5	1	6		5		Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Nur bei Trägerverantwortung sollte es einen benannten Ansprechpartner für Beschwerden geben. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	2_15:	6		4	2	5	1	3	2	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll der Indikator erhoben werden? Wie kann der Indikator gemessen werden? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Nur bei Trägerverantwortung hat der Indikator einen Zweck. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Welcher Leistungsträger würde hier wohl „nein“ angeben? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 2: Nutzerorientierung (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	2_16:	6 (2)		5 (2)	1	6 (2)		4 (2)	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Nur bei Trägerverantwortung hat der Indikator einen Zweck. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	2_17:	4 (2)	1	4 (2)	1	4 (2)		2 (2)	1	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Die Frage sollte in die Kundenbefragung aufgenommen werden, ansonsten ist sie sehr schwer abbildbar. Welcher Leistungsträger würde ein „nein“ bei der internen Qualitätsprüfung zulassen? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator hat nur bei Trägerverantwortung einen Zweck. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Die Frage lässt sich vermutlich nur im Einzelfall zu evaluieren. Wie geht man mit irrelevanten/realitätsfernen Beschwerden um? Wie wird das methodisch erhoben? Sollte hier ein Mittelwert über alle Bewohner gebildet oder eine Stichprobe gebildet werden? (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Unklar ist, wie das genau gemessen werden soll. Es gibt jährliche Treffen, um den Ablauf zu überdenken, eventuelle Änderungen vorzunehmen und den Bedürfnissen der Nutzer/-innen anzupassen. Angehörige sind auch eingeladen. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	2_18:	6 (2)		5 (2)	1	5 (2)	1	3 (2)	2	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Nur bei Trägerverantwortung hat der Indikator. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Rund-Um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit	3_1:	6 (2)		6 (2)		6 (2)		5 (2)		Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist wichtig und sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Es ist unklar, wer den Bedarf festlegt. (Prüfinstanz)
	3_2:	6 (2)		6 (2)		6 (2)		5 (2)		Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist wichtig und sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_3:	6		6		6		5		Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie die Frage erhoben werden soll.
	3_4:	6 (2)		6 (2)		6 (2)		4 (2)	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Eine alternative Formulierung wäre besser: Sind den Nutzer/-innen die Grenzen der Versorgungsmöglichkeit bekannt? (als Ergebnis) (Wohnformtyp 2, selbstverantwortet) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist sehr wichtig und sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Die Grenzen der Versorgungsmöglichkeiten sind vertraglich festgehalten und können nachgeprüft werden. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	3_5:	5		5	1	6		5		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Die Frage ist redundant zu den Fragen 3_1 – 3_4. Der Indikator ist für die Wohngruppe kein Qualitätsmerkmal. Wenn es zutrifft, ist die Wohnform falsch gewählt. Es gibt nur eine Rund-um-die-

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Uhr-Begleitung durch Alltagsbegleiter, nicht aber von Fachkräften. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	3_6:	6		5		5	1	5		
	3_7:	4 (2)	1	5 (2)		5 (2)		4 (2)	1	*siehe 1_4
Patientensicherheit/ Krisensicherung	3_8:	4 (1)	2 (1)	4 (2)	1	5 (2)		4 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es müsste konkretisiert werden, was Notfallversorgung genau heißt. Muss das für den medizinischen, den pflegerischen und den hauswirtschaftlichen Kontext gewährleistet sein, dass es als Notfallversorgung gelten kann? Was ist mit der Sicherung der Notfallversorgung gemeint? Ein Notrufknopf? Eine 24-Stunden-Notrufbereitschaft? Ein wichtiger Indikator, der aber unzureichend operationalisiert ist. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Im Status quo entscheidet der Bewohner selbst über die in der Wohnung installierte Notfallversorgung. Beratung ist grundsätzlich gegeben. Aber wie wird methodisch damit umgegangen, wenn der Bewohner keine Notfallversorgung wünscht? (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Siehe Betreuungsvertrag für konkrete Operationalisierungen. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Externe Qualitätsprüfung:

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist wichtig und sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_9:	6		5	1	6		5		Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist nicht realistisch, dass alle Mitarbeiter einen Erste-Hilfe-Kurs gemacht haben. Vielmehr wird der Notruf gewählt. (Wohnform 3, selbstverantwortet)
	3_10:	5	1	5	1	6		5		
	3_11:	5	1	6		6		5		Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Was ist mit der Frage gemeint? Ein Notfallplan? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_12:	6 (1)	(1)	5 (1)	1 (1)	6	(2)	5 (1)	(1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Wie ist ein Notfall in der Frage definiert? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Das ist kein sinnvoller Punkt. Vielmehr ist es gefährlich noch einen Akteur zwischen den Notdienst zu schalten. Im Angebot ist kein Notarztteam und auch telefonisch zu kontaktierende Leute sind möglicherweise nicht zu erreichen – hier kann wichtige Zeit verloren gehen. Gerade Menschen mit Demenz können sich möglicherweise den Ansprechpartner nicht merken. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist wichtig und sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	3_13:	3 (1)	1 (1)	3 (1)	1	4 (1)		3 (1)	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Was ist mit „Krisensicherung“ gemeint? Eine Sicherung der Notfallversorgung? Ist eine Krise der Notfall? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) *siehe 1_4
Personelle Kontinuität	3_14:	5	1	4	2	5	1	4	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist ein zu starker Eingriff in die unternehmerische Gestaltung. Zumal hier keine personelle Kontinuität gegeben sein kann, wenn nicht das entsprechende Personal vorhanden ist. Dies betrifft alle Punkte zur personellen Kontinuität, dies ist keine berechnete Forderung. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Es fehlen geschätzt 50.000 Pflegekräfte und zudem Betreuungskräfte. Wie soll dieses Kriterium umgesetzt werden? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_15:	5 (1)	1 (1)	4 (2)	1	4 (1)	(1)	4 (1)	(1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Eine Definition von „Bezugspflege“ fehlt. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Diesen Indikator erhebt der MDK bereits. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Die Frage passt eher zum stationären Bereich. (Beratung mit WG-Fokus) Was ist hier mit Bezugspflege gemeint? Das kann man unterschiedlich definieren. Im Rahmen der MDK-Prüfung wird geprüft, ob ein Ansprechpartner da ist, der für die Betreuungsakte zuständig ist und an welchen Wünsche und Bedürfnisse geäußert werden können. In dem

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Fall muss die Bezugspflege nicht nur bei Bedarf, sondern immer organisiert sein. (Prüfinstanz) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Dieser Indikator könnte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_16:	2 (2)	4	3 (2)	2	4 (2)		5 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Stecken in diesem Indikator nicht eher zwei Fragen? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Diesen Indikator erhebt der MDK bereits. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Bei dieser Frage war dem Träger unklar, auf welche Form der Überleitung hier abgezielt wird. Nach Erläuterung schätzt dieser das Überleitungsmanagement ins Krankenhaus schwierig ein (da unerwartet) und in die stationäre Pflege einfacher (dieser Fall tritt aber weniger häufig auf). (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) Die Frage wurde nicht verstanden, da die Bewohner-/innen aus Wohnpflege-Gemeinschaften, wenn dann vor allem ins Krankenhaus übergeleitet werden. (Beratung mit WG-Fokus) Es wäre sinnvoller, nur nach dem Überleitungsprozess zu fragen (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist sehr wichtig, dass die Schnittstellen funktionieren. Dieser Indikator sollte extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_17:	4 (1)	(1)	3 (1)	1 (1)	3 (1)		2 (1)	2	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Der Sinn der Frage wird nicht ganz klar.

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	3_18:	4 (2)	1	2	2 (2)	4 (1)	(1)	3	1 (2)	<ul style="list-style-type: none"> Den Trägern ist der Adressat des Indikators unklar. <p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was bedeutet „Anzahl“ in der Frage? (Beratung mit WG-Fokus) Dem Träger ist der Adressat des Indikators unklar. <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Anzahl des Personals stellt keinen sinnvollen Indikator dar. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Sinnvoller ist, ob es ausreichend Personal gibt (Personalschlüssel) und ob das Personal zufrieden ist mit der Anzahl des Personals. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet) <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie soll der Indikator erhoben werden? <p>Externe Qualitätsprüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> Den Personalschlüssel zu überprüfen, ist für Prüfinstitutionen sicherlich relevant, nicht aber die Zufriedenheit der Nutzer-/innen mit der Anzahl des Personals. (Prüfinstanz; Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	3_19:	3 (2)	2	2	2 (2)	3 (1)	1 (1)	2	2 (2)	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was bedeutet in der Frage „Fluktuation“? (Beratung mit WG-Fokus) Hier ist Dem Träger ist der Adressat des Indikators unklar. <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es herrscht Pflegenotstand! Es liegt nicht in der Hand der Angebote eine zufriedenstellende personelle Kontinuität zu gewährleisten. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) <p>Externe Qualitätsprüfung</p>

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	3_20:	3 (1)	3 (1)	4 (1)	(1)	3 (1)	(1)	2 (2)	1	<ul style="list-style-type: none"> Fluktuation zu überprüfen ist für Prüfinstitutionen relevant, nicht aber die Zufriedenheit der Nutzer/-innen mit der Fluktuation. (Prüfinstanz) Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was bedeutet in der Frage „Abstimmung des Personals“? Der Adressat des Indikators ist unklar.
Abstimmung von Leistungen	3_21:	3	2	4		4		3		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was ist in der Frage mit „Behandlungsplan“ gemeint? Es bestehen Verständnisprobleme zwischen Pflege- und Behandlungsplan. Der ganze Block ist unklar, aber der erste Indikator ist konkret und vermutlich ausreichend.
	3_22:	4	2	3	1	2	2	3	1	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist schwierig zu evaluieren. Wie soll ein Träger z.B. die Abstimmung zwischen Arzt und Physiotherapeut kontrollieren? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist nicht sinnvoll, weil man sich natürlich im Arbeitsalltag abstimmen muss. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Der Qualitätsindikator liegt nicht ausreichend im Einflussbereich des Leistungsträgers. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet)
	3_23:	2	4 (2)	3 (1)		3	(1)	3	(1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Welche „Leistungsträger“ sind gemeint? Leistungsträger oder Leistungserbringer? Über welche „Inhalte“ sollen sich die Leistungserbringer abstimmen?

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität (24 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Statt „konsistent“ sollte besser ein anderes Wort, wie z.B. „beständig“ oder „stabil“ verwendet werden.
	3_24:	2 (1)	2	2 (1)		2 (1)		2	(1)	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Welche „Leistungsträger“ und welche „Abstimmung“ sind in der Frage gemeint? <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie soll die Antwort bei mehreren Leistungserbringern bewertet werden? (Prüfinstanz) <p>*siehe 1_4</p>

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Verantwortlichkeiten klären	4_1:	6 (2)		6 (1)	(1)	4 (2)	1	4 (2)	1	<p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator setzt voraus, dass die Rollen an irgendeiner Stelle festgehalten sind. <p>Inhaltliche Einschätzung:</p>

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Die Klärung liegt in der Verantwortung der Mieter. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Die Punkte 4_1 bis 4_6 passen nur zu trägerverantworteten Wohnangeboten. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Alle Indikatoren in diesem Block könnten extern geprüft werden. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Alle Indikatoren in diesem Block könnten extern geprüft werden, mit Ausnahme von 4_4. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	4_2:	6 (2)		6 (2)		5 (2)	1	4 (2)	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Regelung liegt in der Verantwortung der Mieter. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	4_3:	6 (2)		4 (1)	1 (1)	5 (2)	1	4 (1)	1 (1)	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist nicht sinnvoll und nicht praktikabel. Der Indikator ist unzureichend operationalisiert. Was heißt in der Frage „Überblick“? (Prüfinstanz)
	4_4:	5 (2)	1	5 (1)	1 (1)	5 (2)		5 (1)	1 (1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was heißt in diesem Kontext „unterstützt“? Wer (z. B. externer Akteur) unterstützt hier wen? Eine Präzisierung wäre hier notwendig. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist schwierig diesen Indikator als Qualitätsmerkmal zu begreifen, da viele Nutzer/-innen eben nicht gerne Verantwortung oder Selbstorganisation übernehmen. Und das steht eben auch im Widerspruch damit, deren Bedürfnisse zu beachten. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	4_5:	6 (2)		6	(2)	5 (2)	1	4	1 (2)	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, welche Aussagekraft das hat. (Prüfinstanz) Bei selbstverantworteten Wohnformen könnte man nur eine Empfehlung aussprechen. (Prüfinstanz)
	4_6:	5 (2)		4 (2)	1	3 (2)	2	3 (2)	2	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist unklar, wie der Indikator erhoben werden soll. Die Beantwortung der Frage setzt die Durchführung einer Befragung voraus.
Zusammenarbeit vielfältiger Akteure sichern	4_7:	4 (2)	2	2 (1)	3 (1)	4 (1)	1 (1)	3 (1)	2 (1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Geht es bei der Frage um die Anzahl der Akteure oder darum, welche Akteure in der Wohnform tätig sind? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Es ist schwierig, die Frage für ein Quartiersprojekt zu beantworten, da kein Akteur hier einen vollständigen Überblick hat. Die Anzahl des Personals stellt keinen sinnvollen Indikator dar. Sinnvoll ist nur die Frage, ob die Akteure bekannt sind. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Der Indikator ist schwierig zu verifizieren. (Prüfinstanz)
	4_8:	4	2	5		4		3		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Welche Art der Kooperationen sind bei diesem Indikator gemeint? Der Sinn der Frage ist nicht klar. Und welche Konsequenzen hat das? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Warum ist der Indikator nicht auch relevant für die Prüfung? Die Kooperation wird vom Träger als sehr wichtig eingestuft. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Die Frage müsste ggf. weitergefasst werden: Gibt es einen Quartiersbezug? Wie eingebunden ist die Wohnform? Grundsätzlich müsste geklärt werden: Was heißt „Kooperation“ und in welchem Bezug steht Kooperation zur Koordination? (Beratung mit WG-Fokus)
	4_9:	2	3	1	1	2		1	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was heißt in diesem Fall Kooperation?
	4_10:	2 (2)	1	2 (2)		2 (1)	(1)	1 (2)	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich müsste geklärt werden: Was heißt „Kooperation“ und in welchem Bezug steht Kooperation zur Koordination? Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll der Indikator erhoben werden? *siehe 1_4
Zuverlässige Regelungen zur Kooperation schaffen	4_11:	1 (1)	4 (1)	(2)	2	1 (1)	(1)	2 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Zwischen wem findet die Kooperation statt? Die Frage ist völlig unklar gestellt. Die Frage bitte verständlicher formulieren. So war sie nur schwer zu beantworten. Grundsätzlich müsste geklärt werden: Was heißt „Kooperation“ und in welchem Bezug steht Kooperation zur Koordination? Die Frage ist redundant, da sie bereits in 4_8 impliziert wird. Eine alternative Formulierung, wie z.B. „Kooperationsvereinbarungen“ wäre besser geeignet. (Prüfinstanz) Eine Vereinbarung ist wahrscheinlich nur bei selbstverantworteten Wohnformen sinnvoll. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	4_12:	3	3	2	1	2	1	3		<ul style="list-style-type: none"> Ein integriertes Organisationskonzept ist überflüssig für eine selbstverantwortete Wohnform, weil es der Idee der Wohnform widerspricht. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	4_13:	4 (1)	1 (1)	3 (2)	1	2 (1)	2 (1)	3 (2)	2	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist zu komplex (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Frage muss differenziert werden: Welche Kooperationen liegen im Einflussbereich des Leistungsträgers? (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Eine alternative Formulierung wäre besser geeignet, wie z.B. „Gibt es regelmäßige Protokolle?“. (Prüfinstanz)
	4_14:	3 (2)	1	2 (2)	1	2 (2)	1 (1)	2 (2)	1	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich müsste geklärt werden: Was heißt „Kooperation“ und in welchem Bezug steht Kooperation zur Koordination? <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Beantwortung der Frage setzt die Durchführung einer Befragung voraus. <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ob der Mieter zufrieden ist, wie sich der Pflegedienst mit dem Frisör abspricht, ist nicht wichtig. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
Konfliktmanagement	4_15:	4 (2)	1	3 (2)	1	3 (2)	1	3 (2)	1	<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Auf wessen Verantwortung zielt der Indikator ab? Um die Konflikte zwischen welchen Akteuren handelt sich die Frage? Mit Verweis auf die Abfrage des Beschwerdemanagements sollte der Indikator hier gestrichen werden.

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Grundsätzlich ist der Fragenblock sehr allgemein formuliert. Man müsste die Fragen konkreter stellen. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Dieser Indikator wird individuell geregelt. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	4_16:	5	1	3	3	3	1	2	1	Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Bei diesem Qualitätsindikator handelt es sich um eine Überregulierung! (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Dies wird nicht als sinnvoll erachtet, da man Konflikte intern klären muss. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	4_17:	3	3 (2)	3 (1)	2	3	(2)	1 (1)	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was ist in der Frage mit „gefährlichen Handlungen“ gemeint? Es wäre besser, den Indikator auf unzureichende Versorgung zu fokussieren. Hier werden zwei Anforderungen in einem Indikator erfasst. Es ist unklar, was mit gefährlichen Handlungen gemeint ist. (Prüfinstanz) Externe Qualitätsprüfung: <ul style="list-style-type: none"> Vertraglich ist für diesen Fall ein außerordentliches Kündigungsrecht regelt. Eine Überprüfung erfolgt nicht. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	4_18:	4 (1)		3 (1)	1	3 (1)	1	2 (1)	1	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wie soll der Indikator erhoben werden? Die Beantwortung der Frage setzt die Durchführung einer Befragung voraus. (Beratung mit WG-Fokus) Externe Qualitätsprüfung:

Qualitätsmerkmal 4: Koordination (18 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Bei dementiell erkrankten Menschen ist die Zufriedenheit durch Befragungen schwer zu erheben. Angehörige werden bei Prüfungen nur selten vor Ort sein. (Prüfinstanz)

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	5_1:	6 (1)	(1)	6 (2)		6 (1)	(1)	4 (2)		<p>Formulierung/Aufbau:</p> <ul style="list-style-type: none"> Was ist in der Frage mit „ausführlich“ gemeint? <p>Umsetzung/Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wo soll das dokumentiert werden? Wie könnte so etwas aussehen? <p>Inhaltliche Einschätzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wollen und brauchen wir so eine Erstberatung? Der Qualitätsindikator ist sehr wichtig. Die anschließenden Fragen 5_2 bis 5_6 erübrigen sich dann. Dafür sollte es eine Checkliste für das Beratungsgespräch geben. Dieser Punkt sollte für alle ambulanten neuen Wohnformen verbindlich sein. In den eigenverantwortlich geführten

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										Wohnformen müsste das der Angehörigensprecher übernehmen. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	5_2:	4	2	2	2	3	1	3	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was heißt „regelmäßig“ in der Frage? Eine alternative Formulierung könnte „kontinuierlich“ lauten. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wer sollte so eine regelmäßige Beratung übernehmen? Dies bedeutet großen Aufwand. Der Indikator setzt voraus, dass diese Dinge auch festgehalten werden. Ein Nachteil ist der damit verbundene bürokratische Aufwand. Insbesondere da es sich um privates Wohnen handelt, sind hier auch Grenzen gesetzt. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Ist bereits eine erste Beratung (siehe 5_1) erfolgt, dann weiß der Nutzer, wo er sich befindet bzw. über die Konditionen Bescheid. Systematische regelmäßige Beratungen durchzuführen, ist wenig sinnvoll. Anlassbezogen werden wichtige Punkte im Weiteren geklärt. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	5_3:	3 (2)	3	3 (2)	1	3 (2)	1	3 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Zwischen wem findet der Informationsaustausch statt? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Fragen 5_2 bis 5_6 erübrigen sich durch Frage 5_1. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
	5_4:	5 (1)	(1)	3 (2)	1	3 (1)	(1)	2 (2)	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Der Begriff „fühlen“ in der Frage ist zu vage. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Fragen 5_2 bis 5_6 erübrigen sich durch Frage 5_1. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) *siehe 1_4
	5_5:	5 (1)	(1)	2 (2)	2	2 (1)	(1)	2 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es besteht eine Doppelung zu Frage 5.4 und erübrigt sich somit durch 5.1. Der Begriff „fühlen“ in der Frage ist zu vage. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Fragen 5_2 bis 5_6 erübrigen sich durch Frage 5_1. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) *siehe 1_4
	5_6:	5 (1)	(1)	2 (2)	2	2 (1)	(1)	2 (2)		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es besteht eine Doppelung zu Frage 5.4 und erübrigt sich somit durch 5.1. Der Begriff „fühlen“ in der Frage ist zu vage. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Die Fragen 5_2 bis 5_6 erübrigen sich durch Frage 5_1. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) *siehe 1_4

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
Transparenz über den Gesamtprozess der Wohnform	5_7:	4	2	3	1	4		3	1	Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wo soll das dokumentiert werden? Wollen wir das? Brauchen wir das? Wie könnte so etwas aussehen? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist nicht sinnvoll bei selbstverantworteten Angeboten. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	5_8:	2 (1)	3 (1)	1 (2)	2	2 (1)	(1)	2 (1)	(1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Auf wessen Verantwortung zielt der Indikator ab? Was heißt „ausreichend“ in der Frage? Was ist mit „Gesamtprozess“ gemeint? Es wäre besser, den Aspekt in den Indikator 5_1 zu integrieren und hier zu streichen. Umsetzung/Erhebung: <ul style="list-style-type: none"> Wo soll das dokumentiert werden? Wollen wir das? Brauchen wir das? Wie könnte so etwas aussehen? Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist bei selbstverantworteten Angeboten nicht sinnvoll, jedoch bei trägerverantworteten Wohnformen sehr wichtig. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	5_9:	3 (1)	1 (1)	1 (2)	2	2 (1)	(1)	2 (1)	1 (1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Es bestehen Überschneidungen zu Indikator 5_8. Hier sollte er besser gestrichen werden. Der Begriff „fühlen“ in der Frage ist zu vage. (Wohnformtyp 2, trägerverantwortet) Inhaltliche Einschätzung:

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)										
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Der Indikator ist nicht sinnvoll bei selbstverantworteten Angeboten, jedoch bei trägerverantworteten Wohnformen sehr wichtig. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) *siehe 1_4
Dokumentation	5_10:	6 (2)		5 (2)		5 (1)	(1)	3 (2)		Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Bei trägerverantworteten Wohnformen sehr wichtig. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Die Zieldefinition unterscheidet sich von den anderen aufgeführten Dokumenten. (Beratung mit WG-Fokus) Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Nur bei Trägerverantwortung sinnvoll! (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)
	5_11:	3	3	3	1	3		2		Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Um welche der vielzähligen Abläufe handelt es sich in der Frage? (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet) Um welche Abläufe geht es bei der Frage? Tagesabläufe oder Krisen- oder Notfallsituationen? (Beratung mit WG-Fokus) Zu viel Dokumentation wird als überflüssig erachtet. Abläufe werden nur sehr schmal dokumentiert (z. B. Erstellung des Speiseplans und des gemeinsamen Programms). (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet)
	5_12:	5	1	4	1	3	1	1	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Eine Konkretisierung der Frage ist nötig. Inhaltliche Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> Der Indikator würde zu einer Überregulierung führen. (Wohnformtyp 3, selbstverantwortet)

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz (14 Indikatoren)

Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Verständlich?		Sinnvoll?		Praktikabel?		Daten liegen vor? (Relevant für Beratung durch Prüfinstitution?)		Anmerkungen der befragten Akteure
		ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
										<ul style="list-style-type: none"> Als verpflichtender Indikator nicht sinnvoll, sondern eher für interne Berichterstattung zu Marketingzwecken sinnvoll. (Wohnformtyp 3, trägerverantwortet).
	5_13:	1	5 (2)	(2)	1	(1)	1 (1)	(2)	1	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Was ist in der Frage mit den „Gesamtprozessen“ gemeint?
	5_14:	1 (2)	2	1 (1)	(1)	1 (2)		1 (1)	(1)	Formulierung/Aufbau: <ul style="list-style-type: none"> Welche Abläufe sind in der Frage gemeint? Es ist wichtig, bei der Kommunikation von Informationen eine einfachere Sprache für die Bewohnerinnen und Bewohner zu verwenden. *siehe 1_4

Anhang 9: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung der Qualitätsmerkmale

Pflegebedürftigen Menschen steht ein breites Wohn- und Versorgungsspektrum zur Verfügung. Nicht immer ist dieses jedoch auf die Wohn- und Versorgungswünsche der Pflegebedürftigen passgenau abgestimmt. Sogenannte *Neue Wohnformen* versuchen, in einer Zwischenstellung zwischen Häuslichkeit und Heim sowohl eine selbstständige Lebensführung in der Häuslichkeit zu ermöglichen, gleichzeitig die individuelle Lebensweise zu erhalten und Teilhabe durch soziale Einbindung zu stärken.

Diese Übersicht fasst die Ergebnisse dazu zusammen, wie die bewertete neue Wohnform besondere Anforderungen an die Qualität neuer Wohnformen in fünf zentralen Qualitätsbereichen erfüllt. *(Anmerkung: Später Verweis dazu, an welcher Stelle ausführliche Informationen zu den Indikatoren zu erhalten sind)*

Wohngemeinschaft Mustertor

Beispielstrasse 12

3456 Beispielhausen

Telefonnummer: 0100 343 434 567

beispiel@beispiel.comde <http://www.beispiel.couk>

Qualitätsmerkmal	Maximal zu erfüllende Qualitätsindikatoren	Anzahl der vergebenen Bewertungen			
		Ja, erfüllt	Teilweise erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Nicht zutreffend
Versorgungskontinuität	25				
Nutzerorientierung	16				
Selbstbestimmung/Selbstverantwortung	23				
Koordination	16				
Transparenz	13				

Anhang 10: Leistungs- und ordnungsrechtliche Prüfung

Tabelle 34: Ordnungsrechtliche Einordnung neuer Wohnformen als stationäre Einrichtung

Bundesland	Zugrundeliegender Gesetzestext: Wann können in welchen Wohnformen Regelungen für stationäre Einrichtungen greifen?
Baden-Württemberg	<p>Gesetz für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege (Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz - WTPG): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für volljährige Menschen mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf - teilweise selbstverantwortet; sofern die Voraussetzungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften nicht vorliegen, finden Regelungen über stationäre Einrichtungen Anwendung.</p>
Bayern	<p>Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfeWoqG): Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Wenn Kriterien nach Art. 2 Abs. 3 nicht erfüllt werden, finden Bestimmungen für stationäre Einrichtungen Anwendung.</p>
Berlin	<p>Gesetz über Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen (Wohnteilhabegesetz - WTG): Betreute Wohngemeinschaften, mehr als 12 Mitglieder; Verträge über Wohnraumüberlassung und Pflege-/Betreuungsleistungen sind rechtlich oder tatsächlich voneinander abhängig; Zusammenleben und Alltagsgestaltung werden von Leistungserbringern bestimmt; Pflege-/Betreuungsdienste haben Büro-/Betriebs-/Geschäftsräume in der WG. WG ist organisatorisch Bestandteil einer stationären Einrichtung. (§ 4 Abs. 1)</p>
Bremen	<p>Gesetz zur Sicherstellung der Rechte von Menschen mit Unterstützungs-, Pflege- und Betreuungsbedarf in unterstützenden Wohnformen (Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz - BremWoBeG): Trägergesteuerte Wohnform. Eine trägergesteuerte Wohnform liegt nicht vor, wenn sie baulich, organisatorisch und wirtschaftlich Teil einer Pflege- oder Betreuungseinrichtung ist. In diesem Fall wird sie wie eine Pflege- und Betreuungseinrichtung behandelt.</p>
Hamburg	<p>Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen (Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz - HmbWBG): Wohngemeinschaften, Für WG mit mehr als zehn Personen gelten Anforderungen für Einrichtungen</p>
Nordrhein-Westfalen	<p>Wohn- und Teilhabegesetz (WTG): Anbieterverantwortete Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen: Für Wohngemeinschaften mit Wohnraum für mehr als zwölf Nutzerinnen und Nutzer gelten insgesamt die Regelungen für Einrichtungen mit umfassendem Leistungsangebot (§§ 18 bis 23) entsprechend. Das</p>

Bundesland	Zugrundeliegender Gesetzestext: Wann können in welchen Wohnformen Regelungen für stationäre Einrichtungen greifen?
Rheinland-Pfalz	<p>Gleiche gilt, wenn eine Leistungsanbieterin oder ein Leistungsanbieter in einem Gebäude Wohnraum für mehr als 24 Nutzerinnen und Nutzer in Wohngemeinschaften bereitstellt.</p> <p>Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG): Einrichtungen mit besonderer konzeptioneller Ausrichtung, betreute Wohngruppen für nicht mehr als zwölf pflegebedürftige volljährige Menschen oder nicht mehr als acht volljährige Menschen mit Behinderungen, die in der Verantwortung eines Trägers stehen und in denen die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbieterinnen und Anbietern von Pflege-, Teilhabe- und anderen Unterstützungsleistungen und Verpflegung gewährleistet ist, betreute Wohngruppen für nicht mehr als zwölf volljährige Menschen mit Intensivpflegebedarf oder schweren kognitiven Einschränkungen, die in der Verantwortung eines Trägers stehen und in denen die Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Anbieterinnen und Anbietern von Pflege-, Teilhabe- und anderen Unterstützungsleistungen und Verpflegung gewährleistet ist, Einrichtungen des betreuten Wohnens im Rahmen des hierfür jeweils geltenden öffentlich-rechtlichen Vertrags über die Förderung des Betreuten Wohnens behinderter Menschen, in denen mindestens drei volljährige Menschen mit Behinderungen in einer Wohngruppe leben, Wohneinrichtungen für ältere Menschen, in denen mit der Vermietung von abgeschlossenem Wohnraum zugleich Hauswirtschaftsleistungen oder Verpflegung erbracht werden und in denen bei Bedarf pflegerische Dienstleistungen frei wählbar von verschiedenen Anbieterinnen und Anbietern in Anspruch genommen werden können, [...] und den Nummern 1 bis 6 vergleichbare oder ähnliche sonstige Pflege-, Teilhabe- oder Unterstützungsformen, die den Zielen dieses Gesetzes entsprechen und die verstärkt die Selbstbestimmung und Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner ermöglichen und fördern. Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG): eben in einer der in Satz 1 Nr. 1 genannten Einrichtungsarten in einem Gebäude mehr als 24 pflegebedürftige volljährige Menschen oder volljährige Menschen mit Behinderungen oder in einer Wohngruppe mehr als zwölf pflegebedürftige volljährige Menschen oder mehr als acht volljährige Menschen mit Behinderungen oder in Satz 1 Nr. 2 und 3 genannten Einrichtungsarten mehr als 24 der dort genannten Personen in einem Gebäude oder mehr als zwölf in einer Wohngruppe oder ist in einer der in Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 genannten Einrichtungsarten oder einer diesen vergleichbaren oder ähnlichen sonstigen Einrichtung im Sinne des Satzes 1 Nr. 7 die dort vorausgesetzte Wahlfreiheit nicht gegeben, gilt sie als Einrichtung im Sinne des § 4. Die Wahlfreiheit wird nicht dadurch eingeschränkt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam eine zeitlich befristete Entscheidung über die Auswahl von Anbieterinnen und Anbietern treffen.</p>
Thüringen	<p>Thüringer Gesetz über betreute Wohnformen und Teilhabe (Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz - ThürWTG): nicht-selbstorganisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften, Auf ambulant betreute Wohngemeinschaften für mehr als zwölf pflege- oder betreuungsbedürftige Personen finden die Bestimmungen für stationäre Einrichtungen entsprechende Anwendung. Gleiches gilt, wenn alle von denselben Initiatoren in einem Gebäude oder in unmittelbarer räumlicher Nähe zueinander betriebenen Wohngemeinschaften insgesamt über mehr als 24 Plätze verfügen.</p>

Tabelle 35: Bezüge zu den Qualitätsmerkmalen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI – stationäre Pflegeeinrichtungen

	Bundesland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Thüringen
	Gesichtete Quelle	Rahmenvertrag für das Land Baden-Württemberg - 09.07.2002	Rahmenvertrag für das Land Bayern	Rahmenvertrag für das Land Berlin - 01.10.2011	Rahmenvertrag für das Land Bremen - 01.08.1997	Rahmenvertrag für die Freie und Hansestadt Hamburg - 01.01.2017	Rahmenvertrag für das Land Nordrhein-Westfalen - 01.10.1999	Rahmenvertrag für das Land Rheinland-Pfalz - 01.01.2007	Rahmenvertrag Thüringen - 21.10.1998
Qualitätsbereich	Qualitätsmerkmal	<i>Qualitätsanforderung</i>							
Wohnen/Umgebungsgestaltung	<i>Zugänge zu Außenanlagen</i>		§2 Unterkunft				§ 1 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege)	§ 2 Unterkunft und Verpflegung	
	Selbstständigkeit	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, § 3 Zusatzleistungen	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen			§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)	§ 1 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege)	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen
Versorgung	<i>Selbstständigkeit durch Sicherung der Alltagsbegleitung</i>	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, Hilfen bei der persönlichen Lebensführung § 3 Zusatzleistungen	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen § 6 Formen der Hilfe § 23 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personal	§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen § 4 Formen der Hilfe § 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 2 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 5 Formen der Hilfe § 22 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen) § 2 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Menschen entsprechend § 43b SGB XI § 5 Formen der Hilfe	§ 1 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege) § 5 Formen der Hilfe § 24 Personelle Ausstattung	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 4 Formen der Hilfe § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 4 Formen der Hilfe § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals
	<i>Selbstständigkeit durch Sicherung von Kranken-/Pflegemaßnahmen</i>	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen	§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behand-	§ 1 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung,	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen

Bundesland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Thüringen
<p><i>Selbstständigkeit durch Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung</i></p> <p>Versorgungssicherheit</p> <p><i>Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Assistenz-/Pflegedienste</i></p> <p><i>Personelle Kontinuität von Pflege- und Betreuungskräften</i></p> <p><i>Aufeinander abgestimmte Zusammensetzung der Pflege- und Betreuungskräfte, um eine verlässliche Pflege und Betreuung zu bieten</i></p> <p>Fachlichkeit</p>	<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen § 2 Unterkunft und Verpflegung § 3 Zusatzleistungen</p>	<p>§ 2 Unterkunft § 5 Zusatzleistungen</p> <p>§ 22 Personelle Ausstattung in der Pflege und Betreuung</p> <p>§ 13 Aufnahme-, Betreuungs- und Versorgungsverpflichtung</p> <p>§ 13 Aufnahme-, Betreuungs- und Versorgungsverpflichtung</p>	<p>§ 2 Unterkunft und Verpflegung § 3 Zusatzleistungen</p> <p>§ 12 Leistungsfähigkeit, Leistungserbringung</p> <p>§ 12 Leistungsfähigkeit, Leistungserbringung</p>	<p>§ 3 Unterkunft und Verpflegung § 4 Zusatzleistungen</p> <p>§ 13 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 13 Leistungsfähigkeit</p>	<p>lungspflege (allgemeine Pflegeleistungen) § 3 Unterkunft und Verpflegung § 4 Zusatzleistungen</p> <p>§ 11 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 11 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>Behandlungspflege)</p> <p>§ 3 Unterkunft und Verpflegung § 4 Zusatzleistungen</p> <p>§ 13 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 13 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 2 Unterkunft und Verpflegung § 3 Zusatzleistungen</p> <p>§ 12 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 12 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 2 Unterkunft und Verpflegung § 3 Zusatzleistungen</p> <p>§ 12 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 12 Leistungsfähigkeit</p> <p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 11 Qualitätsmaßstäbe § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>
	<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, § 10 Qualitätsmaßstäbe Die von dem Pflegeheim zu erbringenden Pflegeleistungen sind auf der Grundlage der Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die</p>	<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen § 11 Organisatorische Voraussetzungen § 12 Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherung § 23 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen § 10 Organisatorische Voraussetzungen § 11 Qualitätsmaßstäbe und Qualitätssicherung § 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 2 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 12 Qualitätsmaßstäbe § 22 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen) § 10 Qualitätsmaßstäbe § 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 1 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege) § 12 Qualitätssicherung § 24 Personelle Ausstattung</p>	<p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 11 Qualitätsmaßstäbe § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 11 Qualitätsmaßstäbe § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>

	Bundesland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Thüringen
		<p>Qualitätssicherung sowie der Entwicklung eines einrichtungs-internen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI und den in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI vereinbarte Leistungs- und Qualitätsmerkmale zu erbringen.</p> <p>§ 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p> <p>§ 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>		<p>§ 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>		<p>§ 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	<p>§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>	
	<p><i>Grundqualifikationen der Betreuungskräfte in Pflege und Hauswirtschaft</i></p> <p><i>Pflege-/Hauswirtschaftliche Fachkraft im Betreuungsteam</i></p>								
	<p><i>Pflege-/Hauswirtschaftliche Fachkraft im Betreuungsteam</i></p> <p><i>soziale und organisatorisch-koordinative Fähigkeiten</i></p>						<p>§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals</p>		
Teilhabe	<p>Soziale Einbindung</p> <p><i>Organisation des gemeinschaftlichen Zusammenlebens/Gewährleistung affektiver Bindungen</i></p>		<p>§ 2 Unterkunft</p>	<p>§ 2 Unterkunft und Verpflegung</p>	<p>§ 3 Unterkunft und Verpflegung</p>	<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)</p> <p>§ 2 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Menschen entsprechend § 43b</p>		<p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen</p> <p>§ 2 Unterkunft und Verpflegung</p>	<p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen</p> <p>§ 2 Unterkunft und Verpflegung</p>

	Bundesland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Thüringen
Sozialraumbezug/Wohnortnähe <i>Offenheit gegenüber dem Sozialraum und Netzwerkpflege im Außenbereich</i>						SGB XI § 3 Unterkunft und Verpflegung		§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen	
	Beteiligung <i>Einbeziehung der Bewohner im Sinne einer ressourcenorientierten Versorgung</i>	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen § 6 Formen der Hilfe		§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 5 Formen der Hilfe	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)	§ 5 Formen der Hilfe	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen
Beteiligung der Angehörigen bei haushaltsbezogenen Tätigkeiten, Verwaltungsaufgaben, Zimmereinrichtung, Pflege oder Betreuung, Alltagsgestaltung <i>Einbeziehung von Ehrenamtlichen zur sozialen Stabilisation der Bewohner oder bei Haushalts- und Betreuungsaktivitäten</i>					§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen				
	Koordination/Kooperation <i>Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure Abstimmung der verschiedenen internen und externen</i>		§ 27 Ehrenamtliche Unterstützung	§ 22 Beteiligung weiterer Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger			§ 35 Ehrenamtliche Unterstützung		§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen
Organisation				§ 12 Leistungsfähigkeit, Leistungserbringung § 12 Leistungsfähigkeit, Leistungserbringung	§ 13 Leistungsfähigkeit	§ 11 Leistungsfähigkeit	§ 13 Leistungsfähigkeit	§ 12 Leistungsfähigkeit § 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen	§ 12 Leistungsfähigkeit

	Bundesland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Thüringen	
	<p><i>Koordinationspartner bei trägerverantworteten WGs</i> <i>Beratung der Bewohner/Angehörigen/Ehrenamtlichen bei ihren Steuerungsaufgaben</i> <i>Begleitung der Bewohnerschaft bei der Ausübung ihrer Selbstbestimmungsrechte</i></p>		<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen</p> <p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen</p>			<p>§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)</p>		<p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen</p>		
	<p>Selbstverantwortung <i>Wahlfreiheit in Bezug auf die Dienstleister und Art und Weise der Erbringung der Dienstleistungen</i></p>				<p>§ 8 Wahl der Pflegeeinrichtung</p>	<p>§ 9 Wahl der Pflegeeinrichtung</p>	<p>§ 7 Bewilligung der Leistung und Wahl der Pflegeeinrichtung</p>	<p>§ 5 Formen der Hilfe § 9 Wahl der Pflegeeinrichtung</p>	<p>§ 8 Wahl der Pflegeeinrichtung</p>	<p>§ 8 Wahl der Pflegeeinrichtung</p>
Qualitätssicherung	<p>Transparenz <i>Dokumentation des Pflegeprozesses</i></p>	<p>§ 13 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 16 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen § 15 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 16 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 14 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 16 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 15 Dokumentation der Pflege</p>	<p>§ 15 Dokumentation der Pflege</p>	
	<p>Nutzerorientierung <i>Einbeziehung der Kompetenzen der Bewohner bei der Ausgestaltung des alltäglichen Lebens (Ressourcenorientierung)</i> <i>Biografiearbeit</i></p>			<p>§ 15 Dokumentation der Pflege</p>					<p>§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen</p>	
	<p>Prüfung</p>	<p>Verfahren und Prüfungsgrund-</p>	<p>Verfahrens- und Prüfgrundsätze</p>	<p>Verfahrens- und Prüfgrundsätze</p>	<p>Verfahrens- und Prüfungsgrund-</p>	<p>Verfahrens- und Prüfungsgrund-</p>	<p>Verfahrens- und Prüfungsgrund-</p>	<p>Verfahrens- und Prüfungsgrund-</p>	<p>Verfahrens- und Prüfungsgrund-</p>	<p>Verfahrens- und Prüfungsgrund-</p>

Bundesland	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Bremen	Hamburg	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Thüringen
	sätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	sätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten - nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	sätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten - nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	sätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten	sätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten - nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	sätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschl. der Verteilung der Prüfungskosten - nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI
<i>Anzeigepflicht der tätigen Fachdienste</i>	§ 9 Organisatorische Voraussetzungen	§ 11 Organisatorische Voraussetzungen	§ 10 Organisatorische Voraussetzungen	§ 11 Organisatorische Voraussetzungen	§ 9 Organisatorische Voraussetzungen § 10 Qualitätsmaßstäbe	§ 11 Organisatorische Voraussetzungen § 12 Qualitätssicherung	§ 10 Organisatorische Voraussetzungen	§ 10 Organisatorische Voraussetzungen
<i>Freiwillige Qualitätsselbstverpflichtung/ Qualitätsmanagement</i>								
<i>Verantwortung der Fachdienste für die Sicherstellung fachlicher Standards</i>	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen § 17 Personelle Mindestausstattung eines Pflegedienstes, Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen § 23 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Allgemeine Pflegeleistungen § 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 2 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 22 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen) § 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung, Behandlungspflege) § 24 Personelle Ausstattung	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen § 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals

Tabelle 36: Bezüge zu den Qualitätsmerkmalen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI - ambulante Pflegeeinrichtungen

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Gesichtete Quelle	Rahmenvertrag für das Land Baden-Württemberg - 09.07.2002	Rahmenvertrag für das Land Bayern	Rahmenvertrag für das Land Berlin - 01.10.2011	Rahmenvertrag für das Land Brandenburg - 01.05.1997	Rahmenvertrag für das Land Bremen - 01.08.1997	Rahmenvertrag für das Land Niedersachsen - 01.08.2009	Rahmenvertrag für das Land Nordrhein-Westfalen - 01.10.1999	Rahmenvertrag für das Land Rheinland-Pfalz - 01.01.2007	Rahmenvertrag in Saarland - 01.01.2011	Rahmenvertrag im Freistaat Sachsen - 01.06.2012	Rahmenvertrag in Sachsen-Anhalt - 01.08.2004	Rahmenvertrag für das Land Schleswig-Holstein - 01.07.1996	Rahmenvertrag Thüringen - 21.10.1998
Qualitätsbereich	Qualitätsmerkmal, Qualitätsanforderungen												
Versorgung	Selbstständigkeit												
	<i>Selbstständigkeit durch Sicherung der Alltagsbegleitung</i>	§1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, § 2 Formen der Hilfe	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen
<i>Selbstständigkeit durch Sicherung von Kranken-/Pflegemaßnahmen</i>	§1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 2 Inhalt der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
<i>Selbstständigkeit durch Sicherung der hauswirtschaftlichen Versorgung</i> Wahrung Hygienevorschriften	§1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 2 Inhalt der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen		§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen
Versorgungssicherheit													
Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Assistenz-/Pflegedienste Persönelle Kontinuität von Pflege- und Betreuungs-kräften Fachlichkeit	§ 9 Leistungsfähigkeit und Kooperation	§ 7 Sicherstellung der Leistungen	§ 9 Organisatorische Voraussetzungen				§ 10 Leistungsfähigkeit		§ 10 Leistungsfähigkeit	§ 10 Leistungsfähigkeit	§ 9 Leistungsfähigkeit	§ 9 Leistungsfähigkeit	§ 10 Leistungsfähigkeit
			§ 12 Personaleinsatz										

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
Grundqualifikationen der Betreuungskräfte in Pflege und Hauswirtschaft	§ 17 Personelle Mindestausstattung eines Pflegedienstes, Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals		§ 10 Personelle Voraussetzungen, Qualifikation des Personals	§ 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals		§ 19 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 21 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 19 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	§ 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	20 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals
Teilnahme	Soziale Einbindung												
	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen, § 2 Formen der Unterstützung		§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen	§ 2 Inhalt der ambulanten Pflege- und Betreuungsleistungen							
	Beteiligung												

Einbeziehung der Bewohner im Sinne einer ressourcenorientierten Versorgung § 1 Inhalt der ambulanten Pflegeleistungen, § 2 Formen der Unterstützung

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
<i>Einbeziehung von Ehrenamtlichen zur sozialen Stabilisation der Bewohner oder bei Haushalts- und Betreuungstätigkeiten</i>						§ 34 Beteiligung von weiteren Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger							

Selbstverantwortung

Organisation	<i>Wahlfreiheit in Bezug auf die Dienstleister und Art und Weise der Erbringung der Dienstleistungen</i>	§ 6 Wahl des Pflegegedienstes, Pflegevertrag	§ 6 Wahl des Pflegegedienstes	§ 6 Wahl des Pflegegedienstes	§ 7 Wahl des Pflegegedienstes, Erstbesuch	§ 7 Wahl des Pflegegedienstes	§ 7 Wahl des Pflegegedienstes	§ 6 Wahl des Pflegegedienstes	§ 6 Wahl des Pflegegedienstes	§ 7 Wahl des Pflegegedienstes
--------------	--	--	-------------------------------	-------------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

	Baden- Württem- berg	Bay- ern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Nieder- sachsen	Nord- rhein- Westfa- len	Rhein- land-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig-Hol- stein	Thürin- gen
Transparenz													
<i>Doku- menta- tion des Pflege- prozes- ses</i>	§ 12 Doku- mentation der Pflege		§ 15 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 12 Do- kumenta- tion der Pflege		§ 12 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 13 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 13 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 13 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 13 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 12 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 12 Do- kumenta- tion der Pflege	§ 13 Do- kumenta- tion der Pflege
Nutzerorientierung													
<i>Individu- elle Be- dar- fen/Wün- schen sind Vor- rang ein- zuräu- men (Le- bens- weltori- entie- rung)</i>						§ 2 Inhalt der ambu- lanten Pflege- und Be- treuungs- leistungen	§ 2 Inhalt der am- bulanten Pflege- leistun- gen		§ 3 For- men der Hilfe	§ 3 For- men der Hilfe	§ 2 For- men der Hilfe	§ 2 For- men der Hilfe	§ 3 For- men der Hilfe
Prüfung													

Anzeigepflicht der tätigen Fachdienste	§ 7 Organisatorische Voraussetzungen	§ 7 Organisatorische Voraussetzungen	§ 8 Organisatorische Voraussetzungen	§ 8 Organisatorische Voraussetzungen	§ 8 Organisatorische Voraussetzungen	§ 8 Organisatorische Voraussetzungen	§ 7 Organisatorische Voraussetzungen	§ 7 Organisatorische Voraussetzungen	§ 8 Organisatorische Voraussetzungen
--	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Tabelle 37: Bezüge zu Regelungen in den Vergütungsvereinbarungen für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 89 SGB XI, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können

Bundesland	Gesichtete Quelle	Regelungen, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	Anwendungsbereich
Baden-Württemberg	Muster: Vergütungsvereinbarung für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 89 SGB XI, Gültigkeitszeitraum 2017	Für die Abrechnung der Wegepauschalen in Betreuten Wohnanlagen nach Anlage 2 gilt folgende Regelung: Werden in einer Betreuten Wohnanlage mehrere Einsätze nacheinander bei verschiedenen Bewohner/innen, also in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang erbracht, so kann die Wegepauschale pro Bewohner/in und pro Tag abgerechnet werden: mit Pflegegrad 2 maximal 1x mit Pflegegrad 3 maximal 2x mit Pflegegrad 4 und 5 maximal 3x Werden an einem Tag sowohl Leistungen nach dem SGB V und SGB XI gleichzeitig als auch Leistungen nur nach dem SGB XI erbracht, obliegt dem Dienst die Entscheidung, für welche Leistungen er die Wegepauschale(n) abrechnen will. Sofern in einer Betreuten Wohnanlage bei einzelnen Bewohner/innen Einsätze nach dem SGB XI erbracht werden, die mit anderen Einsätzen in der gleichen Betreuten Wohnanlage nicht unmittelbar zeitlich verbunden sind, kann die Wegepauschale für jeden dieser Einsätze - ohne Begrenzung - abgerechnet werden.	Weg-/Anfahrtpauschale
		Für Versicherte, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des § 38a SGB XI leben, gilt folgende Regelung: Befindet sich die Einsatzstelle des Pflegedienstes, von dem die Pflege aus erbracht wird, in dem Gebäude der Wohngemeinschaft, so kann keine Wegepauschale abgerechnet werden. Werden mehrere Einsätze nacheinander bei verschiedenen Bewohner/innen, also in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang erbracht oder werden Leistungspakete gemeinschaftlich von mehreren Bewohnern/innen in Anspruch genommen, so kann die Wegepauschale pro Bewohner/in in Höhe von 1,00 EURO pro Hausbesuch abgerechnet werden. In allen anderen Fällen kann die Wegepauschale nach Ziffer 1 oder Ziffer 2 abgerechnet werden.	Weg-/Anfahrtpauschale
		Gemeinschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe in ambulant betreuten Wohngemeinschaften im Sinne des § 38a SGB XI. Werden in Wohngemeinschaften im Sinne des § 38a SGB XI Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen und ergeben sich daraus Zeit- und Kostenersparnisse, so kommen diese den betroffenen Pflegebedürftigen zugute. Eine Zeit- und Kostenersparnis ist entsprechend in den jeweiligen Pflegeverträgen und bei der Abrechnung der Pflegeleistungen auf Grundlage dieser Vergütungsvereinbarung, innerhalb bestehender Leistungspakete, Preise und Gebührenpositionsnummern, zu berücksichtigen.	Poolen von Leistungen
Bayern	Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 21.12.2016 über die	§ 2 Vergütungsfähige Leistungen: Mehrere Pflegebedürftige, die in einer gemeinsamen Wohnung leben, können pflegerische Betreuungsmaßnahmen und/ oder Hilfen bei der Haushaltsführung gemeinsam in Anspruch nehmen.	Poolen von Leistungen

Bundesland	Gesichtete Quelle	Regelungen, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	Anwendungsbereich
	<p>Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI mit Gültigkeit für ab dem 01.02.2017 erbrachte Leistungen, private Anbieter</p> <p>Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 21.12.2016 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI mit Gültigkeit für ab dem 01.02.2017 erbrachte Leistungen, Wohlfahrt</p>	<p>§ 3 Vergütungssystem: Werden pflegebezogene Betreuungsleistungen oder Hilfen bei der Haushaltsführung in ambulanten betreuten Wohngruppen oder in gemeinsamen Haushalten in Anspruch genommen, wird der Zeitaufwand anteilig abgerechnet.</p> <p>§ 4 Vergütung: Ein Leistungskomplex ist für jeden Pflegebedürftigen je Hausbesuch grundsätzlich nur einmal abrechenbar, auch wenn mehrere Leistungsinhalte darin genannt sind und Teilleistungen mehrfach innerhalb eines Hausbesuches erbracht werden. Dies gilt nicht für ambulant betreute Wohngruppen. Dort ist auf Antrag eines Vertragspartners in begründeten Fällen darauf hinzuwirken, dass abweichende Regelungen zwischen dem Träger des Pflegedienstes sowie seines Verbandes, dem Sozialhilfeträger und den Pflegekassen getroffen werden.</p> <p>§ 4 Vergütung: Mit ambulanten Pflegediensten, die im betreuten Wohnen, in Wohngemeinschaften oder in einem Wohnbereich von stationären Einrichtungen Pflegebedürftige versorgen, sind auf Verlangen einer Vertragspartei in Einzelfällen und nach Abstimmung mit dem Leistungserbringerverband des betroffenen Pflegedienstes abweichende Regelungen zu schließen.</p> <p>§ 2 Vergütungsfähige Leistungen: Mehrere Pflegebedürftige, die in einer gemeinsamen Wohnung leben, können pflegerische Betreuungsmaßnahmen und/oder Hilfen bei der Haushaltsführung gemeinsam in Anspruch nehmen. Eine Wohngemeinschaft gilt als gemeinsame Wohnung.</p> <p>§ 5 Anfahrtspauschale: Bei Pflegebedürftigen, die im Betreuten Wohnen, oder in einem Wohnbereich einer stationären Pflegeeinrichtung mit angeschlossener Wohneinrichtung wohnen und von einem dort angesiedelten ambulanten Pflegedienst (ausschlaggebend ist dabei die Anschrift des Pflegedienstes im Versorgungsvertrag) versorgt werden, ist keine Anfahrtspauschale abrechenbar. Dies gilt analog, wenn sich Pflegekräfte im betreuten Wohnen, Wohngemeinschaften oder in einem Wohnbereich von stationären Einrichtungen dauernd aufhalten und deshalb keine gesonderte Anfahrt für die Versorgung des jeweiligen Pflegebedürftigen anfällt. Ausschlaggebend ist dabei die Anschrift des Pflegedienstes im Versorgungsvertrag. Die Anfahrtspauschale bei Anfahrten zum betreuten Wohnen, die durch Pflegekräfte in ihrer unbezahlten Zeit erbracht werden, ist nicht abrechenbar.</p> <p>§ 5 Anfahrtspauschale: Sofern bei mehreren Pflegebedürftigen, die in häuslicher Gemeinschaft leben, Leistungen nach dem SGB XI innerhalb eines Einsatzes erbracht werden, kann die vereinbarte Anfahrtspauschale insgesamt nur einmal abgerechnet werden</p>	<p>Anteilige Vergütung bei gemeinsamer Inanspruchnahme</p> <p>Abweichende Regelungen für Leistungserbringung im betreuten Wohnen, in Wohngemeinschaften [...] sind möglich und individuell zu vereinbaren.</p> <p>Abweichende Regelungen für Leistungserbringung im betreuten Wohnen, in Wohngemeinschaften [...] sind möglich und individuell zu vereinbaren.</p> <p>Poolen von Leistungen</p> <p>Weg-/Anfahrtspauschale</p> <p>Weg-/Anfahrtspauschale</p>
Berlin	<p>Muster: Vereinbarung über die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 89 Pflegeversicherung (SGB XI).</p> <p>Vergütung gemäß § 89 SGB XI für ambulante Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche</p>	<p>keine spezifischen Hinweise</p> <p>Mehrere Leistungsberechtigte können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen (=Poolen von Leistungsansprüchen). Das Poolen von Leistungen kommt vorrangig für Pflegebedürftige in Frage, die in einer Wohngemeinschaft, einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße, leben (=Pool-Teilnehmer). Bei den Poolleistungen sind die Pool-teilnehmer darauf beschränkt, ausschließlich identische Leistungen in</p>	<p>Poolen von Leistungen</p>

Bundesland	Gesichtete Quelle	Regelungen, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	Anwendungsbereich
	Versorgung ab 01. Januar 2017	Anspruch zu nehmen. Die Durch das Poolen von Leistungen entstehenden Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pool-Teilnehmer zu nutzen. Der Pflegedienst hat das Poolen von Leistungen zu ermöglichen und die Pflegebedürftigen dahingehend zu beraten, Poolleistungen abzurufen. Ermäßigte Wegpauschale: ist nur abrechnungsfähig, wenn der Pflegedienst unmittelbar aufeinander folgend zwei oder mehr Pflegebedürftige unter einer Adresse/einem Dach versorgt. Dazu gehören insbesondere Einrichtungen des Betreuten Wohnens, Wohngemeinschaften oder Wohnhäuser, die einen geschlossenen Baukörper darstellen [...]	Weg-/Anfahrtpauschale
Brandenburg	Vergütung gemäß § 89 SGB XI für ambulante Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung ab 01. Januar 2018	Mehrere Leistungsberechtigte können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen (=Poolen von Leistungsansprüchen). Das Poolen von Leistungen kommt vorrangig für Pflegebedürftige in Frage, die in einer Wohngemeinschaft, einem Gebäude oder in der Umgebung, etwa in einer Straße, leben (=Pool-Teilnehmer). Bei den Poolleistungen sind die Pool-teilnehmer darauf beschränkt, ausschließlich identische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die Durch das Poolen von Leistungen entstehenden Kosteneinsparungen sind ausschließlich im Interesse der Pool-Teilnehmer zu nutzen. Der Pflegedienst hat das Poolen von Leistungen zu ermöglichen und die Pflegebedürftigen dahingehend zu beraten, Poolleistungen abzurufen. Ermäßigte Wegpauschale: ist nur abrechnungsfähig, wenn der Pflegedienst unmittelbar aufeinander folgend zwei oder mehr Pflegebedürftige unter einer Adresse/einem Dach versorgt. Dazu gehören insbesondere Einrichtungen des Betreuten Wohnens, Wohngemeinschaften oder Wohnhäuser, die einen geschlossenen Baukörper darstellen [...]	Poolen von Leistungen Weg-/Anfahrtpauschale
Bremen	Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 89 SGB XI vom 13.12.2013	Betreuungsleistungen bei gemeinschaftlicher Inanspruchnahme (Pooling*) beinhaltet insbesondere: 1. Begleitung, 2. Beaufsichtigung, 3. Beschäftigung Als Gruppe gelten zwei bis fünf Pflegebedürftige jedoch nicht Ehepaare/eingetragene Lebenspartner. Der Leistungskomplex 25 kann von den am Pooling* beteiligten Leistungsberechtigten höchstens im Umfang der durch den Wegfall der Wegepauschalen eingesparten Punkte in Anspruch genommen werden. Unabhängig von diesem Leistungskomplex besteht ggf. daneben der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 a/b SGB XI. In Servicewohnanlagen bzw. betreuten Wohnanlagen kann die Wegepauschale maximal 2x täglich abgerechnet werden.	Poolen von Leistungen Weg-/Anfahrtpauschale
Hamburg	Muster: Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI für Leistungen bei häuslicher Pflege	§ 7 Höhe der Vergütung: Bei gemeinsamer Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung durch mehrere Versicherte erfolgt eine anteilige Abrechnung zu gleichen Teilen. In diesem Fall ist jeweils die Wegepauschale gemäß LK 25 abrechenbar. Leistungskomplex 18 a – Wegepauschale. Dieser Leistungskomplex kann je Hausbesuch in Ansatz gebracht werden. Dieser Leistungskomplex ist nicht abrechnungsfähig für Einsätze in trügereigenen Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die von trügereigenen Pflegediensten erfolgen. Leistungskomplex 18 b – Wegepauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und/oder bei Erbringung von Leistungen bei mehreren Patienten in einem Haushalt durch dieselbe Pflegekraft Dieser Leistungskomplex kann je Hausbesuch in Ansatz gebracht werden, wenn Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V und § 36 SGB XI nebeneinander von derselben Pflegekraft erbracht werden. Der Leistungskomplex ist auch in Ansatz zu bringen bei Erbringung von Leistungen bei mehreren Patienten in einem Haushalt. Dieser Leistungskomplex ist nicht abrechnungsfähig für Einsätze in trügereigenen Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die von trügereigenen Pflegediensten erfolgen.	Weg-/Anfahrtpauschale, Poolen von Leistungen Weg-/Anfahrtpauschale Weg-/Anfahrtpauschale
Hessen	Anlage zur Vergütungsvereinbarung nach § 89	Vergütungsvereinbarung selbst nicht einzusehen	

Bundesland	Gesichtete Quelle	Regelungen, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	Anwendungsbereich
	SGB XI Leistungsbeschreibung und Vergütungsregelung im Rahmen der ambulanten Pflegeleistungen in Hessen (Bezeichnung: M 5 ab 01.01.2017)		
Mecklenburg-Vorpommern	Muster – Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI für ambulante Pflegedienste in Mecklenburg-Vorpommern	§ 4 Poolen von Leistungsansprüchen/Betreuungsleistungen (§ 36 Abs. 1 Satz 5 SGB XI) Mehrere Versicherte können Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuungsleistungen gemeinsam in Anspruch nehmen (= Poolen von Leistungen).	Poolen von Leistungen
Niedersachsen	nicht verfügbar		
Nordrhein-Westfalen	Muster - Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Nordrhein-Westfalen Muster - Anlage a zur Vergütungsvereinbarung ab 2017.01.01	keine spezifischen Hinweise Abrechnungshinweis Pflegerische Betreuung und andere: Werden Leistungen dieses Leistungskomplexes gleichzeitig für mehrere Versicherte, z.B. Eheleute oder Bewohner (auch Teilgruppen) einer WG, durch eine oder - abhängig von der Gruppengröße - mehrere Kräfte erbracht, ist die Vergütung dieser Leistungen je Versicherten zu gleichen Teilen zu bemessen.	Poolen von Leistungen möglich
Rheinland-Pfalz	Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz, Caritasverbände 2017; Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz, AWO, bpa 2017; Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in	§ 3 Leistungsinhalte: Pflegerische Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten auch als gemeinschaftliche pflegerische Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.	Poolen von Leistungen möglich

Bundesland	Gesichtete Quelle	Regelungen, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	Anwendungsbereich
	Rheinland-Pfalz, Deutscher paritätischer Wohlfahrtsverband; Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz, DRK Kreisverband; Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz, Diakonie Hessen; Vereinbarung gem. § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen in Rheinland-Pfalz, Diakonie		
Saarland	Vergütung der Leistungen der häuslichen Pflege nach § 36 und § 37 Abs. 3 SGB XI im Saarland, Leistungskomplexe ab 01.01.2017	keine spezifischen Hinweise	
Sachsen	Leistungskomplexsystem im Freistaat Sachsen ab 2. März 2017 *	Präambel: Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam in Anspruch nehmen. Die dadurch entstehenden Synergien sollen u. a. für die Betreuung der beteiligten Pflegebedürftigen genutzt werden.	Poolen von Leistungen möglich
Sachsen-Anhalt	nicht verfügbar		
Schleswig-Holstein	Anlage 1 zur Vergütungsvereinbarung für ambulante Leistungen Leistungskomplexe der ambulanten häuslichen Pflege nach SGB XI in Schleswig-Holstein	keine spezifischen Hinweise	

Bundesland	Gesichtete Quelle	Regelungen, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können	Anwendungsbereich
Thüringen	Muster - Vereinbarung gemäß § 89 SGB XI über die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen im Freistaat Thüringen	keine spezifischen Hinweise	

	Baden- Württem- berg	Bay- ern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Nieder- sachsen	Nord- rhein- Westfa- len	Rhein- land-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig-Hol- stein	Thürin- gen
<i>Verant- wortung der Fach- dienste für die Sicher- stellung fachli- cher Stan- dards</i>	§1 Inhalt der ambu- lanten Pflege- leistun- gen, § 8 Qualitäts- maßstäbe	§ 3 Allge- meine Be- din- gun- gen der Pflege	§ 1 Inhalt der Pfl- geleistun- gen	§ 1 Inhalt der ambu- lanten Pflege- leistungen		§ 2 Inhalt der ambu- lanten Pflege- und Be- treuungs- leistungen			§ 2 Inhalt der ambu- lanten Pflege- leistungen	§ 2 Inhalt der ambu- lanten Pflege- leistungen		§ 1 Inhalt der ambu- lanten Pflege- leistungen	

Tabelle 38: Bezüge zu Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 132a SGB V, die in neuen Wohnformen Anwendung finden können

Bundesland	Vertrag	Vergütung von Leistungen für Versicherte in Wohnanlagen
Baden-Württemberg	Rahmenvertrag nach § 132a SGB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (ohne Datum)	<p>§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (3) Mindestens zwei Versicherte in einem Haushalt Erhalten mindestens zwei Versicherte, die in einem Haushalt leben, bei einem Hausbesuch, Leistungen der Behandlungspflege, werden die hierbei auftretenden Synergieeffekte in der Preisvereinbarung dieses Vertrages gesondert berücksichtigt.</p> <p>§ 15 Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (4) „Betreutes Wohnen“ In Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ können Leistungen besonders wirtschaftlich erbracht werden. Unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ werden nur solche Wohnungen verstanden, die einen einheitlichen Gesamtkomplex gleichartiger Wohnungen darstellen, die regelmäßig und dauerhaft ausschließlich an Senioren und/oder Behinderte vermietet werden. Dabei kommt es besonders auf die Entscheidung des Nießbrauchsberechtigten oder Eigentümers an, diese ausschließlich an Menschen zu vermieten, die zum Mietvertrag Betreuungs- oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen wollen. Es kommt nicht darauf an, in welcher Rechtsform oder Trägerschaft das „Betreute Wohnen“ angeboten wird. Von Betreuten Wohnanlagen wird jedoch erst dann gesprochen, wenn mehr als 15 zusammenhängende Wohnungen vorliegen und zusätzliche Gemeinschaftsräume wie Aufenthalts-, Speise- oder Therapieräume vorhanden sind. Grundsätzlich sind jedoch folgende Anforderungen zu erfüllen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barrierefreie und wohnliche Architektur • Angebot persönlicher und kontaktfördernder Hilfen und • die Sicherheit koordinierender Dienst- und Hilfeleistungen. <p>Von herkömmlichen Mietwohnungen unterscheiden sich „Betreute Wohnungen“ auch durch ihr Leistungsangebot. Neben der Überlassung von Wohnraum werden bereits neben dem Mietpreis über eine getrennt ausgewiesene Pauschale in gewissem Umfang folgende Leistungen vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausmeisterbetreuung • Führung, Wartung, Nutzung und Reinigung der Gemeinschaftsräume • Einrichtung, Betrieb und Wartung der Notrufeinrichtung • Vermittlungsstelle für Kontakte • Auskünfte und Beratung in Fragen des täglichen Lebens. <p>Die Krankenkassen erstellen und aktualisieren eine Liste der Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“. Sie werden in der Anlage 3 aufgeführt. Zuordnungsprobleme werden im Vertragsausschuß nach § 20 dieses Rahmenvertrages behandelt.</p>
Bayern	Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für dem Bereich häusliche Krankenpflege vom 1.5.2005	keine spezifischen Hinweise
Berlin	Vertrag gemäß § 132 a Abs. 25GB V über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (ab 01.10.2009)	keine spezifischen Hinweise
Brandenburg	Mustervertrag gemäß §§ 132 und 132 a Abs. 2 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege sowie zur Erbringung von Leistungen nach §§ 198 und 199 RVO (Häusliche Pflege bzw. Haushaltshilfe) (ohne Datum)	keine spezifischen Hinweise
Bremen Hamburg	Nicht verfügbar Nicht verfügbar	

Bundesland	Vertrag	Vergütung von Leistungen für Versicherte in Wohnanlagen
Hessen	Nicht verfügbar	
Mecklenburg-Vorpommern	Rahmenvertrag gem. §§ 198 und 199 RVO (Haushaltshilfe), gem. §§ 132 und 132a SGB V (ohne Datum)	§ 39 (3) Die Abrechnung der Weggebühren bei gleichzeitiger Erbringung von Pflegeleistungen nach dem SGB V und SGB XI oder bei gleichzeitiger Erbringung von Pflegeleistungen bei mehreren Versicherten ist in den Vergütungsvereinbarungen zu regeln.
Niedersachsen	Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 SGB V (Stand 01.01.2014)	Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 132a Abs. 2 SGB V C: Wegepauschale bei Leistungen nach § 37 Abs. 1 und 2 SGB V je Einsatz [...] Werden mehrere Versicherte in einem gemeinsamen Haushalt durch denselben Krankenpflagedienst in einem Einsatz versorgt, wird die entsprechende Wegepauschale für jeden Versicherten hälftig berechnet. [...] In Wohnanlagen für Senioren (z.B. Seniorenresidenzen, Wohnstifte, Seniorenwohngemeinschaften) werden Versicherte häufig durch Krankenpflagedienste versorgt, deren Sitz der Wohnanlage räumlich unmittelbar zugeordnet ist. Soweit diese Krankenpflagedienste Leistungen in der Wohnanlage erbringen, kann anstelle der Wegepauschale für jeden Versicherten nur folgendes Wegegeld abgerechnet werden [im Folgenden nicht weiter benannt] [...] Von externen Krankenpflagediensten, die zeitlich zusammenhängend mehr als zwei Versicherte nacheinander in den genannten Einrichtungen versorgen, kann für jeden Versicherten nur folgendes Wegegeld abgerechnet werden [im Folgenden nicht weiter benannt]
Nordrhein-Westfalen	Vertrag über häusliche Krankenpflege, häusliche Pflege und Haushaltshilfe gemäß §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V 01.10.2015; Vergütungsvereinbarung vom 01.01.2017 gemäß § 17 des Vertrages	§ 17 Abs. 2 Die Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag für Versicherte in Wohnanlagen (z. B. demselben Gebäude, Wohnheimen, Haus- oder Wohngemeinschaften) bzw. im Rahmen des so genannten Betreuten Wohnens ist in der Anlage 3 „Spalte 2“ besonders ausgewiesen
Rheinland-Pfalz	Rahmenvertrag über häusliche Krankenpflege und häusliche Pflegehilfe vom 3.7.1991; Gebührenverordnung (ersetzt Anlage 5) von 2015	keine spezifischen Hinweise
Saarland	Rahmenvertrag gemäß §§ 132a SGB V und 132 SGB V über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe im Saarland (01.10.2015)	keine spezifischen Hinweise
Sachsen	Nicht verfügbar	
Sachsen-Anhalt	Rahmenvertrag gemäß §§ 132 und 132 a SGB V zur Erbringung von häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe 01.05.2015	keine spezifischen Hinweise
Schleswig-Holstein	Rahmenvertrag gemäß §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V vom 01.04.2013	keine spezifischen Hinweise
Thüringen	Rahmenvertrag über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 2 SGB V sowie zur Versorgung mit Haushaltshilfe gemäß § 132 Absatz 1 SGB V für den Freistaat Thüringen (Stand 08.11.2005)	keine spezifischen Hinweise

Tabelle 36 bis Tabelle 38

In den folgenden Tabellen sind für jeden Wohnformtyp differenziert nach **Qualitätsbereichen** (Spalte 1) die in den Leitfäden benannten **Qualitätsanforderungen** (Spalte 2) in den tabellarischen Darstellungen aufgeführt. Gleichzeitig sind die mit diesen Qualitätsanforderungen verbundenen **ordnungsrechtlichen Regelungen** (Spalte 3) dargestellt. Weiter erfolgt ein Abgleich mit leistungsrrechtlich im Rahmen des SGB V, SGB XI oder SGB XII möglichen Ansprüchen (Spalte 4) sowie mit den im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüften Aspekten, welche angeführt sind, wenn sich ein Bezug zur Qualitätsanforderung ausmachen lässt (Spalte 5). Die für die Erfüllung der Qualitätsanforderung verantwortlichen Adressaten, sowie – sofern auszumachen – der gesetzlich verankerte Prüfauftrag (Spalte 6) und die sich ergebenden möglichen vertraglichen Verankerungen der Qualitätsanforderung (Spalte 7) komplettieren jeweils die Tabelle.

Tabelle 39: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulante (selbstorganisiertes) gemeinschaftliches Wohnen⁵³

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁴	Verantwortliche/ Adressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
Wohnen/ Umgebungs-gestaltung	Barrierefreiheit <ul style="list-style-type: none"> Barrierefreie/-arme Gestaltung der Individual-Wohnungen 	Selbstverantwortete WGs unterliegen den privatrechtlichen Bauverordnungen 16/16	§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen § 64e SGB XII Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes		Vermieter, Mieter (Bewohner)	Mietvertrag

⁵³ Analyse basiert auf der Auswertung von 12 Leitfäden zur Bestimmung der Qualitätsmerkmale.

⁵⁴ Nur dann Gegenstand der externen Qualitätsprüfung, wenn Pflege- oder Betreuungsleistungen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) im Sinne des § 71 SGB XI in der Wohnform erbracht werden.

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁴	Verantwortliche/ Adressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Barrierefreie/-arme Gestaltung der Gemeinschaftsflächen 				Vermieter, Mieter (Bewohner)	Mietvertrag
	<p>Privatheit</p> <ul style="list-style-type: none"> Abgeschlossene Wohnung für jeden Bewohner, die als individueller Rückzugsort den „privaten“ Teil des Wohnens darstellt 			2.1 c. d. Verwahrung des Wohnungsschlüssels beim Pflegedienst		Mietvertrag
		selbstverantwortete WGs unterliegen den privatrechtlichen Brandschutzverordnungen 16/16			Vermieter, Mieter (Bewohner)	Mietvertrag
Versorgung	<p>Selbstständigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbständige individuelle Haushaltsführung erfolgt durch die Bewohner 	Gemeinschaftliche (selbstbestimmte) Gestaltung der Lebens- und Haushaltsführung, WTG LSA § 5, ST 1/16	§45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag §45b SGB XI Entlastungsbetrag zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags	14.1.12-14.1.16 Abrechnung der Hilfen bei der Haushaltsführung	Mieter (Bewohner)	
	<ul style="list-style-type: none"> Bei Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit gegenseitige Unterstützung der Bewohner im Alltag und in besonderen Lebenslagen (niederschwellige Hilfen) – immer im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten der Einzelnen / Umfang der gegenseitigen Hilfe wird in 		§45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag		Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁴	Verantwortliche/ Adressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
	<p>jedem Wohnprojekt eigen- ständig festgelegt</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei weiteren Beeinträchtigun- gen in der Selbstständigkeit Versorgung durch übliche am- bulante professionelle Pflege- und andere Dienstleistungs- anbieter 	<p>Freie Wahl von Unter- stützungs- und Betreu- ungsleistungen (Art und Umfang) (Brem- WoBeG § 5, HmbWBG § 2, WTG §§ 24, 25, NRW, WTG LSA § 5, ST, SbStG § 10, SH) 4/16</p>	<p>§ 37 SGB V, §36 SGB XI Pflegesa- chleistungen § 37 SGB XI Pflege- geld für selbst be- schaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombina- tion von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationslei- stung), § 45a SGB XI Ange- bote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflege- geld, § 64b SGB XII häusli- che Pflegehilfe, § 64d SGB XII Pflege- hilfsmittel, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlas- tungsbeitrag, SGB XII 63: Leis- tungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Alten- hilfe</p>	<p>14.13 und 14.1.4 Ab- gerechnete und ver- einbarte körper-bezo- gene Pflegemaßnah- men, 14.1.8 und 14.1.9 Abgerechnete und vereinbarte Lei- stungen der pflegeri- schen Betreuungs- maßnahmen, 14.1.13 und 14.1.14 Abge- rechnete und verein- barte Leistungen der Haushaltsführung</p>	<p>Anbieter/Träger, Pfl- gedienst</p>	<p>Individuelle Pflegever- träge</p>

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁴	Verantwortliche/ Adressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
Teilhabe	Soziale Einbindung <ul style="list-style-type: none"> Gemeinschaftsbereiche vor Ort zum regelmäßiger Austausch mit anderen Bewohnern Gemeinschaftsfördernde bauliche Architektur 				Vermieter	Mietvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Regelmäßige gemeinsame Kommunikation und gemeinsame Freizeitaktivitäten 				Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	Sozialraumbezug <ul style="list-style-type: none"> Offenheit gegenüber dem Sozialraum und Kontaktpflege im Außenbereich mit der Nachbarschaft 				Mieter (Bewohner)	Keine vertragliche Regelung
	Beteiligung <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung aller Bewohner bei gemeinsame Entscheidungen über Art des gemeinschaftlichen Zusammenlebens 	Selbstbestimmte gemeinschaftliche Gestaltung des Alltagslebens, freie Gestaltung des Zusammenlebens (SbStG § 10, SH) 1/16			Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung bei der Organisation des gemeinschaftlichen Zusammenlebens 	Lebens- und Haushaltsführung selbstbestimmt gemeinschaftlich gestalten (WTG LSA § 5, ST) hauswirtschaftliche Leistungen frei wählbar (SbStG § 10, SH) 2/16			Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁴	Verantwortliche/ Adressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung bei niederschweligen Hilfen für Mitbewohner 				Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	<p>Koordination/Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> Neutrale Moderation und Koordination der verschiedenen Bewohnerinteressen in der Gründungsphase Professionelle Begleitung der Gruppenprozesse oder Supervision bei Konflikten 				Mieter (Bewohner)	Dienstleistungsvertrag
	<p>Selbstverantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstbestimmung oder zumindest Mitbestimmung bei der Umsetzung und Planung des Projektes 	Uneingeschränkte Ausübung des Hausrechts (WTG LSA § 5, ST, SbStG § 10, SH) 2/16			Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Mitsprache bei der Suche und Auswahl neuer Mitbewohner 	Eigene Entscheidung über Aufnahme neuer Mitbewohner (WTG LSA § 5, ST) 1/16			Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
Organisation	<p>Selbstorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstinitiierung der Projekte durch die Bewohnerschaft (bottom-up) oder Planungsbeteiligung (top-down). 				Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Selbstverwaltung der Umsetzung durch die Bewohnerschaft (Bewirtschaftung von Gemeinschaftsräumen, Freizeitorganisation, gegenseitige Hilfe) oder zumindest Mitwirkung an der Umsetzung 				Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Gründung eines Selbstorganisationsgremiums (i.d.R. ein 	Gremium zur gemeinsamen Regelung aller			Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁴	Verantwortliche/ Adressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
	Verein, Genossenschaften oder Bewohnerbeirat)	die WG betreffenden Angelegenheiten § 5WTG LSA ST 1/16 Interessenvertretung gegenüber Dritten (mittels schriftlicher Vereinbarung) § 9HmbWBG 1/16				
Qualitätssicherung	Transparenz <ul style="list-style-type: none"> • Verbindlichkeit und Transparenz bei allen Vereinbarungen: • regelmäßiger Informationsfluss nach innen u. außen 			16.3, 16.4 Information vor Vertragsabschluss und schriftlicher Pflegevertrag	Mieter (Bewohner)	Kooperationsvertrag
	Weitere	Beratungs- und Unterstützungsanspruch §3 HmbWBG 1/16				

Tabelle 40: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulante betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen)⁵⁵

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
Wohnen/ Umgebungsgestaltung	Barrierefreiheit <ul style="list-style-type: none"> Barrierefreiheit der Wohnungen (nach DIN "barrierefreies Wohnen DIN 18025 Teil 2 bzw. DIN 18040 -2) 	Baurecht: Barrierefreie Anlagen/Anforderungen an Sonderbauten im Einzelfall: LBO BW, BayBO, BauO Bln, BbgBO, BremGBI, HBauO, HBO, LBauO M-V, NBauO, BauO NRW, LBauO RLP, BauO LSA, LBO SL, SächsBO, LBO SH, ThürBO 16/16 Heimrecht: WBBauVO HH, NS Anforderungen der HeimMindBauV (Barrierefreiheit darin nicht explizit benannt), § 4 WTG NRW 3/16	§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 64e SGB XII Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes		Träger/Anbieter <i>Bauaufsichtsbehörden, Heimaufsichtsbehörden</i>	Mietvertrag

⁵⁵ Die Analyse basiert auf der Auswertung von 5 Leitfäden zur Bestimmung der Qualitätsmerkmale.

⁵⁶ Nur dann Gegenstand der externen Qualitätsprüfung, wenn Pflege- oder Betreuungsleistungen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) im Sinne des § 71 SGB XI in der Wohnform erbracht werden.

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Barrierefreiheit der Gemeinschaftsflächen 	NS Anforderungen der HeimMindBauV, § 2 WBBauVO HH, 2/16			Träger/Anbieter	Mietvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Mindestgrößen der Einzel- und Gemeinschaftsräume 	Baurecht: Anforderungen an Wohnungen im Sinne § 45 LBO HH 1/16 Heimrecht: Ggfs. HeimMindBauV, § 4 WBBauVO HH 1/16			Träger/Anbieter <i>Bauaufsichtsbehörden, Heimaufsichtsbehörde</i>	Mietvertrag
	Brandschutz	Baurecht: Anforderungen an Sonderbauten im Einzelfall (16/16: LBO BW, BayBO, BauO Bln, BbgBO, BremGBI, HBauO, HBO, LBauO M-V, NBauO, BauO NRW, LBauO RLP, BauO LSA, LBO SL, SächsBO, LBO SH, ThürBO 16/16 Anforderungen an Wohnungen im Sinne § 45 LBO HH laut § 4 WBBau VO HH 1/16			Träger/Anbieter <i>Bauaufsichtsbehörden</i>	Mietvertrag
	Privatheit	<ul style="list-style-type: none"> Abschließbarkeit der Wohnung, Schlüsselgewalt/Hausrecht beim Bewohner 		2.1 c, d: Verwahrung und Zuordnung von Wohnungsschlüsseln	Träger/Anbieter	Mietvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<p>Infrastrukturelle Erreichbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Erreichbarkeit von Infrastruktur im Wohnumfeld zur selbstständigen Versorgung des täglichen Bedarfs ist zu gewährleisten (durch Lage, erreichbare ÖPNV-Anbindung, Mobilitätsangebote) 	Heimrecht: § 5 WBBauVO HH 1/16			Träger/Anbieter	Keine vertragliche Regelung
	<p>Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> Betreuungskraft ist regelmäßig vor Ort zur Beratung, Information (z.B. 1 VZÄ auf 100 WE) Besprechungsbüro vor Ort 	§ 6 HmbWBG, § 4 WBBauVO HH 1/16		16.8 Tipps, Hinweise, Informationen zur Pflege	Träger/Anbieter	Betreuungsvertrag
Versorgung	<p>Selbstständigkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbständige individuelle Haushaltsführung erfolgt durch die Bewohner 		§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung),	14.1.12 bis 14.1.16 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der Haushaltsführung	Mieter (Bewohner) Träger/Anbieter, Pflegedienst	Pflege- und Betreuungsvertrag,

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
			<p>§ 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64d SGB XII Pflegehilfsmittel, § 64e SGB XII Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlastungsbeitrag, SGB XII 63: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Altenhilfe,</p>			
	<ul style="list-style-type: none"> Bei Beeinträchtigungen der Selbständigkeit werden im Rahmen der allgemeinen Betreuungsleistungen gesundheitsbezogene Hilfen, Pflegeleistungen und hauswirtschaftliche Hilfen, Alltagshilfen vermittelt 	§ 6 HmbWBG 1/16	<p>§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung),</p>	14.1.2 bis 14.1.6 Abgerechnete und vereinbarte körperbezogene Pflegemaßnahmen, 14.1.7 bis 14.1.11 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, 14.1.12 bis 14.1.16	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Betreuungsvertrag/ Dienstleistungsverträge

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
			§ 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlastungsbeitrag, § 63 SGB XII: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Altenhilfe	Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der Haushaltsführung		
	<p>Versorgungssicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Technische Vorkehrung für Notrufsicherung in jeder Wohnung • Bei Bedarf Vermittlung von Hausnotrufanbieter oder Notrufsicherung im Haus 	§ 6 HmbWBG 1/16		4.6 und 16.7 Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Mietvertrag/ Betreuungsvertrag/Dienstleistungsvertrag mit Notrufanbieter
	<p>Fachlichkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation der Betreuungskraft: Alten-/Krankenpfleger/Sozialarbeiter sowie Praktikum in einer Betreuten Wohneinrichtung 	Abgeschlossene Ausbildung, möglichst im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen oder die Teilnahme an einer Weiterbildung von mindestens 100 UE: § 3 WBPersVO HH 1/16		2.6 Pflegefachkräfte für Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI, 3.1 Verantwortungsbereiche und Aufgaben der Mitarbeiter in Pflege- und hauswirtschaftlicher Versorgung	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Betreuungsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
		Anforderungen an Kenntnisse und Befähigungen: § 3 WBPersVO HH 1/16		5.3 Nachweis der Qualifikation der eingesetzten Personal, 5.4 Fortbildungsplan, 5.5 Konzept zur Einarbeitung, 5.6 Schulung zu erster Hilfe und Notfallmaßnahmen,	Träger/Anbieter, Pflegedienst	
Teilhabe	Soziale Einbindung <ul style="list-style-type: none"> Förderung der Kommunikation, Kontaktaufnahme, sozialer Aktivitäten durch die Betreuungskraft) Nutzbarkeit eines Gemeinschaftsraumes (meist ab 20 WE) 	Teilhabe am Leben in der Gesellschaft: SbStg 1/16	§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistungen, 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64d SGB XII, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlastungsbeitrag, § 63 SGB XII: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 71 SGB XII Altenhilfe	14.1.7 bis 14.1.11 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen,	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Betreuungsvertrag, Mietvertrag
	Beteiligung <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung bei der Gestaltung der Freizeitangebote 	Angebote der Freizeitgestaltung: § 6 HmbWBG,	§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen,	Aspekte in 14.1.7 bis 14.1.11 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Betreuungsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung bei Nachbarschaftshilfe, Bürgerschaftliches Engagement 	Ermöglichen von Mitwirkung, Bürgerschaftliches Engagement: SbStG 2/16	§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistungen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 71 SGB XII Altenhilfe	pflegerischen Betreuungsmaßnahmen		
Organisation	<p>Koordination/Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> Koordination der Einzelfallhilfe und des gemeinschaftlichen Lebens durch eine Betreuungskraft (allgemeine Betreuungsleistungen) (z.B. 1 VZÄ auf 100 WE) 		§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistungen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 71 SGB XII Altenhilfe,	14.1.7 bis 14.1.11 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Betreuungsvertrag
	<p>Selbstorganisation</p> <ul style="list-style-type: none"> Selbstorganisation der individuellen Haushaltsführung durch die Bewohner Selbstorganisation ehrenamtliches Engagement 		§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistungen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld,	14.1.12 bis 14.1.16 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der Haushaltsführung	Mieter (Bewohner), Pflegedienst	Betreuungsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
			§ 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64d SGB XI, § 64f SGB XII andere Leistungen			
		Selbstverantwortung				
	<ul style="list-style-type: none"> Wahlfreiheit bei allen Leistungen, die über allgemeine Betreuungsleistungen hinausgehen 	Heimrecht: SbStG, § 31 WTG NRW 2/16			Träger/Anbieter Mieter (Bewohner)	Betreuungsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Keine Koppelung von Mietvertrag und anderen Leistungen (außer allgemeiner Betreuungsleistungen) 					Betreuungsvertrag
		Wahl eines Hausbeirates, Interessenvertretung gegenüber dem Betreiber und dazugehörige Anforderungen: § 6 HmbWBG, §§ 5 bis 9 WBMitWVO HH 1/16			Träger/Anbieter Mieter (Bewohner)	Mietvertrag
Qualitätssicherung	Transparenz:					
	<ul style="list-style-type: none"> Transparente Vertragsgestaltung 			16.3, 16.4 Information vor Vertragsabschluss und schriftlicher Pflegevertrag	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Miet-/Betreuungsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Information /Beratung der Bewohnerschaft vor Einzug und fortlaufend durch Betreuungskraft 	§ 7 HmbWBG 1/16		16.3 Information vor Vertragsabschluss	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Betreuungsvertrag
		Information der Bewohnerschaft über die			Träger/Anbieter	Miet-/betreuungsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandenschutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁶	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
		Ergebnisse durchgeführter Prüfungen § 7 HmbWBG 1/16				
	Nutzerorientierung					
	• Regelmäßige Bewohnerbefragungen	§ 6 HmbWBG 1/16			Träger/Anbieter	Betreuungsvertrag
	• Beschwerdemanagement			5.8 Schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden, 16.14 Befragung des Leistungsbeziehers	Träger/Anbieter, Hausbeirat, Pflegedienst	Betreuungsvertrag
	Prüfung					
	• Freiwillige Selbstverpflichtung zur Qualitätssicherung			5.1 Verantwortung für das QM und Wahrnehmung entsprechender Aufgaben durch die Leitungsebene	Träger/Anbieter, Pflegedienst	-

Tabelle 41: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulantes Pflegewohnen (Ambulante Pflegewohngemeinschaften⁵⁷ – trägerverantwortet

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
Wohnen/Umge- bungsgestaltung	Kleinteiligkeit <ul style="list-style-type: none"> Obergrenzen-Größen meist bei 12 Bewohnern 	§ 4 WTBG BW (Men- schen mit Behinde- rung max. 8 Perso- nen) Art. 2 PflWoqG BY § 4 WTG B § 4 BbgPBWoG (Men- schen mit Behinde- rung max. 8 Perso- nen) § 3 ThürWTG § 5 WBBauVO § 2 EQG M-V § 4 WTG NRW § 5 LWTG RLP § 2 SächsBeWoG § 4 WTG LSA § 4 WTBG BW (Men- schen mit Behinde- rung max. 8 Perso- nen) § 3 ThürWTG 13/16			Träger/Anbieter	Mietvertrag, Wohn- und Betreuungsver- trag
	Barrierefreiheit					

⁵⁷ Analyse basiert auf der Auswertung von 18 Leitfäden zur Bestimmung von Qualitätsmerkmalen auf der Grundlage von Klie et al. 2017.

⁵⁸ Nur dann Gegenstand der externen Qualitätsprüfung, wenn Pflege- oder Betreuungsleistungen durch eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) im Sinne des § 71 SGB XI in der Wohnform erbracht werden.

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Wohnung durchweg barrierefrei gestaltet Alle Gemeinschafts- und Individualräume auf einer Ebene 	<p>Baurecht: Barrierefreie Anlagen/Anforderungen an Sonderbauten im Einzelfall: LBO BW, BayBO, BauO Bln, BbgBO, BremGBI, HBauO, HBO, LBauO M-V, NBauO, BauO NRW, LBauO RLP, BauO LSA, LBO SL, SächsBO, LBO SH, ThürBO 16/16</p> <p>Heimrecht: § 10 SQV BB (individuell und gemeinschaftlich genutzte Wohnflächen barrierefrei) § 9 BbgPBWoG/ § 2 WBBauVO (> 10 Bewohner) § 2 LWTGDVO RLP §§ 4 und 6 SächsBeWoGDVO 5/16</p>	§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 64e SGB XII Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes		Träger/Anbieter, Vermieter <i>Bauaufsichtsbehörden, Heimaufsichtsbehörden</i>	Mietvertrag
	<p>Privatheit</p> <ul style="list-style-type: none"> Jeder Bewohner soll ein eigenes Zimmer haben als individueller Rückzugsraum (Mindestgröße 12 qm ohne Bad) 	§ 8 SQV BB (mind. 14 qm, bei zwei Personen mind. 24 qm)			Träger/Anbieter, Vermieter	Mietvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
		§ 6 WBBauVO (mind. 14 qm) Präambel, § 6 NuWG § 27 WTG NRW, § 26 WTGDVO NRW, § 4 LWTGDVO RLP (mind. 14qm) § 5 SächsBeWoGDVO 5/16			<i>Bauaufsichtsbehörden, Heimaufsichtsbe- hörden</i>	
	• Individuelle Gestaltung der Pri- vatzimmer	§ 8 SQV BB § 4 LWTGDVO RLP § 5 SächsBeWoGDVO 3/16			Träger/Anbieter Vermieter	Mietvertrag
	• Bei einem Betreuungskonzept mit Rund-um-die Uhr-Versor- gung eher Gemeinschaftsbä- der/ sonst möglichst zu jedem Zimmer ein eigenes Bad mit WC	§ 8 WBBauVO (Tan- dembäder sind unzu- lässig) 1/16			Träger/Anbieter, Vermieter	Mietvertrag
		Gästetoilette mit Waschbecken § 8 WBBauVO 1/16			Träger/Anbieter, Vermieter	Mietvertrag
		Rufanlage § 26 WTGDVO NRW (optional), § 4 LWTGDVO RLP 2/16		4.6 und 16.7 Erreich- barkeit und Einsatzbe- reitschaft des Pfleg- dienstes	Träger/Anbieter, Vermieter	Mietvertrag
		Dienstzimmer bei ständiger Anwesenheit einer Betreuungskraft § 27 WTGDVO NRW 2/16			Träger/Anbieter, Vermieter	
	• Zugänge zu Außenanlagen	§ 7 WBBauVO § 7 LWTGDVO RLP 2/16			Träger/Anbieter, Vermieter	Mietvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	Brandschutz	Baurecht: Anforderungen an Sonderbauten im Ein- zelfall oder Anforde- rungen an Regelbau- ten: LBO BW, BayBO, BauO Bln, BbgBO, BremGBI, HBauO, HBO, LBauO M-V, NBauO, BauO NRW, LBauO RLP, BauO LSA, LBO SL, SächsBO, LBO SH, ThürBO 16/16			Träger, Anbieter, Ver- mieter <i>Bauaufsichtsbehörden</i>	
	Infrastrukturelle Erreichbarkeit/Eingebundenheit	<ul style="list-style-type: none"> Zentrale Lage/Infrastruktu- relle Anbindung an ÖPNV, Ein- kaufs- und Spaziermöglichkei- ten zum Erhalt einer selbst- ständigen Versorgung 	§ 5 WBBauVO (> 10 Bewohner) § 8 ThürWTG 2/16		Träger/Anbieter, Vermieter	Keine Vertragsrege- lungen
Versorgung	Selbstständigkeit	§ 1 WTGB BW § 1 WTG B § 1 BremWoBeG 3/16				
	<ul style="list-style-type: none"> Selbstständigkeit durch Siche- rung der Alltagsbegleitung 	Art. 20 PflWoqG BY § 9 WTG B § 3 SächsBeWoG	§ 36 SGB XI Pflegesa- chleistungen,	14.1.7 bis 14.1.11 Ab- gerechnete und ver- einbarte Leistungen	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-Betreu- ungsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
		§§ 6, 13 WTGB BW (Anwesenheit Prä- senzkraft/ Rufberei- tschaft) § 3 SächsBeWoG 5/16	§ 37 SGB XI Pflege- geld für selbst be- schaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombi- nationsleistung, § 38a SGB XI Zusätz- liche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im All- tag, § 64a SGB XII Pflege- geld, § 64b SGB XII häusli- che Pflegehilfe, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlas- tungsbeitrag, SGB XII 63: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil ei- nes persönlichen Bud- gets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Alten- hilfe	der pflegerischen Be- treuungsmaßnahmen		
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="414 1300 728 1372">Selbstständigkeit durch Siche- rung von Kranken-/Pflegetmaß- nahmen 	§ 3 SächsBeWoG § 13 WTGB BW (An- wesenheit Präsenz- kraft/ Rufbereitschaft)	§ 37 SGB V Häusliche Krankenpflege § 36 SGB XI Pflegesa- chleistungen,	14.1. 2 bis 14.1.b Ab- gerechnete und ver-	Träger/Anbieter, Pflegetdienst	Pflegetvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
		2/16	§ 37 SGB XI Pflege- geld für selbst be- schaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinations- leistung, § 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im All- tag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe	einbarte körperbezo- gene Pflegemaßnah- men, 14.1.7 bis 14.1.11 Ab- gerechnete und ver- einbarte Leistungen der pflegerischen Be- treuungsmaßnahmen, 14.1.12 bis 14.1.16 Abgerechnete und vereinbarte Leistun- gen der Haushalts- führung		
	■ Selbstständigkeit durch Si- cherung der hauswirtschaft- lichen Versorgung	Art. 20 PflWoqG BY § 6 WTGB BW § 8 BbgPBWoG § 11 HmbWBG (> 3 Bewohner) § 3 SächsBeWoG 5/16	§ 36 SGB XI Pflegesa- chleistungen, § 37 SGB XI Pflege- geld für selbst be- schaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombi- nationsleistung, § 38a SGB XI Zusätz- liche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen § 45a SGB XI Ange- bote zur Unterstüt- zung im Alltag,	14.1.12 bis 14.1.16 Abgerechnete und vereinbarte Leistun- gen der Haushaltsfüh- rung	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-/ Pflegever- trag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
			§ 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlas- tungsbeitrag, SGB XII 63: Leistun- gen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Altenhilfe			
	• Wahrung Hygienevorschriften (wie in Großhaushalten)	§ 4 WTG NRW 1/16		6.1 Angemessenes Hygienemanagement	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-/ Betreuungsvertrag
	• Gesundheitsschutz	Schutz vor Infektionen § 8 BbgPBWoG § 12 BremWoBeG § 11 HmbWBG (> 3 Bewohner) § 5 NuWG § 4 WTG NRW § 3 SächsBeWoG 6/16		6.2 Nachweisliche Be- kanntheit der für die ambulante Pflege rele- vanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhausthygiene und Infektionspräven- tion des Robert Koch- Instituts, 6.3 Verfügbarkeit von Arbeitshilfen, 6.4 Standards/Verfah- rensabläufe zum Um- gang mit MRSA und entsprechenden Hygi- eneanforderungen	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-/ Betreuungsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	Versorgungssicherheit					
	<ul style="list-style-type: none"> Rund-um-die-Uhr-Versorgung durch Assistenz-/Pflegedienste 	§ 13 WTGB BW (<i>Anwesenheit Präsenzkraft/ Rufbereitschaft</i>) Art. 20 PflWoqG BY (Rufbereitschaft) § 3 SQV BB 3/16		4.6 und 16.7 Ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-/ Betreuungsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Personelle Kontinuität von Pflege- und Betreuungskräften 	§ 13 WTGB BW (<i>Anwesenheit Präsenzkraft/ Rufbereitschaft</i>) Art. 20 PflWoqG BY (Rufbereitschaft) § 3 SQV BB 3/16		4.1b Ablauforganisa- tion Personelle Konti- nuität 4.5 Geeignete Ein- satz-/Tourenpläne	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Pflege-/Assistenz-/ Betreuungsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Aufeinander abgestimmte Zusammensetzung der Pflege- und Betreuungskräfte, um eine verlässliche Pflege und Betreuung zu bieten 	§ 8 WTG-PersV B 1/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst	Pflege-/Assistenz-/ Betreuungsvertrag
	Fachlichkeit					
<ul style="list-style-type: none"> Grundqualifikationen der Betreuungskräfte in Pflege und Hauswirtschaft Pflege-/Hauswirtschaftliche Fachkraft im Betreuungsteam spezifische Weiterbildung für WGs, Erfahrungen im Umgang mit demenzkranken Menschen, Pflege-/Hauswirtschaftliche Fachkraft im Betreuungsteam soziale und organisatorisch-koordinative Fähigkeiten 	§ 13 WTGB BW Art. 1, 19, 20 Pfl- WoqG BY § 1 WTG B § 1, § 9 WTG-PersV B § 12 BremWoBeG § 1 Personalverordng zum Bremischen Wohn- und Betreu- ungsgesetz § 3 SQV BB § 4 BbgPBWoG § 30 WBPersVO HH § 4 WTG NRW §§ 8 bis 15 LWTGDVO RLP § 15 LWTG RLP		2.6 Pflegefachkräfte für Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI, 3.1 Verantwortungsbereiche und Aufgaben der Mitarbeiter in Pflege- und hauswirtschaftlicher Versorgung 5.3 Nachweis der Qualifikation der eingesetzten Personal 5.4 Fortbildungsplan 5.5 Konzept zur Einarbeitung 5.6 Schulung zu erster Hilfe und Notfallmaßnahmen	Träger, Anbieter, Pfl- gedienst	Betreuungsvertrag/ Pflegevertrag	

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
		§ 5 Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsge- setz § 3 SächsBeWoG §§ 18 bis 20 SächsBe- WoGDVO 10/16				
Teilhabe	Soziale Einbindung <ul style="list-style-type: none"> Gemeinschaftlich genutzte Wohnküche als zentraler Raum für Begegnung (Größe mind. 12-25 qm pro Bewohner) 	§ 7 WBBauVO § 27 WTGDVO NRW § 6 LWTGDVO RLP 3/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst <i>Heimaufsichtsbehörden</i>	Mietvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Organisation des gemeinschaftlichen Zusammenlebens/Gewährleistung affektiver Bindungen 	§ 5 WTGB BW § 9 WTG B § 10 Brem WoBeG 3/16	§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistungen, § 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64d SGB XII, § 64f SGB XII andere Leistungen,	Aspekte in 14.1.8 und 14.1.9 Abgerechnete und vereinbarte Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen	Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-/ Pflegevertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Angehörigenarbeit 		§ 64i SGB XII Entlas- tungsbeitrag, § 63 SGB XII: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönli- chen Budgets, § 71 SGB XII Alten- hilfe		Träger/Anbieter, Pflegedienst	Assistenz-/ Pflegever- trag
	Sozialraumbezug/Wohnortnähe <ul style="list-style-type: none"> Verbleib in vertrauter Umge- bung durch Quartiersbezug und dadurch Erhalt gesell- schaftlicher Teilhabe 	§ 26 WTG NRW § 3 LWTGDVO RLP 2/16				Keine vertragliche Re- gelung
	<ul style="list-style-type: none"> Offenheit gegenüber dem Sozi- alraum und Netzwerkpflege im Außenbereich 	§ 10 WTG B § 13 BremWoBeG § 11 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 4, § 26 WTG NRW § 8 LWTG RPL § 10 WTG LSA § 8 ThürWTG 7/16			Träger/Anbieter	Keine vertragliche Re- gelung
	Beteiligung	§ 1 WTPG BW PflegeWoqG Art.1 BY § 10 Brem WoBeG 2/16			Träger/Anbieter	Assistenz-/ Pflegever- trag
	<ul style="list-style-type: none"> Einbeziehung der Bewohner im Sinne einer ressourcenorien- tierten Versorgung 	§ 13 BremWoBeG § 4, § 5 WTG NRW 2/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst	Keine vertragliche Re- gelung

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Beteiligung der Angehörigen bei haushaltsbezogenen Tätigkeiten, Verwaltungsaufgaben, Zimmereinrichtung, Pflege oder Betreuung, Alltagsgestaltung 	§ 2 WTPG BW § 10 WTG B § 13 BremWoBeG § 2 EMitwV BB § 11 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 5 WTG NRW § 8 LWTG RPL § 10 WTG LSA § 8 ThürWTG 9/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst	Evtl. Pflegevertrag/Kooperationsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Einbeziehung von Ehrenamtlichen zur sozialen Stabilisation der Bewohner oder bei Haushalts- und Betreuungstätigkeiten 	§ 13 BremWoBeG § 11 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 5 WTG NRW § 8 LWTG RPL § 10 WTG LSA § 8 ThürWTG 6/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst	Keine vertragliche Regelung
Organisation	Koordination/Kooperation <ul style="list-style-type: none"> Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure Abstimmung der verschiedenen internen und externen Koordinationspartner bei trägerverantworteten WGs „Hybridmanagement“ (Klie et al. 2017) zur Steuerung des komplexen Prozesses der geteilten Verantwortung unterschiedlicher Akteure mit unterschiedlichen Funktionslogiken bei selbstverantworteten WGs Fachliche neutrale Moderation oder Moderation durch Ehrenamtliche als „3. Instanz“ für die 	§§ 1, 9, 10 WTG B 1/16	§ 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen		Träger/Anbieter, Pflegedienst, Angehörige	Kooperationsverträge zwischen Pflege- und Assistenzdienstleistern bzw. zwischen den Bewohnern/Angehörigen

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	Interessen der Bewohner/An- gehörigen	Anspruch auf Bera- tung § 17 BbgPBWoG §§ 1, 9 BremWoBeG Art.1, 18, 20 Pflege- WoqG BY §§ 1, 5 WTG B § 7 WTPG § 13 EQG M-V § 3 NuWG § 10 WTG NRW § 10, § 14 LWTG RLP § 3 Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsge- setz § 5 SächsBeWoG § 8 WTG LSA § 7 WTG LSA § 6 ThürWTG 12/16			Heimaufsichtsbe- hörde, Träger/Anbieter	Keine vertraglichen Regelungen
	• Beratung der Bewohner/Angে- hörigen/Ehrenamtlichen bei ih- ren Steuerungsaufgaben	§ 14 LWTG RLP 1/16	§ 38a SGB XI Zusätz- liche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen		Heimaufsichts- behörde, Träger/Anbieter	Keine vertraglichen Regelungen
	• Begleitung der Bewohner- schaft bei der Ausübung ihrer Selbstbestimmungsrechte	§ 16 BbgPBWoG § 2 EMitwV BB § 4 WTG NRW 3/16	§ 38a SGB XI Zusätz- liche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen		Träger/Anbieter, Be- wohnergremium	Keine vertraglichen Regelungen
	• Einbeziehung externer Bera- tung bei der Konzeptentwick- lung, Finanzierung, rechtlicher Fragen	§ 24 WTGDVO NRW 1/16	§ 38a SGB XI Zusätz- liche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen		Heimaufsichtsbe- hörde, Träger/Anbieter	Keine vertraglichen Regelungen

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	Selbstverantwortung	PflgeWoqG Art.1 BY § 1 WTG B § 1 BremWoBeG 3/16				
	<ul style="list-style-type: none"> Miet- und Dienstverträge (Pflege/Assistenz-/Betreuungsvertrag) sind getrennt/nicht gekoppelt 	§ 4 WTG B § 2 HmbWBG § 2 EQG M-V § 24 WTG NRW § 1b Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz § 2 SächsBeWoG § 5 WTG LSA § 10 SbStG § 3 Thür WTG 9/16			Träger/Anbieter	Miet-/ Pflegevertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Wahlfreiheit in Bezug auf die Dienstleister und Art und Weise der Erbringung der Dienstleistungen 	PflgeWoqG Art.2 BY § 2 EQG M-V § 24 WTG NRW § 1b Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz § 2 SächsBeWoG § 5 WTG LSA § 10 SbStG § 3 Thür WTG 8/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst	Miet-/Pflegevertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Dienstleister haben Gaststatus/keine Diensträume für Leistungsanbieter in der Wohnung 	PflgeWoqG Art.2 BY § 4 WTG B § 2 EQG M-V § 10 SbStG 4/16			Träger/Anbieter, Pflegedienst	Pflegevertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Haus-, Schlüssel- und Entschei- dungsgewalt liegen beim Be- wohner bzw. dessen rechtli- chen Vertretern/Angehörigen 	§ 24 WTG NRW § 5 WTG LSA § 10 SbStG § 3 ThürWTG (Ange- bote des betreuten Einzelwohnens) 4/16		2.1 c, d: Verwahrung und Zuordnung von Wohnungsschlüsseln	Mieter, Angehörige	Mietvertrag
		Entscheidung über die Aufnahme neuer Mit- bewohnerinnen und Mitbewohner § 24 WTG NRW § 5 WTG LSA 2/16			Mieter, Angehörige	Mietvertrag
		Selbstverwaltung der Finanzmittel § 24 WTG NRW 1/16			Mieter, Angehörige	Mietvertrag
		Selbständige Gestal- tung der Gemein- schaftsräume § 24 WTG NRW 1/16			Mieter, Angehörige	Mietvertrag
		Selbständige gemeinschaftliche Ge- staltung von Lebens- und Haushaltsführung, des Alltagslebens § 24 WTG NRW 1/16			Mieter, Angehörige	Mietvertrag
Trägerverantwortet						

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand-schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte Aspekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Adressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Mietvertrag und Dienstleistungsverträge sind gekoppelt Wahlfreiheit ist teilweise eingeschränkt Haus-, Schlüssel- und Entscheidungsgewalt der Bewohner und dessen Vertretern/Angehörigen ist teilweise eingeschränkt 	§ 4 WTPG BW § 3 WTG BE § 4 BbgPBWoG § 11 BremWoBeG § 2 NuWG § 24 WTG NRW § 1b Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz § 3 ThürWTG 8/16			Träger/Anbieter	Wohn- und Betreuungsvertrag nach dem WBVG
		Intensivpflegebedarf § 5 LWTG RLP § 1b Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsgesetz 2/16			Träger/Anbieter	Betreuungs-/Pflegevertrag
	Selbstorganisation <ul style="list-style-type: none"> Einrichtung von Angehörigen-/Bewohnergremien zur Ausübung ihrer Steuerungsaufgaben 	§§ 6, 9 WTPG BW Art. 22 PflWoqG BY § 9 WTG B § 16 BbgPBWoG/ § 1 EMitwV BB § 10 Brem WoBeG § 13 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 4 NuWG § 28ff. WTG DVO NRW § 9 LWTG RPL § 8 SächBeWoG § 5 WTG LSA § 6 WTPG BW § 7 ThürWTG 13/16			Träger/Anbieter, Mieter, Angehörige	Kooperationsvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Verantwortliche organisatorische Umsetzung durch Bewohner/Angehörige/Stellvertreter bei selbstverantworteten WGs/verantwortliche organisatorische Umsetzung durch Träger bei trägerverantworteten WGs 	Art. 22 PflWoqG BY §§ 9, 10 WTG B § 16 BbgPBWoG § 2 EMitwV BB § 24 WTG NRW § 8 LWTG RPL § 8 SächBeWoG § 9 WTG LSA § 7 ThürWTG 9/16	§ 38a SGB XI Zusätz- liche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen		Träger/Anbieter, Mie- ter, Angehörige	Kooperationsvertrag bzw. Betreuungs-/Pflege- vertrag
Qualitäts- sicherung	Transparenz <ul style="list-style-type: none"> Bewohner/Angehörige schließen eine schriftliche Vereinbarung über die Entscheidungsregeln in der WG Regelmäßige Kommunikation (z.B. Informationsveranstaltungen) 	Selbstverantwortet: § 9 HmbWBG § 10 SbStG 2/16 § 10 WTG B § 29 WTG NRW § 26 LWTGDVO RLP § 8 SächBeWoG 4/16			Mieter, Angehörige Träger/Anbieter	Kooperationsvertrag Kooperations-/Pflege- vertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation und Steuerung der WG sind zu dokumentieren (z.B. durch dokumentierte Gruppenbesprechung oder Übergabebücher) 				Träger/Anbieter, Mie- ter, Angehörige	Kooperationsvertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentation des Pflegeprozesses 	§ 10 WTPG BW Art. 20 PflWoqG BY § 13 BbgPBWoG § 7 WTG B § 18 BremWoBeG § 14 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 5 NuWG § 10 WTG NRW § 24 WTGDVO NRW § 5 SächsBeWoG § 8 WTG LSA			Träger/Anbieter, Pfl- gedienst <i>Heimaufsichtsbehör- den</i>	Pflegevertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
		11/16				
	Nutzerorientierung					
	<ul style="list-style-type: none"> Alltagsgewohnheiten der Bewohner sind Vorrang einzuräumen gegenüber institutionellen Erfordernissen (Alltagsnormalität) Individuelle Bedarfen/Wünschen sind Vorrang einzuräumen (Lebensweltorientierung) Einbeziehung der Kompetenzen der Bewohner bei der Ausgestaltung des alltäglichen Lebens (Ressourcenorientierung) 	Art. 22 PflWoqG BY § 6 BbgPBWoG § 12 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 4 WTG NRW § 5 WTG NRW 5/16			Träger/Anbieter, Pflege- dienst	Kooperations-/ Pflege- vertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Biografiearbeit 				Träger/Anbieter, Pflege- dienst	Kooperations-/ Pflege- vertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Fallbesprechungen 	§ 14 HmbWBG (> 10 Bewohner) 1/16			Träger/Anbieter, Pflege- dienst	Kooperations-/ Pflege- vertrag
	Prüfung					
	<ul style="list-style-type: none"> Anzeigepflicht der tätigen Fachdienste 	§ 14 WTPG § 14 WTG B § 7 BbgPBWoG § 16 BremWoBeG § 7 NuWG § 4, § 9 WTG NRW § 18 LWTG RLP § 4 SächsBeWoG § 18 WTG LSA § 13 SbStG § 14 ThürWTG 11/16			Träger/Anbieter, Pflege- dienst <i>Heimaufsichtsbehörden</i>	Keine vertragliche Re- gelung

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten Prüfauftrag	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Freiwillige Qualitätsselbstverpflichtung/ Qualitätsmanagement 	§ 11 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 5 NuWG § 4 WTG NRW (An- bieter von Betreuungs- leistungen) § 12 SbStG 4/16		5.1 Verantwortung für das QM und Wahr- nehmung entspre- chender Aufgaben durch die Leitungs- ebene	Träger/Anbieter, Pfl- gedienst	Kooperations-/ Pflege- vertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Verantwortung der Fach- dienste für die Sicherstellung fachlicher Standards 	§ 13 WPTG BW Art. 20 PflWoqG BY §§ 9 WTG- Personalverordnung BE § 8 BbgPBWoG §§ 11, 12 Brem- WoBeG § 11 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 5 NuWG § 4 WTG NRW § 15 LWTG RLP § 5 Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsge- setz § 3 SächsBeWoG § 16 WTG LSA § 12 SbStG § 13 Thür WTG 14/16		5.2 Umsetzung von Expertenstandards, Prüfung beim Pflege- bedürftigen 7. bis 13.	Träger/Anbieter, Pfl- gedienst <i>Heimaufsichtsbehör- den</i>	Assistenz-/ Pflegevertrag
	<ul style="list-style-type: none"> Beschwerde- management 	§ 1 WTG B Art. 6 PflWoqG BY Träger ist verpflichtet über Beratungs- und Beschwerdestellen zu informieren §§ 6, 8 WTG B § 8 BbgPBWoG		5.8 Schriftliche Rege- lung zum Umgang mit Beschwerden, 16.14 Befragung des Leis- tungsbeziehers	Träger/Anbieter, Pfl- gedienst	Assistenz-/ Pflegever- trag

Qualitäts- bereiche	Qualitäts- anforderungen	Regulierung im Ord- nungsrecht (Heimrecht/Brand- schutz/Baurecht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die inner- halb des Leistungs- rechts geltend ge- macht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qua- lität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege geprüfte As- pekte ⁵⁸	Verantwortliche/ Ad- ressaten <i>Prüfauftrag</i>	Vertragliche Regelungen
		§ 8 BreWoBeG § 14 HmbWBG (> 10 Bewohner) § 5 NuWG § 6 WTG NRW § 10 LWTG RLP § 5 Saarländisches Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalitätsge- setz § 3 SächsBeWoG § 12 SbStG 12/16				

Tabelle 42: Qualitätsanforderungen im Wohnformtyp: Ambulante integrierte Wohnformen (Fokus: Quartierskonzepte)*⁵⁹

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandschutz/Bau-recht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Verantwortliche/ Adressaten	Vertragliche Regelungen
Wohnen/ Umgebungsgestaltung	Barrierefreiheit <ul style="list-style-type: none"> Schaffung barrierefreier/-armer Wohnangebote im Sozialraum 	Baurecht: Barrierefreie Anlagen: LBO BW, BayBO, BauO Bln, BbgBO, BremGBI, HBauO, HBO, LBauO M-V, NBauO, BauO NRW, LBauO RLP, BauO LSA, LBO SL, SächsBO, LBO SH, ThürBO 16/16	§ 40 SGB XI Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, § 64e SGB XII Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Wohnungseigentümer	Kooperationsvereinbarung
	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung barrierefreier/-armer öffentlicher Räume Schaffung inklusiver Räume 	Baurecht: Barrierefreie Anlagen: LBO BW, BayBO, BauO LBO BW, BayBO, BauO Bln, BbgBO, BremGBI, HBauO, HBO, LBauO M-V, NBauO, BauO NRW, LBauO RLP, BauO LSA,		Kommune	Kooperationsvereinbarung

⁵⁹ Die Analyse basiert auf der Auswertung von 10 Leitfäden zur Bestimmung der Qualitätsmerkmale

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandschutz/Bau- recht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Verantwortliche/ Adressaten	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Sicherheit im Sozialraum 	LBO SL, SächsBO, LBO SH, ThürBO 16/16		Kommune	Kooperationsvereinbarung
	Infrastrukturelle Erreichbarkeit <ul style="list-style-type: none"> Erhalt einer wohnortnahen Infrastruktur zur Selbstversorgung/Stärkung lokaler Ökonomie Wohnortnahe Mobilitätskonzepte 			Kommune/ Verkehrsverbünde/ gewerbliche Unternehmen	Kooperationsvereinbarung
Versorgung	Beratung <ul style="list-style-type: none"> Sicherung einer wohnortnahen Beratung 		Aufklärung, Auskunft, Pflegeberatung, Beratungsgutscheine, Pflegestützpunkte § 7, § 7a, § 7b, § 7c SGB XI	Kommune/ Pflegekassen/ Leistungserbringer	Kooperationsvereinbarung
	Selbstständigkeit <ul style="list-style-type: none"> Erhalt der Selbstständigkeit durch Sicherung von Alltagshilfen/Service/Assistenz im Quartier mit Bewohnerbeteiligung/Assistenznetzwerke in geteilter Verantwortung von Profis und Bürgern arrangieren 		§ 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistung, § 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlastungsbeitrag,	Bewohner/ Leistungserbringer	Kooperationsvereinbarung

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandschutz/Bau-recht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Verantwortliche/ Adressaten	Vertragliche Regelungen
Teilhabe	<ul style="list-style-type: none"> Erhalt der Selbstständigkeit durch Schaffung dezentraler oder mobiler Betreuungs-/ Pflegeangebote im Welfare Mix Gemeindenaher Gesundheitsförderung 		SGB XII 63: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Altenhilfe § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege, § 36 SGB XI Pflegesachleistungen, § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistung, § 38a SGB XI Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen, § 45a SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag, § 64a SGB XII Pflegegeld, § 64b SGB XII häusliche Pflegehilfe, § 64f SGB XII andere Leistungen, § 64i SGB XII Entlastungsbeitrag, SGB XII 63: Leistungen der Hilfe zur Pflege als Teil eines persönlichen Budgets, § 70 SGB XII Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, § 71 SGB XII Altenhilfe	Professionelle Leistungserbringer/ Angehörige/ Ehrenamtliche	Pflegevertrag/ Kooperationsvereinbarung
	Versorgungssicherheit <ul style="list-style-type: none"> Schaffung dezentraler Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Quartier 			Professionelle Leistungserbringer/ Angehörige/ Ehrenamtliche	Pflegevertrag
	Soziale Einbindung			Wohnungseigentümer Bewohner/Leistungsträger Bewohner/Leistungsträger	Mietvertrag

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandschutz/Bau-recht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Verantwortliche/ Adressaten	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Gemeinschaftsräume als Begegnungsorte für den sozialen Austausch der Quartiersbewohner Förderung der Kommunikation Schaffung eines wertschätzenden gesellschaftlichen Umfeldes (für Menschen mit Demenz) Freizeit-, Kultur-, Bildungs-, Sportangebote im Quartier Inklusion als Querschnittsaufgabe 				Kooperationsvereinbarung
	<p>Beteiligung</p> <ul style="list-style-type: none"> Systematische Förderung der Bürgerbeteiligung/Eigeninitiative der Bewohner/Aktivierung bürgerschaftlichen Engagements Bewohnerschaft des Quartiers organisiert ehrenamtlich soziale Angebote Bewohnerschaft übernimmt ehrenamtlich niederschwellige Hilfe- und Betreuungsleistungen/Nachbarschaftshilfe 		<p>§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen, § 38 SGB XI Kombinationsleistung, § 64a SGB XII Pflegegeld</p>	Bewohnerschaft	Kooperationsvereinbarung
Organisation	<p>Koordination/Kooperation</p> <ul style="list-style-type: none"> Sicherung einer systematischen Kooperation der örtlichen Akteure (mit Kommune als Hauptverantwortlichen) Ressort-/Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Kommune und bei den Leistungsträgern Schaffung eines lokalen Netzwerkes der örtlichen Akteure zur Abstimmung der Prozesse/neue Kultur des Miteinanders von Politik, Verwaltung, Bürgern, Sozialleistungsträgern/gewerblichen 			Leistungsträger/Bewohnerschaft/Kommune/gewerbliche Unternehmen	Kooperationsvereinbarung

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandschutz/Bau- recht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Verantwortliche/ Adressaten	Vertragliche Regelungen
	Unternehmen/systematische Vernetzung der lokalen Angebote im sozialen, Gesundheits- und Pflegebereich <ul style="list-style-type: none"> • Quartiersmanagement zur Koordination aller Akteure, Sicherung der Bürgerbeteiligung und Transparenz • Vorhandene Ressourcen erschließen/Ressourcenbündelung 				
	Selbstorganisation <ul style="list-style-type: none"> • Bewohnerschaft wirkt an der Planung und Umsetzung mit (Partizipation) • Bewohnerschaft übernimmt Mitfinanzierung durch Bürgerstiftungen 			Bewohnerschaft	Kooperationsvereinbarung
	Selbstverantwortung <ul style="list-style-type: none"> • Bewohnerschaft bestimmt Handlungsfelder und Handlungsinhalte • Bewohnerschaft bestimmt über Finanzmittel (Verfügungsfonds, Sozialraumbudgets) 			Bewohnerschaft	Kooperationsvereinbarung
Qualitätssicherung	Transparenz <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation des Entwicklungsprozesses • Systematische Öffentlichkeitsarbeit: Berichte und Organisation von Veranstaltungen zur Information der Bewohnerschaft und Akteure im Quartier 			Leistungsträger	Kooperationsvereinbarung
	Nutzerorientierung <ul style="list-style-type: none"> • Systematische Bedarfsermittlung/Bewohnerbefragungen/Bürgerforen 			Leistungsträger/ Kommune	Kooperationsvereinbarung

Qualitätsbereiche	Qualitätsanforderungen	Regulierung im Ordnungsrecht (Heimrecht/Brandschutz/Bau- recht) (gefunden in X von 16 Bundesländern)	Ansprüche, die innerhalb des Leistungsrechts geltend gemacht werden können (SGB V, SGB XI, SGB XII)	Verantwortliche/ Adressaten	Vertragliche Regelungen
	<ul style="list-style-type: none"> Schaffung von Zugängen für schwer erreichbare Zielgruppen/soziale Integration 			Leistungsträger/ Kommune	Kooperationsvereinbarung
	<p>Prüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoring und (Selbst-)Evaluation 			Leistungsträger/ Kommune	Kooperationsvereinbarung

Anhang 11: Literaturanalyse zu Versorgungsauscomes neuer Wohnformen

Abbildung 35 zeigt den Sichtungsverlauf der anhand einer Datenbanksuche in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Gerolit und LIVIVO identifizierten Literatur (zur Methodik siehe Kapitel 3.2 dieses Berichts).

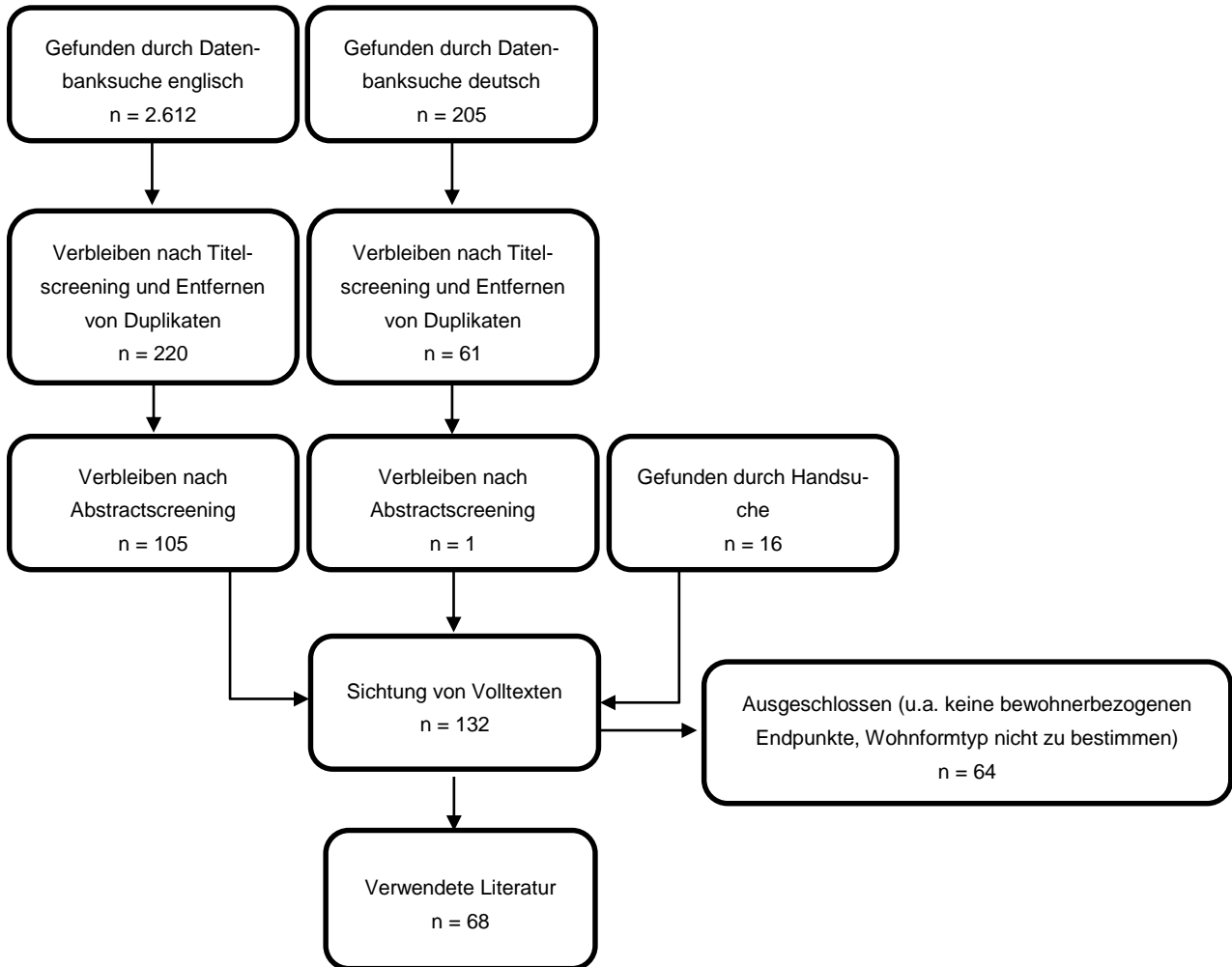


Abbildung 16: Sichtungsverlauf Literaturanalyse Versorgungsauscomes

Übersicht über die Studienmerkmale

Einbezogen wurden 68 Studien, für die in diesem Abschnitt eine Zusammenfassung der wesentlichen Merkmale erfolgt. Die Darstellung konzentriert sich besonders auf solche Arbeiten, die neue Wohnformen mit traditionellen Versorgungsangeboten vergleichen.

Herkunft und Design der Studien

35 der eingeschlossenen Forschungsarbeiten stammen aus den USA, zehn aus den Niederlanden, sieben aus Deutschland, fünf aus Japan, vier aus Kanada, zwei aus Schweden und jeweils eine Studie aus Dänemark, Finnland und Israel. Hinzu kommt eine Arbeit eines internationalen Forscherteams. Querschnittserhebungen, aus denen sich keine Aussagen zu einer kausalen Wirkungsbeziehung zwischen dem jeweils betrachteten Wohnformtyp und den untersuchten Endpunkten ableiten lassen, liegen in 27 der eingeschlossenen Studien vor. Analysen im Längsschnitt (auch Sekundärdatenanalysen) wurden in 33 Untersuchungen durchgeführt. Ergänzend sind fünf systematische Übersichtsarbeiten und auch wenige qualitative Forschungsarbeiten (n=3) in dem Sample enthalten. Tabelle 43 zeigt die Übersicht der Literaturlauswahl von Studien, die ein vergleichendes Design verwenden (n=46). Eine traditionelle vollstationäre Pflege (Pflegeheim) wird dabei in 39 Studien betrachtet, fünf von diesen stellen darüber hinaus noch Vergleiche für weitere Settings an. Die eigene Häuslichkeit stellt in fünf Fällen die Vergleichswohnform dar, zwei Studien vergleichen unterschiedliche Wohnformen innerhalb eines Typs (bspw. Formen des betreuten Wohnens). Tabelle 44 zeigt diejenigen Studien, die keinen Vergleich zwischen Wohnformtypen vorgenommen haben (n=22). Diese betrachten u.a. die Entwicklung von Lebensqualität nach dem Einzug (Funaki et al. 2005), den Beitrag einzelner Aspekte (Besuche von Angehörigen bei Gräske et al. 2015) oder beschreiben Perspektiven der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörigen und/oder des Personals auf ausgewählte Fragestellungen wie das Sicherheitserleben (Speller & Stolee 2015). Sowohl bei den vergleichenden als auch den nicht-vergleichenden Studien finden sich Forschungsarbeiten, die ausschließlich die Charakteristika der Bewohnerschaft erheben und darstellen.

Untersuchte Wohnformtypen

Auch, wenn die Zuordnung von im internationalen Raum etablierten Wohnformen nicht in jedem Fall eindeutig mit Blick auf die in dieser Studie zugrunde gelegte Typisierung der neuen Wohnformen möglich ist, finden sich in der Literatur sowohl Studien (n=32), die Angebote des Wohnformtyps 2 (ambulant betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen)) als auch Studien (n=34), die Angebote des Wohnformtyps 3 (ambulantes Pflegewohnen (Pflegewohngemeinschaften)) untersuchen. Für das (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnen sowie für ambulante integrierte Wohnformen konnten in der Suche keine Studien identifiziert werden. Zwei Studien beschäftigen sich mit dem Konzept der Green Care Farms (deBoer et al. 2017a; deBoer et al. 2017b), welches sich nicht eindeutig einem der Wohnformtypen zuordnen lässt. Green Care Farms bewegen sich mit ihrem Angebot zwischen Wohnformtyp 2 und 3. Dieses Angebot ist in Deutschland für (ältere) Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf noch in der Entstehungsphase – für den Bereich der sozialen/sozialpädagogischen Arbeit bzw. für Menschen mit Behinderungen oder Suchterkrankungen sind diese Angebote aktuell verbreiteter.

Im internationalen Raum häufig verwendete Bezeichnungen für Angebote des Wohnformtyps 2 sind die Begriffe der **Assisted Living Facilities (ALF)** und der **Residential Care Facilities (RCF)**. Darunter fallen sowohl kleinteilige Angebote (bis zu 12 Bewohnerinnen und Bewohner (Anderiesen et al. 2014)) als auch größere Einrichtungen des betreuten Wohnens. Weniger

ger homogen sind die Bezeichnungen für Wohnformen des Typs 3. Hier finden sich kleinteilige Wohnangebote des **Green House Konzeptes** (bis zu 12 Personen, in organisatorischer oder örtlicher Nähe eines Pflegeheimes) (GH, n=7; (Afendulis et al. 2016, Kane et al. 2007, Reimer et al. 2004, Sharkey et al. 2011, Yoon et al. 2015, Yoon et al. 2016, Zimmerman et al. 2016)), **Group Living Homes** (GL, n=7; (Annerstedt 1994, Annerstedt 1997, Ausserhofer et al. 2016, Funaki et al. 2005, Nakanishi et al. 2012, Smit et al. 2012, te Boekhorst et al. 2009)), **Group Homes** (GRPH, n=8; (Kasai et al. 2014, Middelboe 1997, Nakanishi et al. 2012, Qian et al. 2015, Shipton and Lashewicz 2017, Suzuki et al. 2008, van Zadelhoff et al. 2011, Weiner et al. 2010)), **Small-Scale-Living Facilities** (SCL, n=5; (de Rooij et al. 2012, Molony et al. 2011, Verbeek et al. 2010, Verbeek et al. 2014, Verbeek et al. 2012)). Weiter werden **Shared-Housing-Arrangements** (SHA, n=5; (Gräske et al. 2015, Meyer et al. 2014, Meyer et al. 2015, Strupeit et al. 2014, Wolf-Ostermann et al. 2012)) aber auch **Special Care Units** (SCU, n=1; (Kok et al. 2013)) benannt. Besonders für letztere sowie für die untersuchten Group Homes ist die Abgrenzung von Wohngruppen innerhalb traditioneller Pflegeheime nicht in jedem Fall eindeutig.

Die sieben eingeschlossenen Arbeiten aus Deutschland (Gräske et al. 2015, Gräske et al. 2013, Klingelhofer-Noe et al. 2015, Meyer et al. 2014, Meyer et al. 2015, Strupeit et al. 2014, Wolf-Ostermann et al. 2012) untersuchen häufig im Zusammenhang mit der Zielgruppe von Menschen mit Demenz Angebote des Wohnformtyps 3, dies überwiegend im Rahmen von Querschnittsdesigns. Als Vergleichssetting werden, sofern zutreffend, mehrheitlich Pflegeheime oder die eigene Häuslichkeit herangezogen.

Untersuchte Endpunkte in den vergleichenden Studien

Unterschiedlich operationalisierte Kennzahlen und Parameter für **funktionale Fähigkeiten** stellen den in den vergleichenden Studien am häufigsten untersuchten Endpunkt dar (n=30). Weiterhin wurden auf Ebene der Bewohnerinnen und Bewohner die Endpunkte **kognitive Fähigkeiten** (n=21), **neuropsychiatrische Symptome und Verhaltensauffälligkeiten** (n=18), **soziale Teilhabe**, soziale Aktivität und soziale Abhängigkeit (n=16), **Lebensqualität** (n=15), **Depression** (n=11), **Ernährungszustand** (n=5), **Einsatz von Psychopharmaka** (n=5), **Dekubitus** (n=4), **Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen** (n=4), **Stürze** (n=3) **Krankenhauseinweisungen** (n=2) sowie "beschäftigt zu sein, etwas zu tun haben" (n=2) untersucht. Jeweils eine Studie untersuchte die Endpunkte **Angst/ Unruhe** und **Autonomie** (im Sinne der Kontrolle über die Entscheidung eines Umzugs). 25 Forschungsarbeiten zogen weitere Endpunkte heran u.a. andere klinische Endpunkte wie Harnwegsinfektionen aber auch die Inanspruchnahme von Hospizpflege oder emotionales Wohlbefinden. Auffällig ist, dass in der Mehrheit der Studien vor allem klinische Endpunkte untersucht wurden. Struktur- und Prozessmerkmale hingegen werden weitestgehend als kontrollierende Variablen verwendet. Abschließend ist zu betonen, dass sich in der durchgeführten Literaturanalyse insgesamt nur in äußerst geringem Umfang Studien fanden, die sich mit Maßnahmen und Fragen der Qualitätssicherung befassen.

Nachgewiesene Effekte in den vergleichenden Studien

Für die vergleichenden Studien wurde herausgearbeitet, ob im Ergebnis ein Effekt im Sinne eines ausgewiesenen Unterschiedes zwischen den untersuchten Wohnformtypen und Versorgungsauscomes festgehalten ist. Positiv fällt dieser Effekt aus, wenn die Unterschiede auf einen Vorteil bzw. begünstigenden Beitrag der neuen Wohnform schließen lassen. Als heterogenes Resultat sind Ergebnisse zu verstehen, die sowohl positive als auch negative Hinweise liefern. Die Darstellung dieser Effekte ist folgend für die dem Wohnformtyp 2 ambulant betreute Wohnformen (Betreutes Wohnen) oder 3 ambulantes Pflegewohnen (Pflegewohn-gemeinschaften) zugeordneten Studien differenziert. Dargestellt sind zunächst Ergebnisse zu keinen nachgewiesenen Effekten, gefolgt von Studien mit heterogenen Resultaten. Studien, die positive Effekte berichten, schließen die Synthese der Ergebnisse ab, welche unter Berücksichtigung des als Vergleichswohnform gewählten Wohnsettings erfolgt.

Ergebnisse zu Angeboten des Wohnformtyps 2

17 Studien, die den Angeboten des Wohnformtypen 2 entsprechen, führen Vergleiche mit anderen Wohnformen durch. Dabei werden in 13 Forschungsarbeiten Pflegeheime und gegebenenfalls weitere Settings als Vergleich herangezogen, in drei Studien erfolgt ausschließlich ein Vergleich mit der eigenen Häuslichkeit, in einer weiteren ausschließlich mit anderen Angeboten innerhalb des Wohnformtyps.

Vergleich zur anderen Angeboten innerhalb des Wohnformtyps

Für den Vergleich Qualitätsmerkmalen von Assisted Living Facilities (ALF) mit anderen Angeboten innerhalb desselben Wohnformtyps ließen sich in der vorliegenden Literaturanalyse zwei Studien identifizieren. Hierbei stellt eine Forschungsarbeit ausschließlich den Vergleich zwischen Angeboten innerhalb desselben Wohnformtyps dar (Hedrick et al. 2003). Die andere Arbeit führt zudem einen Vergleich mit dem Setting der stationären Langzeitpflege durch (Zimmerman et al. 2013).

Keine Effekte

Eine prospektive Kohortenstudie in den USA im Längsschnittdesign untersucht eine Studienpopulation von 204 Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegestellen (Adult Foster Homes (AFH), 51 Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtung des betreuten Wohnens (adult residential care (ARH)) und 94 Bewohnerinnen und Bewohnern von ALF. Zudem wurden 243 informelle Betreuerinnen und Betreuer sowie 299 Anbieter aus insgesamt 219 Einrichtungen einbezogen. Anhand der Studie lässt sich kein Effekt, der eine Aussage zur Bevorzugung des Wohnformtyps 2 zulässt, ablesen. Als Endpunkte wurden die Kontrolle über eine Umzugsentscheidung, Bewohnerzufriedenheit, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), der Gesundheitszustand, Verhaltensauffälligkeiten und der kognitive Status untersucht. Im Ergebnis werden keine Unterschiede zwischen Einrichtungen bei den IADL festgestellt. Weiterhin werden mehrere Merkmale beschrieben, die die Bewohnerschaft in den Einrichtungen deskriptiv beschreiben, jedoch keine konkrete Aussage über bessere oder schlechtere Versorgungsqualität der Wohnformen zulassen. Der subjektive allgemeine Gesundheitszustand erwies sich über alle Einrichtungen betrachtet als eher schlecht, kognitive Beeinträchtigungen sind vermehrt unter AFH-Bewohnerinnen und Bewohnern verglichen mit ARC-Bewohnerinnen und Bewohnern zu verzeichnen, aber nicht im Vergleich mit der Bewohnerschaft von ALF (Hedrick et al. 2003).

Die im vorigen Abschnitt bereits beschriebene systematische Übersichtsarbeit aus den USA vergleicht ALF neben Pflegeheimen mit Special Care Units (SCU) in Pflegeheimen die dem

Wohnformtyp 3 in ihren Ausprägungen ähneln. Die Übersichtsarbeit weist heterogene Outcomes auf. Im Ergebnis zeigen sich eine höhere funktionale Beeinträchtigung in ALF gegenüber den SCU und geringe Unterschiede in Inzidenz oder Verschlechterungen in Bezug auf Morbidität. Unterschiede für die Endpunkte Mortalität, Lebensqualität, Qualität des Sterbens und Einsatz von Psychopharmaka fanden sich nicht (Zimmerman et al. 2013).

Positive Effekte

Keine der identifizierten Forschungsarbeiten deutet in der hier untersuchten Literatur auf einen eindeutigen positiven Effekt hin.

Negative Effekte

Keine der identifizierten Forschungsarbeiten deutet in der hier untersuchten Literatur auf einen eindeutigen negativen Effekt hin.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Studienlage mit zwei Forschungsarbeiten unzureichend ist und keine aussagekräftigen Schlüsse auf den positiven Beitrag einer der Wohnformen auf deren Bewohnerinnen und Bewohner zulässt. Darüber hinaus sind die in den beiden dargestellten Studien beschriebenen Effekte ebenfalls uneindeutig, da eine der Arbeiten keine Effekte an dieser Stelle zeigt und die andere heterogene Ergebnisse aufweist.

Vergleich zur eigenen Häuslichkeit

Fünf Studien vergleichen ALF mit dem Setting der eigenen Häuslichkeit. Zwei der Studien sind bereits im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, da sie zudem Pflegeheime als Vergleichssetting betrachten. Eine Studie lässt keine Rückschlüsse auf Effekte, da sie deskriptiv die Bewohnerschaft in den Settings beschreibt ohne diese gegenüberzustellen (Avery et al. 2010).

Keine Effekte

Eine Forschungsarbeit, die im Ergebnis keinerlei Unterschiede zwischen den untersuchten Wohnsettings aufweist, wurde für den Vergleich zwischen Angeboten des Wohnformtyps 2 und der eigenen Häuslichkeit nicht in der analysierten Literatur gefunden.

Heterogene Effekte

Zwei Forschungsarbeiten lassen auf heterogene Ergebnisse schließen.

Eine Längsschnittstudie aus den USA vergleicht die Outcomes körperliche Leistungsfähigkeit, Frakturen, Rückgang funktioneller Fähigkeiten, Einzug in ein Pflegeheim, Tod, kognitiver Status, Depression, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Mobilitäts-ADL und Komorbidität von 1.791 Bewohnerinnen und Bewohnern aus ALF mit in der eigenen Häuslichkeit lebenden Personen. Die Größe der Vergleichszielgruppe wird nicht beschrieben. In den ADL lassen sich ähnliche Ausprägung in beiden Settings verzeichnen, jedoch sind niedrigere Werte in Bezug auf die Gehgeschwindigkeit, die Griffstärke, das Aufstehen von einem Stuhl und der Balance kennzeichnend im Vergleich zu Personen, die in der eigenen Häuslichkeit leben (Giuliani et al. 2008).

Der Aspekt des Missbrauchs älterer Menschen mittels einer Sekundärdatenanalyse im Querschnitt u.a. unter Berücksichtigung der Outcomes physischer, pflegerischer, verbaler, emotionaler, sexueller oder materieller Missbrauch sowie Vernachlässigung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untersucht eine weitere u.s-amerikanische Studie. Vergleichsgruppe sind Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit Betreuung in Anspruch nehmen (paid home care). Diese Gruppe weist im Vergleich zu Personen in ALF ein höheres Aufkommen verbalen Missbrauchs auf; in ALF kommt hingegen Vernachlässigung am häufigsten vor (Page et al. 2009).

Positive Effekte

Neben der Lebensqualität von ALF-Bewohnerinnen und Bewohnern (n=156) im Vergleich zu Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern (n=158) untersuchte eine prospektive, beobachtende Kohortenstudie in den USA im Längsschnittdesign den symptomatischen, kognitiven, emotionalen und funktionalen Status, den Gesundheitszustand sowie die soziale Unterstützung. Die Autoren beschreiben eine signifikant höhere Lebensqualität und weniger funktionale Defizite in ALF im Vergleich zu den in der eigenen Häuslichkeit lebenden Personen, was auf einen Vorteil des Wohnformtyps gegenüber der eigenen Häuslichkeit hinweist (Naylor et al. 2016).

Negative Effekte

Schlechtere Versorgungsergebnisse in Assisted Living Facilities (ALF) gegenüber dem Setting der eigenen Häuslichkeit beschreibt eine Studie aus den USA. Spezifische Zielgruppe sind Menschen, die Hospizpflege in Anspruch nehmen. Durch die Betrachtung des Zeitraums Januar 2008 bis Mai 2012 konnte ein im Verhältnis zu den meisten anderen hier beschriebenen Studien großes Sample herangezogen werden (n=78.130 in 12 ALF gegenüber n=85.581 in der eigenen Häuslichkeit). Untersuchte Endpunkte waren die Dauer der Inanspruchnahme von Hospizpflege, der Gebrauch von Opioiden sowie Ort des Todes. Im Ergebnis zeigte sich eine spätere Inanspruchnahme von Hospizpflege in ALFs und ein geringerer Gebrauch von Opioiden in ALFs, obwohl die gleiche Prävalenz von Schmerz in beiden Gruppen vorliegt (Dougherty et al. 2015).

Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich für diese Vergleichsform keine eindeutige Aussage zu der Bevorzugung einer Wohnform (eigene Häuslichkeit oder ALF) aufgrund der dargestellten Versorgungsqualität treffen. Nur wenige Studien beziehen sich auf die beiden Settings (n=4), untersuchen jedoch unterschiedliche Endpunkte und zum Teil spezifische Populationen. Somit sind keine Verallgemeinerungen möglich. Auch die Effektrichtungen sind zudem nicht eindeutig.

Vergleich zur traditionellen Settings der vollstationären Langzeitpflege

Keine Effekte

Für den Vergleich von ALF mit Pflegeheimen zeigten sich für vier Studien keine Effekte im Sinne einer Veränderung von bewohnerbezogenen Endpunkten.

Eine US-amerikanische Querschnittsstudie findet keine Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den untersuchten Settings bei der Befragung von 97 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern und 100 Bewohnerinnen und Bewohnern in ALF (Franks 2004). Auch aus einer in den USA durchgeführten Längsschnittstudie in 31 Pflegeheimen (610 Per-

sonen) und 38 ALF (605 Personen) lassen sich keine Unterschiede zwischen Settings hinsichtlich untersuchter Outcomes (u.a. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), psychologisches Wohlbefinden und Schmerzen) feststellen (Frytak et al. 2001). Lediglich geringfügige Unterschiede in den Outcomes in den untersuchten Einrichtungen und keinen Einfluss der Wohnformen auf die Endpunkte Mortalität, Gesundheitszustand, kognitiven Zustand, Depression, subjektive Gesundheit oder Funktionalität, die bei 82 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus ALF im Vergleich zu 76 Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Kontrollgruppe in einer prospektiven Langzeitstudie erhoben wurden, beschreibt eine Studie aus den USA (Pruchno and Rose 2000). Eine weitere Forschungsarbeit aus den USA betrachtete 783 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer aus 166 ALF und 489 aus 40 Pflegeheimen. Dabei werden unterschiedliche Schweregrade von Demenz in einer Kohortenstudie im Längsschnittdesign unterschieden. Sowohl für leichte, als auch fortgeschrittene bis schwere Formen der Demenz unterscheiden sich die Gesundheitsoutcomes nicht, auch die Mortalität und die soziale Funktion oder sozialer Rückzug weisen keine Unterschiede zwischen ALF und Pflegeheimen auf. Darüber hinaus lassen sich höhere Hospitalisierungsraten für Menschen in ALF finden (Sloane et al. 2003). Ob dies dem Umstand geschuldet sein kann, dass in den Pflegeheimen ein höheres Maß an Versorgungssicherheit vorliegt bzw. sich die Entscheidungsprozesse zur Hospitalisierung zwischen den Settings unterscheiden, lässt sich an dieser Stelle nur vermuten.

Heterogene Effekte

Fünf Forschungsarbeiten zeigten sowohl positive als auch negative Ergebnisse im Hinblick auf die Begünstigung einer der untersuchten Wohnformen. Zwei der Studien, die diesen Effekt beschreiben, sind systematische Übersichtsarbeiten.

In einer niederländischen systematischen Übersichtsarbeit werden 24 Studien einbezogen, hiervon sind fünf für die Betrachtung von Outcomes auf Ebene der Bewohnerinnen und Bewohnern für die vorliegende Analyse relevant. Diese untersuchen die Endpunkte Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Apathie, physische Aktivität und Teilnahme an Aktivitäten. Teilweise lassen sich keine Unterschiede zwischen den Wohnformen feststellen. In Bezug auf den Endpunkt Teilnahme an Aktivitäten wird jedoch eine stärkere Teilhabe im Vergleich mit Pflegeheimen berichtet (Anderiesen et al. 2014).

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit aus den USA schließt 14 Originalarbeiten ein. Im Ergebnis findet sich keine Evidenz für Unterschiede zwischen den Settings in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten, Teilhabe, Lebensqualität, Qualität des Sterbens, den Sterbeprozess und Einsatz von Psychopharmaka. Für Personen mit milder Demenz fällt die Wahrscheinlichkeit, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden, geringer aus, wenn sie in einem Pflegeheim leben. Zudem weisen Personen in Pflegeheimen vor dem Tod eine stabilere Gesundheitssituation auf (Zimmerman et al. 2013).

Als spezifische Zielgruppe werden in einer US-amerikanischen Längsschnittstudie Menschen, die Pflege am Lebensende beziehen, betrachtet. Bewohnerinnen- und bewohnerbezogene Endpunkte sind hier Todesumstände, Todesursache, Wahrnehmung des Sterbeprozesses, funktionaler Status (in den ADL) sowie Symptome der letzten Lebensmonate sowie Unbehagen. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Outcomes in beiden Settings ähnlich ausgeprägt sind. Mögliche Limitationen ergeben sich aus einer geringen Fallzahl der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (n=73 in 55 in ALF und n=72 in 26 Pflegeheimen), sowie möglichen Verzerrungen aufgrund des unterschiedlichen Anteils an Menschen mit Demenz in den Stichproben über die Versorgungssettings (Sloane et al. 2003 (Sloane et al. 2003)).

Darüber hinaus untersucht eine Forschungsarbeit aus den USA im Querschnitt mittels einer Sekundärdatenanalyse die Bewohnerschaft drei verschiedener Versorgungssettings (n=458 in Pflegeheimen; n=197 in der Häuslichkeit und n=63 in ALF). Die Studie fokussiert auf den Endpunkt Missbrauch älterer Menschen in verschiedenen Settings und kommt zu dem Schluss, dass die meisten Missbrauchsfälle in Pflegeheimen stattfinden. In erster Linie handelt es sich hierbei um Vernachlässigung und pflegerischen Missbrauch, wobei in ALF Vernachlässigung häufiger auftritt als in Pflegeheimen (Page et al. 2009). Inwiefern dieses Ergebnis eventuell durch die institutionellen Rahmenbedingungen für die jeweiligen Settings beeinflusst wird, lässt sich aus der Studie nicht ableiten.

Die Betrachtung der Endpunkte Stürze, Dekubitus und Mangelernährung im Rahmen einer in Deutschland durchgeführten Querschnittsstudie in 21 Einrichtungen des betreuten Wohnens (n=1.178) und 31 Pflegeheimen (n=1.823) lässt erkennen, dass obwohl Personen im betreuten Wohnen deutlich älter als die Vergleichsgruppe sind (im Mittel 83,2 bzw. 89,5 Jahre), sie weit weniger dekubitusgefährdet und häufig weniger stark in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Auch der Pflegebedarf ist in dieser Gruppe geringerer (Zielparameter anhand der Pflegestufe ermittelt). Hingegen zeigt sich eine höhere Sturzhäufigkeit und ein höheres Risiko einer Mangelernährung im Vergleich zu Personen im Pflegeheim. Jedoch bleiben relevante Einflussfaktoren in den Analysen unberücksichtigt. Eine abschließende Aussage zur Repräsentativität der Ergebnisse kann somit nicht erfolgen (Klingelhofer-Noe et al. 2015).

Positive Effekte

Unter den drei Studien, die auf einen begünstigenden Beitrag der Wohnform hinweisen, finden sich zwei originäre Arbeiten, die ein Prä-Post-Design zur Beschreibung der Lebensqualität während des Pflegeheimaufenthalts und eines anschließenden Aufenthalts in ALF verwenden. Beide Arbeiten beziehen sich auf dasselbe, in den USA durchgeführte, Forschungsprojekt, in das 42 Pflegebedürftige eingeschlossen werden. Im Ergebnis zeigen sich signifikante Verbesserung der durchschnittlichen Lebensqualität mit einem längeren Leben in der ALF. Veränderungen der Lebensumgebung und individualisierte Versorgung scheinen die Lebensqualität zu erhöhen. Die Bewohnerinnen und Bewohner berichten zudem signifikant weniger Ängste oder Depressionen im Vergleich zum Aufenthalt im Pflegeheim sowie eine höhere Zufriedenheit mit eigenen Entscheidungen und Entscheidungsmöglichkeiten (Brandt et al. 2004, Kelley-Gillespie and Farley 2007).

Weiterhin untersuchte in den USA eine prospektive, beobachtende Kohortenstudie die Lebensqualität in drei Versorgungssettings. Verglichen wurden ALF (n=156 Teilnehmer und Teilnehmerinnen), Angebote im Setting der eigenen Häuslichkeit (home and community-based services (n=156 Teilnehmer und Teilnehmerinnen)) und Pflegeheime (n=158 Teilnehmer und Teilnehmerinnen). Neben der Lebensqualität werden in dieser Studie zudem der symptomatische, der kognitive, der emotionale und der funktionale Status, der Gesundheitszustand sowie soziale Unterstützung betrachtet. Im Ergebnis finden sich eine höhere Lebensqualität und weniger funktionale Defizite in ALF im Vergleich zu beiden anderen Wohnsettings. Im Gegensatz zur ursprünglichen Annahme konnte bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer größeren Abhängigkeit bezüglich der ADL eine höhere Lebensqualität festgestellt werden (Naylor et al. 2016).

Negative Effekte

Unterschiede in den Endpunkten, die gegen einen Vorzug der Wohnform ALF sprechen, sind in einer Sekundärdatenanalyse unter Einbezug von 609 ALF-Bewohnerinnen und Bewohnern und 691 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern in Kanada, zu finden. Endpunkt der Untersuchung ist die akute Krankenhauseinweisungen innerhalb eines Jahres

nach Baseline-Erhebung. Die kumulative Inzidenz für akute Krankenhauseinweisungen für Menschen mit Demenz in ALF ist viermal höher als für Menschen mit Demenz im Pflegeheim. Ebenso lassen sich eine längere Verweildauer und überflüssige Bettenbelegung im Vergleich zu Menschen mit Demenz aus dem Pflegeheim verzeichnen. Das Vorliegen geringerer sozialer Teilhabe und Einbindung erhöht das Risiko für Menschen mit Demenz in ALF, akut Hospitalisiert zu werden. Autoren weisen darauf hin, dass die Prädiktoren dieselben in beiden Settings sind und somit keine settingspezifische Interventionen erforderlich sind um vermeidbare Hospitalisierungen zu reduzieren (Maxwell et al. 2015).

Zusammenfassung

Abschließend ergibt sich ein vielfältiges Bild von untersuchten Endpunkten und den Effektrichtungen, die auch für den Vergleich dieser Wohnformen keine Aussage zu eindeutigen Vorteilen des Wohnformtyps 2 gegenüber Pflegeheimen zulassen. Die meisten Studien zeigen heterogene Ergebnisse (n=5) oder keine Effekte (n=4). Eindeutig positive Effekte in Bezug auf den Vorteil von Angeboten des Wohnformtyps 2 lassen sich vorrangig bei dem Endpunkt Lebensqualität finden. Jedoch sind die beiden Studien hierbei Limitationen im Studiendesign unterworfen im Sinne einer geringen Fallzahl und fehlenden Kausalzusammenhängen oder der fehlenden Möglichkeit der Verallgemeinerbarkeit. Eindeutig gegen eine Bevorzugung des Wohnformtyps 2 gegenüber einem Pflegeheim wird ausschließlich in einer Studie in Bezug auf den Endpunkt vermeidbarer Krankenhausaufenthalte beschrieben.

Ergebnisse zu Angeboten des Wohnformtyps 3

24 der 27 Studien, die Angebote des Wohnformtyps 3 mit einer anderen Wohnform vergleichen, wählen traditionelle Settings der vollstationären Langzeitpflege als Vergleich. Zwei Studien (Kasai et al. 2014, Strupeit et al. 2014) aus Japan und Deutschland wählen Personen in der eigenen Häuslichkeit als Vergleichsgruppe. Eine Studie aus Israel (Weiner et al. 2010) vergleicht innerhalb des Wohnformtyps unterschiedliche Formen von Group Homes miteinander. Neben 16 Studien, die ein längsschnittliches Design verwendeten, finden sich acht Studien mit einem Querschnittsdesign sowie drei Übersichtsarbeiten (Ausserhofer et al. 2016, Gräske et al. 2013, Kok et al. 2013) in vorliegend analysierten Literatur.

Vergleich zu anderen Angeboten innerhalb des Wohnformtyps

In einer Stichprobe von 97 Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, die entweder in einem Group Home (n=40) oder in einer betreuten Wohngemeinschaft in einem 2-Personen-Haushalt (n=57) in Israel lebten, zeigte sich in einer Querschnittsanalyse für keine Wohnform ein überlegener Einfluss auf die Lebensqualität, das Ausmaß von Einsamkeit oder sozialer Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner (Weiner et al. 2010).

Vergleich zur eigenen Häuslichkeit

Einen Vorteil für Menschen mit Demenz, die Verhaltensauffälligkeiten sowie psychologische Symptome zeigen, zugunsten des Wohnens in einem Group Home (n=37) im Vergleich zum Wohnen in der eigenen Häuslichkeit (n=37), berichtet eine Querschnittsstudie aus Japan. Obgleich die Bewohnerinnen und Bewohner des GH einen höheren Versorgungsaufwand (auch in Bezug auf Unterstützungsleistungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens aufwiesen), zeigten sich weniger Verhaltensauffälligkeiten und psychologische Symptome. Ergänzend zeigten sich signifikant weniger Aggressivität, Angst- und Unruhezustände bei den Bewohnerinnen und Bewohnern des GH (Kasai et al. 2014).

Heterogene Resultate zeigt eine Sekundärdatenanalyse aus Deutschland, die im Querschnitt den Ernährungsstatus und das Risiko für Mangelernährung bei Personen in der eigenen Häuslichkeit mit Einschränkungen der Mobilität (n=82) und Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (n=60) untersuchte. Dabei zeigten sich signifikant geringere Werte des Minimal Nutritional Assessment (MNA) in den Wohngemeinschaften sowie insgesamt eine höhere Prävalenz für das Risiko von Mangelernährung, jedoch ein geringeres Vorliegen von Mangelernährung, was die Bedeutsamkeit der regelmäßigen, systematischen Erfassung des Ernährungszustandes sowie die Durchführung präventiver Maßnahmen betont (Strupeit et al. 2014).

Vergleich zu traditionellen Settings der vollstationären Langzeitpflege (Pflegeheime)

Keine Effekte

Keine Hinweise auf vorteilhafte oder begünstigende Effekte finden sich in den Ergebnissen zweier Längsschnitterhebungen (Verbeek et al. 2010, Yoon et al. 2016).

Für 28 kleinräumige Einrichtungen (SCL) mit 124 Bewohnerinnen und Bewohnern zeigten sich in einer niederländischen Studie keine überzeugenden Effekte für die allgemeine Lebensqualität, neuropsychiatrische Symptome und Agitiertheit im Vergleich zu 135 Bewohnerinnen und Bewohnern von 21 herkömmlichen, gerontopsychiatrischen Stationen in Pflegeheimen. Interessant ist jedoch, dass pflegende Angehörige in SCL ein signifikant geringeres Belastungserleben und eine höhere Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal berichten. Trotzdem beteiligen sie sich nicht in höherem Maße an der Versorgung, als es pflegende Angehörige in Pflegeheimen tun. Für das Pflegepersonal zeigten sich nur dann Unterschiede zugunsten einer höheren Arbeitszufriedenheit und Motivation, wenn Pflegende in idealtypischen SCL und gerontopsychiatrischen Stationen miteinander verglichen wurden (Verbeek et al. 2010).

Auch in einer retrospektive Längsschnittanalyse von 93 Bewohnerinnen und Bewohnern des Green House Modells im Vergleich zu 149 Pflegebedürftigen in Pflegeheimen in den USA, die seit mindestens sechs Monaten in der Einrichtung lebten, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in der Entwicklung der funktionalen Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens. In beiden Settings verschlechterten sich die Fähigkeiten über die Zeit und auch eine Unterscheidung in Verlaufstypen des Abbaus von Fähigkeiten deckte keine Unterschiede zwischen den beobachteten Gruppen auf (Yoon et al. 2016).

Ergänzend findet eine Literaturübersicht für ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland keine generellen Vorteile gegenüber stationären Einrichtungen im Hinblick auf bewohnerinnen-/bewohnerbezogene Outcomes. Die Autoren weisen darauf hin, dass die verfügbare Evidenzlage für diesen Wohnformtyp mangelhaft ist und Bedarf an qualitativ hochwertigen Studien besteht, die zum Erkenntnisstand zum Thema beitragen. Ein für die im Rahmen der Studie zur Entwicklung und Erprobung eines Konzeptes und von Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in neuen Wohnformen nach § 113b Abs. 4 SGB XI nicht außer Acht zu lassendes Nebenergebnis dieser Übersichtsarbeit ist, dass auch Erkenntnisse zu den Entwicklungen im Bereich eines Setting-spezifischen Qualitätsmanagement nicht oder nur unzureichend zu finden sind (Gräske et al. 2013).

Heterogene Effekte

Gemischte Resultate finden sich in neun der 24 Studien in diesem Literatursubset. Die älteste eingeschlossene Studie dieser Übersicht untersuchte in einem Längsschnitt in Schweden Mitte der 1990er Jahre Versorgungsergebnisse des Group Living Konzeptes hinsichtlich der Dauer der Inanspruchnahme, des Überlebens und des Arbeitsaufwandes des Pflegepersonals bei 83 Menschen mit Demenz (MmD), die aus einem Pflegeheim in Group Living (GL) Einheiten umzogen. Im Vergleich zu einer gemachten Kontrollgruppe von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zeigten sich keine Unterschiede im Überleben oder der Dauer der Inanspruchnahme binnen drei Jahren. Jedoch waren Symptome der Demenz sowie ein Abbau funktionaler Fähigkeiten in GL-Einheiten weniger prominent. Am stärksten zeigt sich dieser Effekt innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Umzug, während er im Zeitverlauf abnahm. Nach drei Jahren zeigten beide untersuchten Personengruppen eine ähnliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes, wobei die Versorgung von MmD in den GL-Einheiten mit einem geringeren Pflegeaufwand einherging. Die Studie weist darauf hin, dass das Leben in GL die Lebensqualität von MmD für eine gewisse Zeitdauer positiv beeinflussen kann (Annerstedt 1994).

Eine holländische Studie, die zwölf kleinteilige Wohnkonzepte (SCL) mit vier traditionellen Pflegeheimen in Holland und Belgien im Längsschnittdesign verglich, erhob Daten von 179 MmD (Holland: n=51 in SCL, n=51 in traditionellen Heimen; Belgien: n=47 in SCL, n=30 in traditionellen Heimen) um den Beitrag der Wohnform auf die Lebensqualität abzubilden. Die Ergebnisse unterscheiden sich für die betrachteten Länder: In der holländischen Stichprobe zeigten sich in den eingesetzten Subskalen zur Bestimmung der Lebensqualität bessere Werte für soziale Beziehungen, einen positiven Gemütszustand und dem Gefühl, eine Aufgabe zu haben in den SCL, während diese im traditionellen Setting geringer ausfielen. Im Zeitverlauf nahmen diese jedoch in den SCL ab, während sie im traditionellen Setting stabil blieben. In der belgischen Stichprobe fühlten sich die Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner im Zeitverlauf mehr in der Einrichtung zuhause, während in den SCL die mittlere Lebensqualität stabiler blieb, die Pflegebedürftigen dort jedoch signifikant niedrigere Werte (im Sinne einer schlechteren Lebensqualität) im Bereich der Unruhe aufwiesen. Zusätzlich nahmen die mittleren Werte der Aspekte „eine Aufgabe haben“ und „soziale Kontakte“ ab, nicht aber in den Pflegeheimen (de Rooij et al. 2012). Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass diese Studie strenggenommen nicht eine Wohnform des ambulant betreuten Wohnens untersucht, da die SCL einem Pflegeheim angegliedert waren und vermutlich eher dem Wohngruppenkonzept innerhalb stationärer Einrichtungen näherkommen.

Das Gefühl des Zuhause-seins und die Gesundheit im Zeitverlauf von Menschen, die aus einem Pflegeheim in eine Einrichtung des Small-House Modells (SmH) zogen, untersuchte eine US-amerikanische Studie in einem mixed-methods-Ansatz bei dem zu vier Zeitpunkten (vor dem Umzug sowie einen, drei und sechs Monate nach dem Umzug bzw. im gleichen Intervall bei der im Heim verbleibenden Kontrollgruppe) sowohl quantitative als auch qualitative Datenerhebungen zum Einsatz kamen. Zwischen den 15 Personen in den SmH und den 10 Personen in den Pflegeheimen zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede im Zeitverlauf bezogen auf die soziale Unterstützung, Komorbiditäten, selbstbewertete Gesundheit oder die Anzahl der Medikation. Diejenigen, die in die SmH umzogen, wiesen vor dem Umzug häufiger depressive Symptome und niedrigere Werte im Gefühl des Zuhause-seins auf, die sich nach dem Umzug verbesserten. Ebenso waren Personen in den SmH im Zeitverlauf weniger von funktionaler Unterstützung abhängig. Die meisten Personen, die im Pflegeheim lebten, hatten zur Baselineerhebung höhere Werte des Gefühls des Zuhause-seins, welche sich über die Zeit stabil zeigten. Die qualitativen Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass „Sich-Zuhause-Fühlen“ ein individuelles Konstrukt ist, welches sich nicht zwingend an einem Wohnformtyp festmachen lässt (Molony et al. 2011).

Eine Stichprobe von Menschen mit Demenz in Group Homes (GH) (n=13) im Vergleich zu einer gemachten Kontrollgruppe von Menschen mit Demenz, die auf einer spezialisierten Station eines Pflegeheims versorgt werden (n=13) untersuchte eine Studie aus Japan in einer Längsschnittstudie mit einjähriger Beobachtungsdauer. Im Zeitverlauf blieb die kognitive Funktion von MmD in GH erhalten, während sie im Pflegeheim abnahm. Verhaltensauffälligkeiten, welche einen weiteren Endpunkt der Studie darstellten, waren in keiner der Gruppen festzustellen (Suzuki et al. 2008).

In einem quasi-experimentellen Längsschnittdesign mit 67 Bewohnerinnen und Bewohnern aus 19 Group Living Homes (GH) und 97 Bewohnerinnen und Bewohnern aus sieben Pflegeheimen untersuchte eine Studie aus den Niederlanden die Lebensqualität und die funktionalen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz. Aufgenommen wurden ausschließlich neu eingezogene Personen, deren Daten zu zwei Messzeitpunkten im Abstand von sechs Monaten erhoben wurden. Im Ergebnis sind einige vorteilhafte Effekte in den GH anzuführen: MmD in den GH benötigen u.a. weniger Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, sind stärker sozial eingebunden und involviert, größeres soziales Engagement, haben mehr zu tun und weisen weniger physische Einschränkungen auf. Auch kamen freiheitsentziehende Maßnahmen seltener zum Einsatz als im Pflegeheim. Im Hinblick auf den kognitiven Status, Verhaltensauffälligkeiten (Depressionen oder psychiatrische Symptome), die Lebensqualität sowie den Einsatz von Psychopharmaka zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen den Wohnformen. Die Autoren betonen, dass trotz der vorteilhaften Effekte der GH, auch die in die Studie eingeschlossenen Pflegeheime eine gute Versorgungsperformanz aufwiesen (te Boekhorst et al. 2009).

Ebenfalls einem quasi-experimentellen Längsschnittdesign folgend verglich eine weitere Studie aus den Niederlanden 124 Bewohnerinnen und Bewohner von 28 small-scale living facilities (SCL) mit 135 Bewohnerinnen und Bewohnern von 21 gerontopsychiatrischen Stationen in Pflegeheimen. Daten wurden zu drei Messzeitpunkten innerhalb eines Jahres erhoben (Baseline und follow-up nach sechs bzw. zwölf Monaten). Für die Bewohnerinnen und Bewohner der SCL insgesamt zeigte sich zum ersten Erhebungszeitpunkt und nach sechs Monaten ein signifikant höheres Ausmaß der sozialen Teilhabe. Dieser Effekt war jedoch nach zwölf Monaten nicht mehr nachweisbar. Physisch nicht-aggressives auffälliges Verhalten (wie zielloses Herumlaufen) sowie motorisch auffälliges Verhalten (etwa repetitive Bewegungsabläufe, Nesteln) traten nach 12 Monaten in den SCL häufiger auf. Hingegen lag ein signifikant seltenerer Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen (Bauchgurte, feststellbare Tische an Rollstuhl/Sitzwagen, beidseitige Bettgitter) vor. Ebenso kamen in den SCL signifikant weniger psychotrope Medikamente zum Einsatz (Verbeek et al. 2014).

Gesundheitsbezogene Endpunkte und Lebensqualität standen im Fokus einer deutschen Studie zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz (SHA), die diese im Längsschnitt (erstmalig für Deutschland) mit spezialisierten Wohnbereichen in Pflegeheimen (SCU) verglich. Daten von 34 Pflegebedürftigen in den SHA und 22 in den SCU wurden zum Einzug sowie nach sechs und zwölf Monaten erhoben. Für beide Personengruppen zeigte sich im Zeitverlauf eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten aber auch von neuropsychiatrischen Symptomen. Innerhalb des Beobachtungszeitraumes erhöht sich die mittlere Lebensqualität in den SHA, jedoch fanden sich insgesamt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, so dass diese Studie weder einen vorteilhaften Effekt für die SHA noch für die SCU zeigen konnte. Die Autorinnen und Autoren betonen, dass eine evidenzbasierte Empfehlung hinsichtlich des zu wählenden Versorgungssettings bei der Entscheidungsfindung zur Frage, ob MmD besser in eine SCU oder in SHA einziehen sollten, somit aufgrund der verfügbaren Datenbasis nicht möglich ist (Wolf-Ostermann et al. 2012).

Die psychologischen Auswirkungen des Lebens in kleinräumigen Wohnformen vom Typ des Green (GH) House untersuchte eine Längsschnittstudie (Sekundärdatenanalyse) aus den USA. Der Vergleich von 93 Bewohnerinnen und Bewohnern aus neun GH sowie von 149 Bewohnerinnen und Bewohnern aus vier traditionellen Pflegeheimen, die seit mindestens sechs Monaten in den Einrichtungen lebten und für die Daten aus einem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren (sechsmonatige Erhebungsintervalle nach Baseline) analysiert wurden, zeigte einen vorteilhaften Effekt für eine höhere Wahrscheinlichkeit, der sozialen Einbindung/Teilhabe in den GH. Jedoch stiegen die depressiven Symptome bei den Bewohnerinnen und Bewohnern in den GH im Vergleich zu jenen im Pflegeheim signifikant an (Yoon et al. 2015).

Heterogene Resultate fasst auch eine systematische Übersichtsarbeit eines internationalen Studienteams zusammen, welche der Frage nachging, ob sich die Charakteristika von MmD in kleinteiligen, der eigenen Häuslichkeit ähnlichen SCUs oder SCUs von denen anderer Patienten und Personen im Pflegeheim unterscheiden. Die eingeschlossenen 32 Studien, in denen ebenfalls unterschiedliche Vergleichskombinationen betrachtet werden, lassen keinen Schluss auf einen eindeutigen Vorteil für eine positive Auswirkung der Wohnform auf das allgemeine Verhalten, die Lebensqualität, auf Agitiertheit und Aggression, die soziale Teilhabe sowie Depression und Angst zu. Lediglich für den funktionalen Status finden sich Hinweise zugunsten besserer funktionaler Fähigkeiten in regulären SCU sowie kleinräumigen SCU. Im Vergleich dieser beiden Wohnsettings leistet das Merkmal der Kleinräumigkeit keinen überzeugenden Beitrag im Vergleich zu herkömmlichen SCU (Kok et al. 2013).

Positive Effekte

Positive Effekte finden sich insgesamt in acht Studien, von denen drei Analysen im Querschnitt und vier im Längsschnitt enthalten. Eine systematische Übersichtsarbeit komplettiert die hier analysierte Literatur.

Die Ergebnisse einer deutschen Querschnittsstudie (Sekundärdatenanalyse), die 60 Bewohnerinnen und Bewohner aus 29 ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit einer Vergleichsgruppe von 69 Pflegebedürftigen in Pflegeheimen hinsichtlich ihres Ernährungszustandes untersuchte, zeigen, dass der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit schlechtem Ernährungszustand in den Wohngemeinschaften geringer ist, als in den Pflegeheimen. Obwohl sich in den Wohngemeinschaften mehr Personen mit einem höheren Ausmaß der Pflegebedürftigkeit fanden. In beiden Settings weisen Menschen mit Demenzerkrankung häufiger Risiken für eine Mangelernährung auf und ein höheres Alter geht in beiden Wohnformen mit einem schlechteren Ernährungszustand einher (Meyer et al. 2014).

Die Lebensqualität von Menschen mit Demenz, die in Wohngruppen leben, ist Gegenstand einer in Japan durchgeführten Querschnittsstudie. Verglichen wurden Einrichtungen, die das Konzept des group-living umsetzten (173 Einrichtungen mit 616 Bewohnerinnen und Bewohnern) mit einer Kontrollgruppe von 174 traditionellen Pflegeheimen und 750 Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Analysen zeigen für die GL-Einrichtungen eine signifikant höhere Lebensqualität u.a. in Bezug auf Interaktion mit dem direkten Umfeld und die Fähigkeit sich mitzuteilen. Auch für die allgemeine Lebensqualität insgesamt weisen Bewohnerinnen und Bewohner in den GL-Einrichtungen signifikant höhere Werte auf. Die Autorinnen und Autoren schlussfolgern, dass das gemeinschaftliche Wohnen die Lebensqualität von Menschen mit Demenz erhöhen kann (Nakanishi et al. 2012). Einschränkend ist jedoch zu berücksichtigen, dass die in der Studie untersuchten Wohnformen der GH-Einrichtungen wahrscheinlich am ehesten mit dem Prinzip der stationären Wohngruppen in Pflegeheimen gleichzusetzen sind. Die Übertragbarkeit auf die in der vorliegenden Arbeit zu untersuchenden Wohnformen ist daher eingeschränkt.

Nicht unbeachtet werden sollen die Ergebnisse einer niederländischen Studie, die sich weniger mit Versorgungsergebnissen auf Ebene der Bewohnerinnen und Bewohner als mit den Erfahrungen und dem Erleben von pflegenden Angehörigen und Pflegenden in Wohngruppen (SCL) auseinandersetzt. Im Rahmen einer Prozessevaluation, die zum letzten Erhebungszeitpunkt einer Wirksamkeitsstudie SCL mit herkömmlichen Pflegeheimen verglich, nahmen 67 pflegende Angehörige aus SCL und 63 aus Pflegeheimen sowie 101 Pflegenden aus SCL und 208 aus Pflegeheimen an einer Fragebogenerhebung teil. Mit einer Zufallsauswahl aus diesem Sample (13 Pflegenden Angehörige und 11 Pflegenden aus SCL) wurden vertiefende qualitative Interviews geführt. Pflegenden Angehörige im Setting SCL sind im Ergebnis zufriedener mit der Versorgungssituation und dem Pflegepersonal. Aus Sicht der Angehörigen sind SCL eher in der Lage, eine der eigenen Häuslichkeit ähnliche Versorgung zu bieten. Der Anteil des Personals, das in einem anderen Setting arbeiten möchte (also den Arbeitsplatz wechseln will) ist in den SCL geringer als in den Pflegeheimen. Sowohl seitens der Angehörigen als auch des Personals werden überwiegend positive Erfahrungen mit SCL betont (Verbeek et al. 2012).

Im Längsschnitt analysierte eine Studie aus den USA den Einfluss von Wohnen nach dem Green House Modell (GH) auf individuenbezogene Endpunkte der Pflegequalität über einen Zeitraum von fünf Jahren. Eingeschlossen wurden 15 Einrichtungen, die das GH-Modell umsetzten, sowie 223 gematchte Pflegeheime. Das Leben im GH senkte für die Pflegebedürftigen die Wiederaufnahmen nach einem Krankenhausaufenthalt sowie einige Kennzahlen für mangelhafte Versorgungsqualität wie Bettlägerigkeit, das Entstehen von Dekubitus, den Einsatz von Harnwegskathetern, jedoch waren diese Effekte nicht konsistent in der gesamten Stichprobe der GH zu finden (Afendulis et al. 2016).

Qualitätsindikatoren waren ebenfalls Gegenstand einer weiteren Längsschnittstudie mit einem quasi-experimentellem Design aus den USA. Verglichen wurden zehn Einrichtungen des Green-House-Modells (GH) und zwei Pflegeheime, in denen jeweils 40 Pflegebedürftige per Zufall für die Teilnahme ausgewählt wurden. Der Baselineerhebung folgten drei follow-up-Erhebungen im Abstand von je sechs Monaten. Neben 24 Qualitätsindikatoren kamen Skalen zur Messung der Lebensqualität sowie des Wohlbefindens, der Zufriedenheit, des selbstberichteten Gesundheitszustandes und der funktionalen Gesundheit zum Einsatz. Werden ausgewählte Merkmale der Baseline-Erhebung in den Analysen kontrolliert, weisen Personen in den GH eine höhere Lebensqualität in neun von elf bzw. vier von elf Dimensionen (darunter Autonomie, Privatheit) auf und waren zufriedener. Bessere Ergebnisse zeigten sich in zwei bzw. drei Qualitätsindikatoren (geringere Prävalenz bettlägeriger Personen, weniger inaktive oder gering aktive Personen, geringere Inzidenz einer Abnahme grundlegender Fähigkeiten (late-loss ADL) im Vergleich zu dem einen und eine niedrigere Prävalenz von Depressionen, eine geringere Inzidenz einer Abnahme grundlegender Fähigkeiten (late-loss ADL), ein höheres Vorliegen von Inkontinenz im Vergleich zu dem anderen Pflegeheim. Die Autoren schlussfolgern, dass die Versorgung in den GH eine ähnliche Qualität wie in den Pflegeheimen aufweist und diese im Bereich von Veränderungen der funktionalen Fähigkeiten sogar übertrifft (Kane et al. 2007).

Eine kanadische Studie vergleicht die Versorgung von Menschen mit Demenz in Special care facilities (SCF, Einrichtungen, die für jeweils zehn Pflegebedürftige in separaten Bungalows Wohnen und Pflege mit dem Schwerpunkt einer individuellen Versorgung, größerer Wahlfreiheit und dem Vermitteln eines Gefühls des Zuhauses (Alltagsnormalität)) mit herkömmlichen Pflegeheimen in einer prospektiven Längsschnittstudie. Die Beobachtungsdauer von zwölf Monaten mit Messintervallen von drei Monaten schloss 62 Pflegebedürftige in SCF und 123 Pflegebedürftige in Pflegeheimen ein. Die Studie weist einen positiven Beitrag der SCF zu der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner auf: Diese fällt gleich oder

besser als in traditionellen Pflegeheimen aus. Auch für die funktionalen Fähigkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen sich signifikant bessere Werte (Reimer et al. 2004).

Eine Synthese der Ergebnisse aus vier Studien, die im Rahmen der THRIVE (The Research Initiative Valuing Eldercare) in den USA durchgeführt wurden, wertet Primärdaten aus 28 Green House Konzepten (GH) und 15 Pflegeheimen sowie Sekundärdaten aus 72 GH und 223 Pflegeheimen aus. Die Ergebnisse werden auf Ebene der Einrichtungen aggregiert präsentiert. Im Unterschied zu den Pflegeheimen zeigt sich für die GH, dass die Bewohnerinnen und Bewohner über mehr Mitbestimmung bei der Tagesgestaltung verfügen und weniger an formalen Aktivitäten teilnehmen. Auch sinken mit dem Wohnen im GH die 30-Tage-Wiederaufnahmerate und vermeidbare Krankenhauseinweisungen. Bei ähnlicher Zusammensetzung der Bewohnerschaft finden sich signifikant weniger bettlägerige Personen in den GH. Obgleich in den GH weniger Personal eingesetzt ist, weist das Pflegepersonal eine höhere Steuerungsverantwortung der Pflegeteams, eine niedrigere direkte Pflegezeit, eine persönlichere Bindung zu den Pflegebedürftigen sowie eine frühere Beobachtung von Veränderungen des Zustandes der Bewohnerinnen und Bewohner auf. Wenn spezialisierte Pflegefachkräfte (Licensed Nurse Practitioners) im GH arbeiten, gehen sie weniger regelkonform vor, weisen eine geringere Fachkompetenz auf und sind weniger zufrieden als im Pflegeheim. Im Fall unerwarteten Personalausfalls ist für Pflegendende im GH die Leistung einer guten Versorgung eher gewährleistet (Zimmerman et al. 2016).

Abschließend werden die Ergebnisse einer Übersichtsarbeit aus dem internationalen Raum dargestellt. Das Scoping-Review schließt 14 Studien ein, die im Zeitraum zwischen 1994 und 2014 publiziert wurden (sechs quasi-experimentelle und acht Querschnittsstudien). In den originären Arbeiten werden der eigenen Häuslichkeit ähnelnden Wohngruppenkonzepte (homelike residential care models) mit Pflegeheimen verglichen. Untersuchte Outcomes auf Ebene der Bewohnerinnen und Bewohner stellen ADL, Ernährungsstatus, Stürze, Druckgeschwüre, Medikation, kognitive Fähigkeiten, soziale Aktivität, Gemütslage und Lebensqualität dar. Zusammenfassend zeigen sich für Pflegebedürftige in demenzspezifischen Kleinraumwohnkonzepten bessere physische Outcomes und eine höhere Zufriedenheit mit der Pflege als in nicht demenzspezifischen Kleinraumwohnkonzepten (Ausserhofer et al. 2016).

Zusammenfassung

Im Vergleich von Wohnformen des Typs 3 mit traditionellen Settings der vollstationären Langzeitpflege ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die untersuchten Wohnformen des Typs 2: Endpunkte schließen eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Outcomes ein und liefern einige Hinweise auf einen positiven Beitrag der Wohnform. Besonders für das methodisch verschiedenmaßen untersuchte Konstrukt der Lebensqualität, das in der Debatte um neue Wohnformen in der Fachöffentlichkeit von den Befürworterinnen und Befürwortern dieser Wohnangebote als positives Merkmal hervorgehoben wird, liegt derzeit noch keine abschließende Evidenz vor. Bei der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf neue Wohnformen in Deutschland ist zudem die unterschiedliche Konzeption der Wohnangebote im internationalen Raum zu berücksichtigen.

Tabelle 43: Übersicht Literaturlauswahl 1 – vergleichende Studien

Autor(en) (Jahr)	Titel	Her- kunft	Wohn- form*	Ty p	Vergleichs- wohnform	Design	Effekt (so- fern zutref- fend)**
Anderiesen et al. (2014)	A systematic review – physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment	NLD	ALF	2	Pflegeheim	SR	Heterogene Resultate
Avery et al. (2010)	Determinants of Living Situation in a Population of Community-Dwelling and Assisted-Living Dwelling Elders	USA	ALF	2	eigene Häuslichkeit	Querschnitt	
Brandi et al. (2004)	Nursing home vs. assisted living: the environmental effect on quality of life	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt (Prä-Post)	Positive Effekte
Dougherty et al. (2015)	Hospice Care in Assisted Living Facilities Versus at Home: Results of a Multisite Cohort Study	USA	ALF	2	eigene Häuslichkeit	Querschnitt	Negative Effekte
Franks (2004)	Comparing perceived quality of life in nursing homes and assisted living facilities	USA	ALF	2	Pflegeheim	Querschnitt	Keine Effekte
Frytak et al. (2001)	Outcome trajectories for assisted living and nursing facility residents in Oregon	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt	Keine Effekte
Giuliani et al. (2008)	Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes	USA	ALF	2	eigene Häuslichkeit	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Hedrick et al. (2003)	Resident outcomes of Medicaid-funded community residential care	USA	ALF	2	andere Angebote innerhalb des Typs	Längsschnitt	Keine Effekte
Kelley-Gillespie & Farley (2007)	The Effect of Housing on Perceptions of Quality of Life of Older Adults Participating in a Medicaid Long-Term Care Demonstration Project	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt (Prä-Post)	Positive Effekte
Klingelhöfer-Noe et al. (2015)	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. „betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung“ Ergebnisqualität bezogen auf Dekubitus, Sturz und Mangelernährung	DEU	ALF	2	Pflegeheim	Querschnitt	Heterogene Resultate
Maxwell et al. (2015)	Elevated Hospitalization Risk of Assisted Living Residents With Dementia in Alberta, Canada	CAN	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt	Negative Effekte

Autor(en) (Jahr)	Titel	Her- kunft	Wohn- form*	Ty- p	Vergleichs- wohnform	Design	Effekt (so- fern zutref- fend)**
Naylor et al. (2012)	Factors Associated With Changes in Perceived Quality of Life Among Elderly Recipients of Long-Term Services and Supports	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt	Positive Effekte
Page et al. (2009)	The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan survey	USA	ALF	2	Pflegeheim	Querschnitt	Heterogene Resultate
Pruchno & Rose (2000)	The effect of long-term care environments on health outcomes	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt	Keine Effekte
Sloane et al. (2005)	Health and functional outcomes and health care utilization of persons with dementia in residential care and assisted living facilities: comparison with nursing homes	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt	Keine Effekte
Sloane et al. (2003)	End-of-life care in assisted living and related residential care settings: comparison with nursing homes	USA	ALF	2	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Zimmermann et al. (2013)	Systematic Review: Effective Characteristics of Nursing Homes and Other Residential Long-Term Care Settings for People with Dementia	USA	ALF	2	Pflegeheim, u.a.	SR	Heterogene Resultate
de Boer et al. (2017a)	Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social Interaction for People With Dementia	NLD	GC		Pflegeheim	Längsschnitt	Positive Effekte
de Boer et al. (2017b)	Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study	NLD	GC		Pflegeheim, u.a.	Querschnitt	Positive Effekte
Afendulis et al. (2016)	Green House Adoption and Nursing Home Quality	USA	GH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Positive Effekte
Kane et al. (2007b)	Resident Outcomes in Small-House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program	USA	GH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Positive Effekte
Reimer et al. (2004)	Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life	CAN	GH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Positive Effekte
Sharkey et al. (2011)	Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the Green House project sites	USA	GH	3	Pflegeheim (SNF)	Längsschnitt	Keine Effekte
Yoon et al. (2015)	Longitudinal psychological outcomes of the small-scale nursing home model: a latent growth curve zero-inflated Poisson model	USA	GH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate

Autor(en) (Jahr)	Titel	Her- kunft	Wohn- form*	Ty- p	Vergleichs- wohnform	Design	Effekt (so- fern zutref- fend)**
Yoon et al. (2016)	The Effects of the Green House Nursing Home Model on ADL Function Trajectory: A Retrospective Longitudinal Study	USA	GH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Keine Effekte
Zimmermann et al. (2016)	New Evidence on the Green House Model of Nursing Home Care: Synthesis of Findings and Implications for Policy, Practice, and Research	USA	GH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Positive Effekte
Annerstedt (1994)	An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients	SWE	GL	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Annerstedt (1997)	Group-living care: an alternative for the demented elderly	SWE	GL	3	Pflegeheim u.a.	Längsschnitt	Positive Effekte
Ausserhofer et al. (2016)	"There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes	INT	GL	3	Pflegeheim	SR	Positive Effekte
Nakanishi et al. (2012)	Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan	JPN	GL	3	Pflegeheim	Querschnitt	Positive Effekte
Smit et al. (2012)	The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia	NLD	GL	3	Pflegeheim, u.a.	Querschnitt	Positive Effekte
te Boekhorst et al. (2009)	The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care	NLD	GL	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Kasai et al. (2014)	Alzheimer's disease patients institutionalized in group homes run by long-term care insurance exhibit fewer symptoms of behavioural problems as evaluated by the Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale	JPN	GRPH	3	eigene Häuslichkeit	Querschnitt	Positive Effekte
Nakanishi et al. (2014)	Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence?	JPN	GRPH	3	Pflegeheim, u.a.	Querschnitt	Heterogene Resultate
Suzuki et al. (2008)	One-year follow-up study of elderly group-home residents with dementia	JPN	GRPH	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate

Autor(en) (Jahr)	Titel	Her- kunft	Wohn- form*	Ty p	Vergleichs- wohnform	Design	Effekt (so- fern zutref- fend)**
Weiner et al. (2010)	Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life	ISR	GRPH	3	andere Angebote innerhalb des Typs	Querschnitt	Keine Effekte
De Rooij et al. (2012)	Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: a quasi-experimental study	NLD	SCL	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Molony et al. (2011)	Trajectories of at-homeness and health in usual care and small house nursing homes	USA	SCL	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Verbeek et al. (2010b)	Dementia Care Redesigned: Effects of Small-Scale Living Facilities on Residents, Their Family Caregivers, and Staff	NLD	SCL	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Keine Effekte
Verbeek et al. (2014)	Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study	NLD	SCL	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate
Verbeek et al. (2012)	Small-scale, homelike facilities in dementia care: A process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff	NLD	SCL	3	Pflegeheim	Querschnitt	Positive Effekte
Kok et al. (2013)	Special Care Units and Traditional Care in Dementia: Relationship with Behavior, Cognition, Functional Status and Quality of Life – A Review	INT	SCU	3	Pflegeheim	SR	Heterogene Resultate
Meyer et al. (2014)	[Comparison of the nutritional status of residents in shared-housing arrangements and nursing homes: a secondary data analysis]	DEU	SHA	3	Pflegeheim	Querschnitt	Positive Effekte
Strupeit et al. (2014)	Influence of living situation on vulnerable elderly: focus on nutritional status	DEU	SHA	3	eigene Häuslichkeit	Querschnitt	Heterogene Resultate
Wolf-Ostermann et al. (2012)	Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units – results of the Berlin DeWeGE-study	DEU	SHA	3	Pflegeheim	Längsschnitt	Heterogene Resultate

Autor(en) (Jahr)	Titel	Her- kunft	Wohn- form*	Ty- p	Vergleichs- wohnform	Design	Effekt (so- fern zutref- fend)**
Gräske et al. (2013)	Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Eine Literaturübersicht zu Strukturen, Versorgungsauscomes und Qualitätsmanagement	DEU	SHA	3	Pflegeheim	SR	Keine Effekte

*) ALF = Assisted Living/Assisted Living Facilities/Residential Care; GC = Green Care Farm; GH = Green House/Green Home; GL= Group Living; GRPH= Group Home Living/Group Home Programm; SCL = Small Scale Living/Facility; SCU = Special Care Unit; SHA= Shared Housing Arrangements. **) Effekt bezieht sich hier auf in den Studien ausgewiesene Unterschiede zwischen den untersuchten Wohnformtypen, die auf einen Vorteil/begünstigenden Beitrag der neuen Wohnform schließen lassen. Heterogene Resultate liegen vor, wenn die Ergebnisse sowohl positive als auch negative Hinweise liefern.

Tabelle 44: Übersicht Literatúrauswahl 2 – nicht-vergleichende Studien

Autor(en)	Titel	Her- kunft	Wohn- form*	Typ	Design
Han et al. (2017)	Variation Across U.S. Assisted Living Facilities: Admissions, Resident Care Needs, and Staffing	USA	ALF	2	Querschnitt
Hedrick et al. (2009)	Assisted living pilot program: health outcomes	USA	ALF	2	Längs- schnitt
Mitchel & Kemp (2000)	Quality of life in assisted living homes: a multidimensional analysis	USA	ALF	2	Querschnitt
Muurinen et al. (2014)	Vision impairment and nutritional status among older assisted living residents	FIN	ALF	2	Querschnitt
Park (2009)	The relationship of social engagement to psychological well-being of older adults in assisted living facilities	USA	ALF	2	Querschnitt
Rosenblatt et al. (2004)	The Maryland assisted living study: prevalence, recognition, and treatment of dementia and other psychiatric disorders in the assisted living population of central Maryland	USA	ALF	2	Querschnitt
Samus et al. (2009)	Correlates of functional dependence among recently admitted assisted living residents with and without dementia	USA	ALF	2	Querschnitt
Samus et al. (2006)	Correlates of caregiver-rated quality of life in assisted living: the Maryland Assisted Living study	USA	ALF	2	Querschnitt
Samus et al. (2005)	The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia	USA	ALF	2	Querschnitt
Sikorska-Simmons (2006)	The effects of organizational policies on resident perceptions of autonomy in assisted living	USA	ALF	2	Querschnitt
Speller & Stolee (2015)	Client safety in assisted living: perspectives from clients, personal support workers and administrative staff in Toronto, Canada	CAN	ALF	2	Qualitativ
Springate et al. (2014)	Effects of an Assisted Living Facility Specifically Designed for Individuals with Memory Disorders: A Pilot Study	USA	ALF	2	Längs- schnitt
Thomas et al. (2011)	What do Potential Residents Need to Know about Assisted Living Facility Type? The Trade-off between Autonomy and Help with More Complex Needs	USA	ALF	2	Querschnitt
Zimmermann et al. (2005)	How Good Is Assisted Living? Findings and Implications From an Outcomes Study	USA	ALF	2	Längs- schnitt
Funaki et al. (2005)	Study on factors associated with changes in quality of life of demented elderly persons in group homes	JPN	GL	3	Längs- schnitt

Middelboe (1997)	Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness	DKN	GRPH	3	Längs- schnitt
Qian et al. (2005)	The impact of individual and organisational factors on engagement of individuals with intellectual disability living in community group homes: a multilevel model	USA	GRPH	3	Querschnitt
Shipton & Lashewicz (2011)	Quality Group Home Care for Adults with Developmental Disabilities and/or Mental Health Disorders: Yearning for Understanding, Security and Freedom	CAN	GRPH	3	Qualitativ
van Zadelhoff et al. (2011)	Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff	NLD	GRPH	3	Qualitativ
Rantz et al. (2011)	The continued success of registered nurse care coordination in a state evaluation of aging in place in senior housing	USA	ICF	2	Querschnitt
Gräske et al. (2015)	Family visits in shared-housing arrangements for residents with dementia--a cross-sectional study on the impact on residents' quality of life	DEU	SHA	3	Querschnitt
Meyer et al. (2015)	Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements--a one-year follow-up	DEU	SHA	3	Längs- schnitt

*) ALF = Assisted Living/Assisted Living Facilities/Residential Care; GL= Group Living; GRPH= Group Home Living/Group Home Programm; ICF= Intermediate Care Facility (Wohnen im eigenen Appartement); SHA= Shared Housing Arrangements.

In die Literaturlauswahl eingeschlossene Studien

Afendulis, C. C., Caudry, D. J., O'malley, A. J., Kemper, P. & Grabowski, D. C. 2016. Green House Adoption and Nursing Home Quality. *Health Serv Res*, 51 Suppl 1, 454-74.

Anderiesen, H., Scherder, E. J., Goossens, R. H. & Sonneveld, M. H. 2014. A systematic review--physical activity in dementia: the influence of the nursing home environment. *Appl Ergon*, 45, 1678-86.

Annerstedt, L. 1994. An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging (Milano)*, 6, 372-80.

Annerstedt, L. 1997. Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 8, 136-42.

Ausserhofer, D., Deschodt, M., De Geest, S., Van Achterberg, T., Meyer, G., Verbeek, H., Sjetne, I. S., Malinowska-Lipieñ, I., Griffiths, P., Schlüter, W., Ellen, M. & Engberg, S. 2016. "There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17, 685-693.

Avery, E., Kleppinger, A., Feinn, R. & Kenny, A. M. 2010. Determinants of living situation in a population of community-dwelling and assisted living-dwelling elders. *J Am Med Dir Assoc*, 11, 140-4.

Brandi, J. M., Kelley-Gillespie, N., Liese, L. H. & Farley, O. W. 2004. Nursing home vs. assisted living: the environmental effect on quality of life. *Journal of Housing for the Elderly*, 18, 73-88.

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (Hrsg.) (2007): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren, Düsseldorf.

De Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S., Beerens, H. C. & Verbeek, H. 2017a. Green Care Farms as Innovative Nursing Homes, Promoting Activities and Social Interaction for People With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18, 40-46.

De Boer, B., Hamers, J. P. H., Zwakhalen, S. M. G., Tan, F. E. S. & Verbeek, H. 2017b. Quality of care and quality of life of people with dementia living at green care farms: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*, 17, 155.

De Rooij, A. H., Luijckx, K. G., Schaafsma, J., Declercq, A. G., Emmerink, P. M. & Schols, J. M. 2012. Quality of life of residents with dementia in traditional versus small-scale long-term care settings: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*, 49, 931-40.

Dougherty, M., Harris, P. S., Teno, J., Corcoran, A. M., Douglas, C., Nelson, J., Way, D., Harrold, J. E. & Casarett, D. J. 2015. Hospice Care in Assisted Living Facilities Versus at Home: Results of a Multisite Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*, 63, 1153-7.

Franks, J. S. 2004. Comparing perceived quality of life in nursing homes and assisted living facilities. *Journal of Gerontological Social Work*, 43, 119-130.

Frytak, J. R., Kane, R. A., Finch, M. D., Kane, R. L. & Maude-Griffin, R. 2001. Outcome trajectories for assisted living and nursing facility residents in Oregon. *Health Serv Res*, 36, 91-111.

Funaki, Y., Kaneko, F. & Okamura, H. 2005. Study on factors associated with changes in quality of life of demented elderly persons in group homes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12, 4-9.

Giuliani, C. A., Gruber-Baldini, A. L., Park, N. S., Schrod, L. A., Rokoske, F., Sloane, P. D. & Zimmerman, S. 2008. Physical performance characteristics of assisted living residents and risk for adverse health outcomes. *Gerontologist*, 48, 203-12.

GKV-Spitzenverband (2018): Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen nach § 45f SGB XI - Konzeptionelle Grundlagen und methodische Vorgehensweise der wissenschaftlichen Begleitung, (noch nicht veröffentlichte) Zwischenveröffentlichung, Berlin.

Gräske, J., Meyer, S., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. 2015. Family visits in shared-housing arrangements for residents with dementia--a cross-sectional study on the impact on residents' quality of life. *BMC Geriatr*, 15, 14.

Gräske, J., Worch, A., Meyer, S. & Wolf-Ostermann, K. 2013. [Shared-housing arrangements for care-dependent people in Germany. A literature overview of structures, outcomes and quality management]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56, 1410-7.

Han, K., Trinkoff, A. M., Storr, C. L., Lerner, N. & Yang, B. K. 2017. Variation Across U.S. Assisted Living Facilities: Admissions, Resident Care Needs, and Staffing. *Journal of Nursing Scholarship*, 49, 24-32.

Hedrick, S. C., Guihan, M., Chapko, M. K., Sullivan, J., Zhou, X. H., Manheim, L. M., Forsberg, C. W. & Mambourg, F. J. 2009. Assisted living pilot program: health outcomes. *J Aging Health*, 21, 190-207.

Hedrick, S. C., Sales, A. E., Sullivan, J. H., Gray, S. L., Tornatore, J., Curtis, M. & Zhou, X. H. 2003. Resident outcomes of Medicaid-funded community residential care. *Gerontologist*, 43, 473-82.

Kane, R. A., Lum, T. Y., Cutler, L. J., Degenholtz, H. B. & Yu, T. C. 2007. Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *J Am Geriatr Soc*, 55, 832-9.

Kasai, M., Meguro, K., Akanuma, K. & Yamaguchi, S. 2014. Alzheimer's disease patients institutionalized in group homes run by long-term care insurance exhibit fewer symptoms of behavioural problems as evaluated by the Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale. *Psychogeriatrics*.

Kelley-Gillespie, N. & Farley, O. W. 2007. The effect of housing on perceptions of quality of life of older adults participating in a medicaid long-term care demonstration project. *J Gerontol Soc Work*, 49, 205-28.

Klingelhofer-Noe, J., Dassen, T. & Lahmann, N. A. 2015. [Nursing homes versus assisted living facilities: Outcome quality regarding pressure ulcers, falls and malnutrition]. *Z Gerontol Geriatr*, 48, 263-9.

Kok, J. S., Berg, I. J. & Scherder, E. J. 2013. Special care units and traditional care in dementia: relationship with behavior, cognition, functional status and quality of life - a review. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 3, 360-75.

Maxwell, C. J., Amuah, J. E., Hogan, D. B., Cepoiu-Martin, M., Gruneir, A., Patten, S. B., Soo, A., Le Clair, K., Wilson, K., Hagen, B. & Strain, L. A. 2015. Elevated Hospitalization Risk of Assisted Living Residents With Dementia in Alberta, Canada. *J Am Med Dir Assoc*, 16, 568-77.

Meyer, S., Fleischer-Schlechtiger, N., Graska, J., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. 2014. [Comparison of the nutritional status of residents in shared-housing arrangements and nursing homes: a secondary data analysis]. *Pflege Z*, 67, 224-9.

Meyer, S., Graska, J., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. 2015. Nutritional status of care-dependent people with dementia in shared-housing arrangements--a one-year follow-up. *Scand J Caring Sci*, 29, 785-92.

Middelboe, T. 1997. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 171, 251-5.

Mitchell, J. M. & Kemp, B. J. 2000. Quality of life in assisted living homes: a multidimensional analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 55, P117-27.

Molony, S. L., Evans, L. K., Jeon, S., Rabig, J. & Straka, L. A. 2011. Trajectories of at-homeness and health in usual care and small house nursing homes. *Gerontologist*, 51, 504-15.

Muurinen, S. M., Soini, H. H., Suominen, M. H., Saarela, R. K., Savikko, N. M. & Pitkala, K. H. 2014. Vision impairment and nutritional status among older assisted living residents. *Arch Gerontol Geriatr*, 58, 384-7.

Nakanishi, M., Hattori, K., Nakashima, T. & Sawamura, K. 2014. Health care and personal care needs among residents in nursing homes, group homes, and congregate housing in Japan: why does transition occur, and where can the frail elderly establish a permanent residence? *J Am Med Dir Assoc*, 15, 76.e1-6.

Nakanishi, M., Nakashima, T. & Sawamura, K. 2012. Quality of life of residents with dementia in a group-living situation: an approach to creating small, homelike environments in traditional nursing homes in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, 59, 3-10.

Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Abbott, K. M., Bowles, K. H., Foust, J., Shah, S. & Zubritsky, C. 2016. Factors Associated With Changes in Perceived Quality of Life Among Elderly Recipients of Long-Term Services and Supports. *J Am Med Dir Assoc*, 17, 44-52.

Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y. & Post, L. 2009. The effect of care setting on elder abuse: results from a Michigan survey. *J Elder Abuse Negl*, 21, 239-52.

Park, N. S. 2009. The relationship of social engagement to psychological well-being of older adults in assisted living facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 28, 461-481.

Pruchno, R. A. & Rose, M. S. 2000. The effect of long-term care environments on health outcomes. *Gerontologist*, 40, 422-8.

Qian, X., Tichá, R., Larson, S. A., Stancliffe, R. J. & Wuorio, A. 2015. The impact of individual and organisational factors on engagement of individuals with intellectual disability living in community group homes: a multilevel model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 493-505.

Rantz, M., Popejoy, L. L., Galambos, C., Phillips, L. J., Lane, K. R., Marek, K. D., Hicks, L., Musterman, K., Back, J., Miller, S. J. & Ge, B. 2011. The continued success of registered nurse care coordination in a state evaluation of aging in place in senior housing. *Nursing Outlook*, 59, 237-246.

Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. 2004. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *J Am Geriatr Soc*, 52, 1085-92.

Rosenblatt, A., Samus, Q. M., Steel, C. D., Baker, A. S., Harper, M. G., Brandt, J., Rabins, P. V. & Lyketsos, C. G. 2004. The Maryland assisted living study: prevalence, recognition, and treatment of dementia and other psychiatric disorders in the assisted living population of central Maryland. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1618-1625.

Samus, Q. M., Mayer, L., Onyike, C. U., Brandt, J., Baker, A., McNabney, M., Rabins, P. V., Lyketsos, C. G. & Rosenblatt, A. 2009. Correlates of functional dependence among recently admitted assisted living residents with and without dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10, 323-329.

Samus, Q. M., Rosenblatt, A., Onyike, C., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J., Mayer, L., Rabins, P. V. & Lyketsos, C. G. 2006. Correlates of caregiver-rated quality of life in assisted living: the Maryland Assisted Living study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61, P311-4.

Samus, Q. M., Rosenblatt, A., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J., Mayer, L., Rabins, P. V. & Lyketsos, C. G. 2005. The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *Gerontologist*, 45 Spec No 1, 19-26.

Sharkey, S. S., Hudak, S., Horn, S. D., James, B. & Howes, J. 2011. Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the Green House project sites. *J Am Geriatr Soc*, 59, 126-31.

Shipton, L. & Lashewicz, B. M. 2017. Quality Group Home Care for Adults with Developmental Disabilities and/or Mental Health Disorders: Yearning for Understanding, Security and Freedom. *J Appl Res Intellect Disabil*, 30, 946-957.

Sikorska-Simmons, E. 2006. The effects of organizational policies on resident perceptions of autonomy in assisted living. *Journal of Housing for the Elderly*, 20, 61-77.

Sloane, P. D., Zimmerman, S., Gruber-Baldini, A. L., Hebel, J. R., Magaziner, J. & Konrad, T. R. 2005. Health and functional outcomes and health care utilization of persons with dementia in residential care and assisted living facilities: comparison with nursing homes. *Gerontologist*, 45 Spec No 1, 124-32.

Sloane, P. D., Zimmerman, S., Hanson, L., Mitchell, C. M., Riedel-Leo, C. & Custis-Buie, V. 2003. End-of-life care in assisted living and related residential care settings: comparison with nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1587-1594.

Smit, D., De Lange, J., Willemse, B., Pot, A. M., Smit, D., De Lange, J., Willemse, B. & Pot, A. M. 2012. The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24, 722-732.

Speller, B. & Stolee, P. 2015. Client safety in assisted living: perspectives from clients, personal support workers and administrative staff in Toronto, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 23, 131-140.

Springate, B. A., Talwar, A. K. & Tremont, G. 2014. Effects of an Assisted Living Facility Specifically Designed for Individuals with Memory Disorders: A Pilot Study. *Journal of Housing for the Elderly*, 28, 399-409.

Strupeit, S., Meyer, S., Buss, A., Graske, J., Worch, A. & Wolf-Ostermann, K. 2014. Influence of living situation on vulnerable elderly: focus on nutritional status. *J Nutr Health Aging*, 18, 787-91.

Suzuki, M., Kanamori, M., Yasuda, M. & Oshiro, H. 2008. One-year follow-up study of elderly group-home residents with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 23, 334-43.

Te Boekhorst, S., Depla, M. F., De Lange, J., Pot, A. M. & Eefsting, J. A. 2009. The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24, 970-8.

Thomas, M. D., Guihan, M. & Mambourg, F. 2011. What do Potential Residents Need to Know about Assisted Living Facility Type? The Trade-off between Autonomy and Help with More Complex Needs. *Journal of Housing for the Elderly*, 25, 109-124.

Van Zadelhoff, E., Verbeek, H., Widdershoven, G., Van Rossum, E. & Abma, T. 2011. Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *J Clin Nurs*, 20, 2490-500.

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., Van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. & Hamers, J. P. 2010. Dementia care redesigned: Effects of small-scale living facilities on residents, their family caregivers, and staff. *J Am Med Dir Assoc*, 11, 662-70.

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., Van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. & Hamers, J. P. 2014. Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: a quasi-experimental study. *Int Psychogeriatr*, 26, 657-68.

Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., Van Rossum, E., Kempen, G. I. & Hamers, J. P. 2012. Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *Int J Nurs Stud*, 49, 21-9.

Weiner, A., Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H. & Yanos, P. T. 2010. Housing model for persons with serious mental illness moderates the relation between loneliness and quality of life. *Community Ment Health J*, 46, 389-97.

Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Fischer, T., Wulff, I. & Gräseke, J. 2012. Health outcomes and quality of life of residents of shared-housing arrangements compared to residents of special care units - results of the Berlin De We GE-study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3047-3060.

Yoon, J. Y., Brown, R. L., Bowers, B. J., Sharkey, S. S. & Horn, S. D. 2015. Longitudinal psychological outcomes of the small-scale nursing home model: a latent growth curve zero-inflated Poisson model. *Int Psychogeriatr*, 27, 1009-16.

Yoon, J. Y., Brown, R. L., Bowers, B. J., Sharkey, S. S. & Horn, S. D. 2016. The effects of the Green House nursing home model on ADL function trajectory: A retrospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud*, 53, 238-47.

Zimmerman, S., Anderson, W. L., Brode, S., Jonas, D., Lux, L., Beeber, A. S., Watson, L. C., Viswanathan, M., Lohr, K. N. & Sloane, P. D. 2013. Systematic review: Effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 61, 1399-409.

Zimmerman, S., Bowers, B. J., Cohen, L. W., Grabowski, D. C., Horn, S. D. & Kemper, P. 2016. New Evidence on the Green House Model of Nursing Home Care: Synthesis of Findings and Implications for Policy, Practice, and Research. *Health Services Research*, 51, 475-496.

Zimmerman, S., Sloane, P. D., Eckert, J. K., Gruber-Baldini, A. L., Morgan, L. A., Hebel, J. R., Magaziner, J., Stearns, S. C. & Chen, C. K. 2005. How good is assisted living? Findings and implications from an outcomes study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 60, S195-204.

Anhang 12: Ergebnisse der Online-Befragung

Zielsetzung

Im Rahmen der Studie wurde eine Online-Befragung bei Angeboten neuer Wohnformen durchgeführt. Hierzu steht der Prognos AG das Online-Befragungstool LimeSurvey zur Verfügung.

Durch die Befragung wurden bisherige Erfahrungen in neuen Wohnformen mit den praktizierten externen und internen Qualitätssicherungsverfahren eingeholt. Darüber hinaus wurden relevante, noch nicht berücksichtigte und über die ambulante Pflege hinausgehende Themenfelder für die Qualitätssicherung beleuchtet.

Folgende Wohnformtypen waren in dem Verfahren vorgesehen:

- Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen
(z.B. Seniorenwohngemeinschaften, Mehrgenerationenwohnen, Seniorendörfer)
- Ambulante betreute Wohnformen
(z.B. Betreutes Wohnen, Servicewohnen, Abbeyfield-Hausgemeinschaften, Betreutes Wohnen zu Hause)
- Ambulante Pflegewohnformen
(z.B. Ambulant betreute Wohngruppen / Wohngemeinschaften / Pflegehausgemeinschaft, Bielefelder Modelle, Gastfamilienmodelle, ambulantisierete stationäre Einrichtungen)
- Ambulante integrierte Wohnkonzepte
(z.B. Wohnen plus, Sozialräumliche Konzepte, Quartierskonzepte, Betreute Wohnzonen, Misch(Pflege-)formen)

Methodisches Vorgehen

Für die Online-Befragung wurde ein dreistufiges Verfahren durchgeführt, siehe Abbildung 17. Im ersten Schritt wurden Anfang Dezember 2017 sogenannte „Multiplikatoren“ kontaktiert. Diese wurden gebeten, ihnen bekannte Angebote neuer Wohnformen an die Prognos AG zu übermitteln. Zudem wurden die Multiplikatoren gebeten, den Aufruf im Sinne eines „Schneeballsystems“ an weitere Personen weiterzuleiten. Die Ansprache der Multiplikatoren diente dazu, eine möglichst umfassende Angebotssammlung zu erstellen. Das Evaluationsteam (bestehend aus den Wissenschaftlerinnen der Universität Bremen, dem Kuratorium Deutsche Altershilfe und der Prognos AG) hat verschiedene Multiplikatoren mit Kenntnissen zu Angeboten neuer Wohnformen ausgewählt (siehe Tabelle 1, Stand 20.11.2017). Hierbei wurde auf eine möglichst heterogene und vielseitige Auswahl der Multiplikatoren geachtet.

Bei den Multiplikatoren handelt es sich um Akteure auf regionaler Ebene (Länderebene bzw. kommunale Ebene). Durch die Ansprache auf regionaler Ebene sollte sichergestellt werden, dass Kenntnisse über konkrete Praxisangebote vorliegen. Die Ermittlung der Kon-

taktdaten erfolgte über eine systematische Internetrecherche. Darüber hinaus wurden bestehende Kontaktdaten des Evaluationsteams aufgenommen. Insgesamt wurden in Schritt eins über 1.800 Kontakte angeschrieben.

Tabelle 45: Übersicht zum Verteiler der Multiplikatoren

Multiplikatoren zur Sammlung von Angeboten neuer Wohnformen	
Akteure (Anzahl)	Beschreibung
Deutsche Alzheimergesellschaft (101)	Landesverbände und Regionalgruppen
Deutscher Landkreistag (13)	Landesverbände in den Flächenstaaten
Deutscher Städtetag (16)	Mitgliedsverbände der Bundesländer
Freie Wohlfahrtspflege und private Anbieter auf Länderebene (127)	Landesverbände / Bezirksverbände von AWO, bpa, Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Rotes Kreuz, Volkssolidarität
Koordinationsstellen (11)	Koordinationsstellen Wohnen im Alter / neue Wohnformen
Ministerien / Ämter auf Länderebene (23)	Landesministerien und Ämter auf Länderebene im Bereich Soziales bzw. Pflege
Pflegekassen auf Länderebene (44)	AOK, BKK (Landesverbände), IKK (Innungskassen), Knappschaft (Regionaldirektionen), vdek (Landesvertretungen)
Pflegestützpunkte / sonstige Beratungsstellen (538)	Vollerhebung der Pflegestützpunkte (Stand: Mai 2016), weitere Beratungsstellen für Bundesländer mit keinen bzw. wenigen Pflegestützpunkten (Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt)
Sozialämter (353)	Vollerhebung der Sozialämter in Deutschland (Stand: Mai 2016)
Sozialverbände auf Länderebene/ Kommune (159)	Verbände von DVSG, SoVD und VdK
Überörtliche Träger der Sozialhilfe (13)	BAGüS Mitglieder in kommunaler Trägerschaft
Wohn-, Betreuungs- und Heimaufsicht (450)	Stellen der Wohn-, Betreuungs- und Heimaufsicht (Stand: April 2017)
Sonstige Akteure (26)	Einzelkontakte

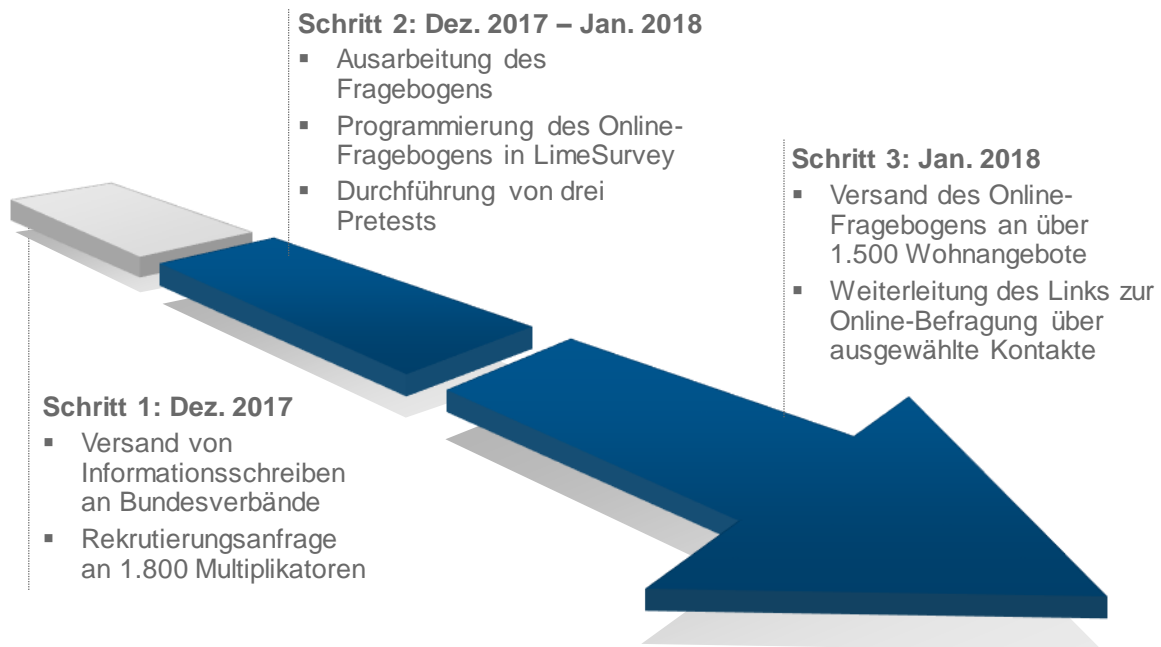
Quelle: Prognos 2017

Die erfassten Multiplikatoren wurden per E-Mail kontaktiert, ein Schreiben mit Informationen zum Projekt und der Befragung wurde beigefügt. Im Zuge der Ansprache der Multiplikatoren wurden zusätzlich die Verbände auf der Bundesebene - Bundesverbände der Pflegekassen, Bundesverband Deutscher Städtetag, Bundesverbände der Freien Wohlfahrtspflege, Bundesverbände der Sozialverbände - über das Vorhaben informiert. Die Multiplikatoren wurden gebeten, ihnen bekannte Wohnangebote in ein der E-Mail beigefügtes Excel-Dokument einzutragen. Hierbei wurden folgende Informationen zu den Angeboten abgefragt: Angebotsname, Wohnformtyp sowie Kontaktdaten. Der Wohnformtyp diente als Filterkriterium, um sicherzustellen, dass ausschließlich projektrelevante Wohnformtypen in den Verteiler für die ausführliche Online-Befragung (Schritt zwei) übernommen werden. Über die Rückmeldung der Multiplikatoren wurde ein Verteiler von etwa 1.500 Wohnangeboten neuer Wohnformen für die Online-Befragung zusammengestellt.

Im zweiten Schritt wurde im Zeitraum von Dezember 2017 bis Januar 2018 der Fragebogen ausgehend von den Ergebnissen der Analysen von Leitfäden sowie des Leistungs- und

Ordnungsrechts (siehe 1. und 2. Zwischenbericht) ausgearbeitet und in Lime-Survey programmiert. Anschließend wurden mit drei ausgewählten Projekten entsprechende Pretests durchgeführt und der Fragebogen anschließend nochmal geringfügig überarbeitet.

Abbildung 17: Zeitlicher Verlauf der Online-Befragung



Quelle: Prognos 2018.

Im dritten Schritt erfolgte Ende Januar 2018 die umfassende Online-Befragung, der in Schritt 1 erfassten Angebote. Bei der Befragung wurden projektrelevante Informationen erhoben, die im Anschluss systematisch ausgewertet wurden. Der Link zur Online-Befragung wurde mittels einer E-Mail an die erfassten Ansprechpartner der Angebote verschickt und erneut ein Informationsschreiben zum Projekt und der Befragung beigefügt.⁶⁰ Der Rücklauf und ausgewählte Ergebnisse der Befragung werden nachfolgend dargestellt.

⁶⁰ Darüber hinaus wurde den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die Möglichkeit eingeräumt, weitere ausgewählte Multiplikatoren an die Prognos AG zu übermitteln. Über diesen Weg wurde weitere 29 Kontaktpersonen erfasst. Diesen Kontakten wurde der Link zur Online-Befragung zur Weiterleitung an relevante Wohnangebote übermittelt.

Ergebnisse zu den Strukturmerkmalen

Neben den Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer und den Ansichtigen der Expertinnen und Experten, welche Anforderungen an neue Wohnformen zu stellen sind, wurde auch untersucht, welche Herausforderungen sich bei der Qualitätssicherung in unterschiedlichen Bereichen aus Sicht der Initiatoren für neue Wohnformen stellen. Hierzu wurde eine **Online-Befragung** durchgeführt. Aus den Befragungsergebnissen wurde u.a. anschließend die Relevanz der einzelnen Qualitätsmerkmale für das zu entwickelnde Konzept abgeleitet. Ein Bereich ist umso relevanter, je größer der Anteil der Befragten ausfiel, denen sich besondere Herausforderungen bei der Sicherung des Qualitätsmerkmal stellen.

Bei der Befragung der Initiatoren für neue Wohnformen handelt es sich nicht um eine repräsentative Befragung, sondern um eine Auswahl von Initiatoren, die ein breites Spektrum an unterschiedlichen Konzepten und unterschiedlichen regionaler Gegebenheiten abdecken. Die Ergebnisse haben vielmehr einen explorativen Charakter und dienen einer ersten Einordnung der Erfahrungen in neuen Wohnformen mit der praktizierten externen und internen Qualitätssicherung.

Strukturvariablen

In dem dreiwöchigen Befragungszeitraum von Ende Januar bis Mitte Februar 2018 nahmen 192 Wohnangebote an der Online-Befragung teil (siehe Tabelle 10). Durch den Fokus auf die vier Wohnformtypen reduziert sich die Auswertung entsprechend auf 166 Angebote. Dieser Abschnitt beschreibt ausgewählte Strukturmerkmale der Online-Befragung.

Wohnformtyp

Etwa bei der Hälfte der befragten Angebote (49 %) handelt es sich um ambulante Pflegewohnformen (Wohnformtyp 3) und bei 32 % um ambulante betreute Wohnformen (Wohnformtyp 2). Auf selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen entfallen etwa 15 % (Wohnformtyp 1) und ambulante integrierte Wohnformen (Wohnformtyp 4) umfasst etwa 4 % der befragten Angebote. Die Aussagekraft der Befragungsergebnisse zu den ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) ist allerdings durch die geringe Fallzahl eingeschränkt.

Tabelle 46: Rücklauf der Online-Befragung nach Angebotsform

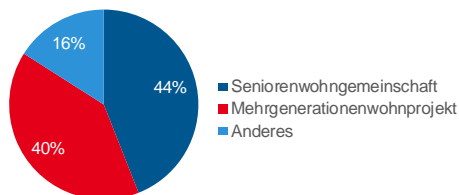
Angebotsform	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
Selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen (Wohnformtyp 1)	25	13,0%	15,1%
Ambulante betreute Wohnformen (Wohnformtyp 2)	53	27,6%	31,9%
Ambulante Pflegewohnformen (Wohnformtyp 3)	82	42,7%	49,4%
Ambulante integrierte Wohnformen (Wohnformtyp 4)	6	3,1%	3,6%
Gesamt	166	86,4%	100,0%
Ausschließlich voll- oder teilstationäres Angebot	17	8,9%	

Keine der genannten Wohnformtypen	9	4, %
Gesamt	192	100,0%

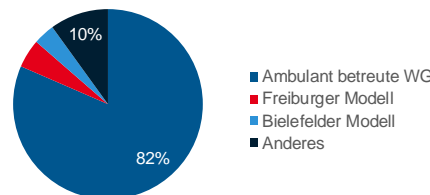
Bei den befragten selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) handelt es sich überwiegend um Seniorenwohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnprojekte, siehe Abbildung 18. Bei den befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) überwiegend um Angebote des Betreuten/Service Wohnens. Bei den befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) handelt es sich vor allem um ambulant betreute Wohngemeinschaften/-gruppen und bei den befragten ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) um sozialräumliche Konzepte.

Abbildung 18: Typisierung innerhalb der Wohnformtypen, Online-Befragung

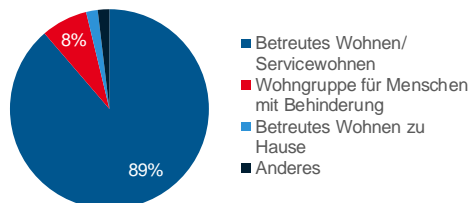
Grundgesamtheit: Selbstständige **gemeinschaftliche** Wohnformen (n=25)



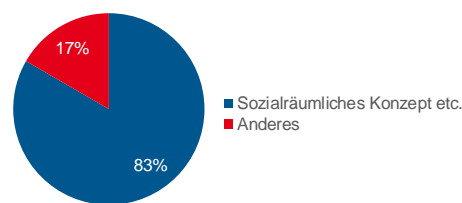
Grundgesamtheit: Ambulante **Pflegewohnformen** (n=82)



Grundgesamtheit: Ambulante **betreute Wohnformen** (n=53)



Grundgesamtheit: Ambulante **integrierte Wohnformen** (n=6)



Verteilung der Wohnangebote nach Bundesländern

Der Rücklauf nach Bundesländern zeigt, dass alle 16 Bundesländer bei der Online-Befragung vertreten sind, siehe Tabelle 11. Auffällig ist in diesem Zusammenhang der geringe Rücklauf in einigen Bundesländern (z.B. Berlin mit 1,8 %). Demgegenüber zeigen die Ergebnisse von Klie et al. (2017), dass Berlin bundesweit z. B. den höchsten Anteil an ambulant betreuten Wohngruppen aufweist. Diese unterschiedliche regionale Verteilung ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Tabelle 47: Rücklauf nach Bundesländern, Online-Befragung

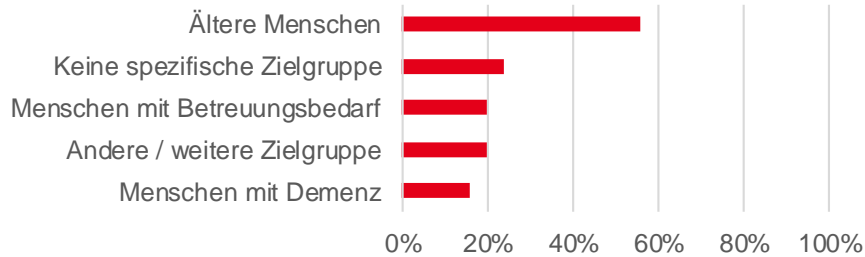
Bundesland	Anteil in % (n=166)
Baden-Württemberg	14,5%
Bayern	16,3%
Berlin	1,8%
Brandenburg	7,8%
Bremen	1,2%
Hamburg	3,6%
Hessen	8,4%
Mecklenburg-Vorpommern	1,8%
Niedersachsen	5,4%
Nordrhein-Westfalen	11,4%
Rheinland-Pfalz	4,2%
Saarland	1,2%
Sachsen	5,4%
Sachsen-Anhalt	3,6%
Schleswig-Holstein	5,4%
Thüringen	6,6%
Keine Angabe	1,2%

Zielgruppen der Wohnangebote

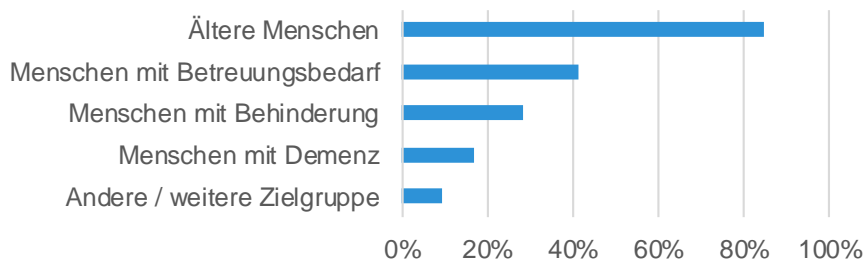
Grundsätzlich stehen ältere Menschen als zentrale Zielgruppe im Fokus der neuen Wohnformen. Bei der Online-Befragung zeigt sich weiter, dass sich knapp 80 % der befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) insbesondere an Menschen mit Demenz richten. Die befragten integrierten Wohnformen (Typ 4) richtet sich im Gegensatz zu den anderen Wohnformtypen weniger an eine bestimmte Zielgruppe.

Abbildung 19: Zentrale Zielgruppen der Wohnangebote, Online-Befragung

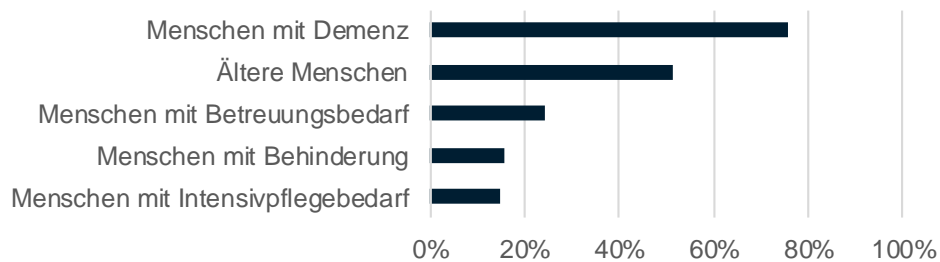
Grundgesamtheit: Selbstständige **gemeinschaftliche Wohnformen** (n=25)



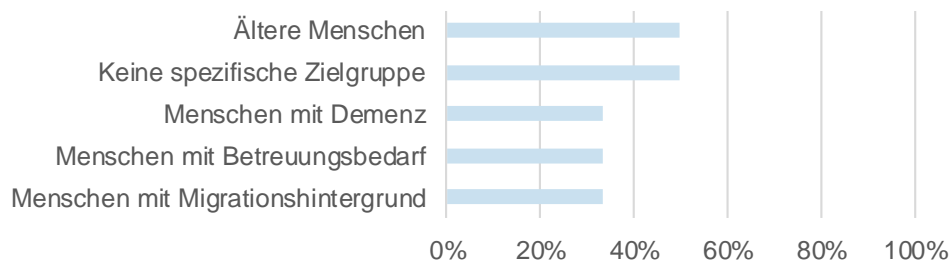
Grundgesamtheit: Ambulante **betreute Wohnformen** (n=53)



Grundgesamtheit: Ambulante **Pflegewohnformen** (n=82)



Grundgesamtheit: Ambulante **integrierte Wohnformen** (n=6)



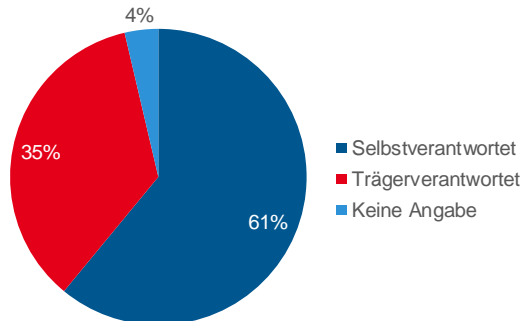
Ordnungsrechtliche Einordnung

Selbstständige gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) sind per Definition selbstverantwortet. Auch betreutes Wohnen/Service Wohnen (Typ 2) fällt fast in allen Bundesländern nicht unter das Heimgesetz, das bedeutet, es handelt sich auch bei diesen Wohnformen vorrangig um selbstverantwortete Wohnformen.

Unter den im Rahmen der Online-Befragung befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) dominieren mit 61 % die Angebote, die gemäß dem jeweiligen Landesheimrecht selbstverantwortet sind, 35 % Prozent der ambulanten Pflegewohnformen haben sich als trägerverantwortet eingeordnet, siehe Abbildung 20.

Abbildung 20: Ordnungsrechtliche Einordnung der Wohnprojekte, Online-Befragung

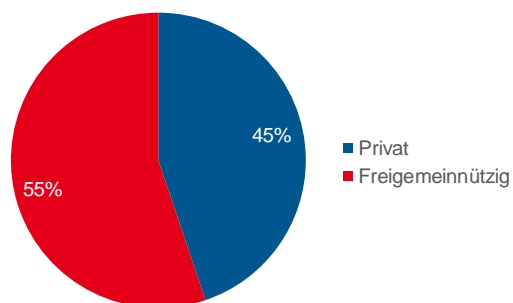
Grundgesamtheit: Ambulante *Pflegewohnformen*
(n=82)



Unter den trägerverantworteten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) sind rund 55 % Angebote in freigemeinnütziger Trägerschaft und 45 % der Projekte in privater Trägerschaft organisiert, siehe Abbildung 21.

Abbildung 21: Trägerschaft der Wohnprojekte, Online-Befragung

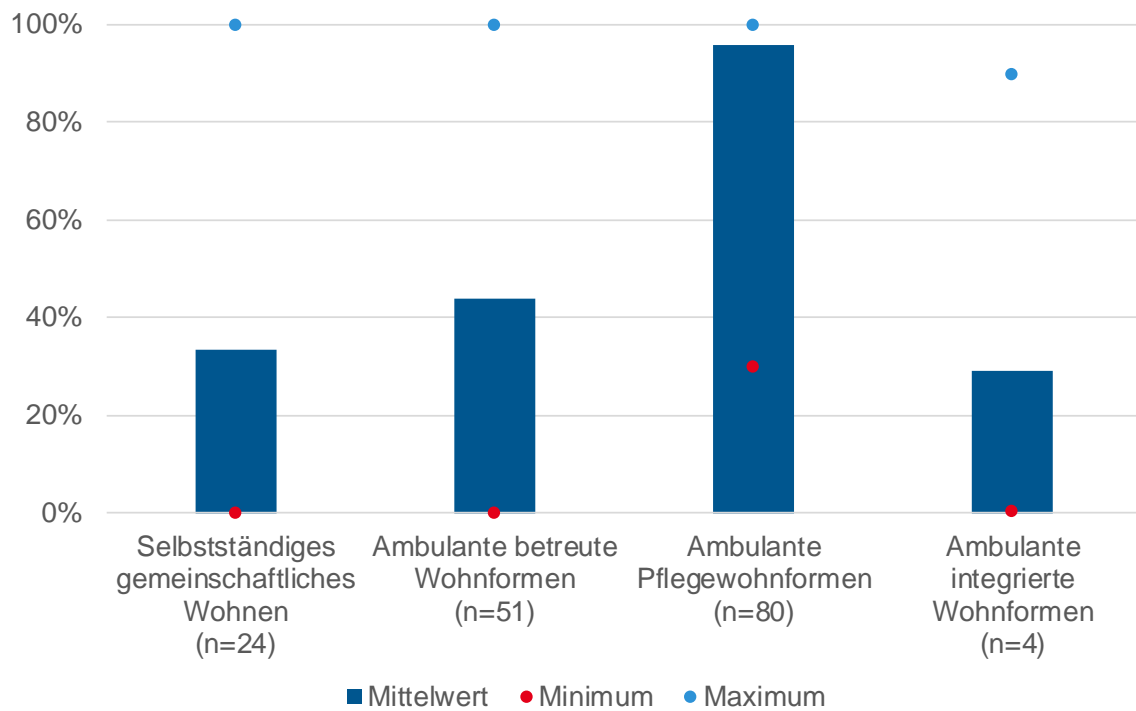
Grundgesamtheit: Trägerverantwortete ambulante
Pflegewohnformen (n=29)



Angaben zu pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzern

Der durchschnittliche Anteil der pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer ist mit knapp 100 % bei den ambulanten Pflegewohnformen am höchsten. Bei den restlichen Wohnformtypen sind im Schnitt weniger als die Hälfte der Nutzerinnen und Nutzer in einen Pflegegrad eingestuft, siehe Abbildung 22.

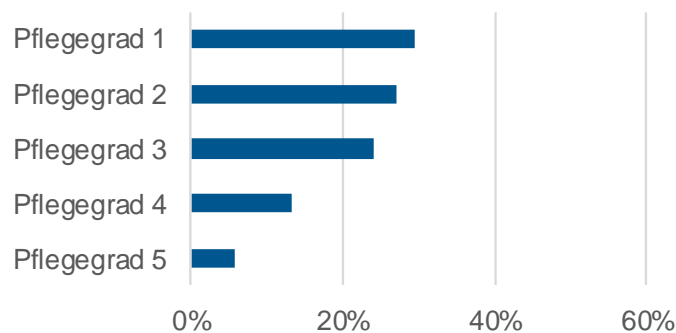
Abbildung 22: Anteil der pflegebedürftigen Nutzerinnen und Nutzer, Online-Befragung



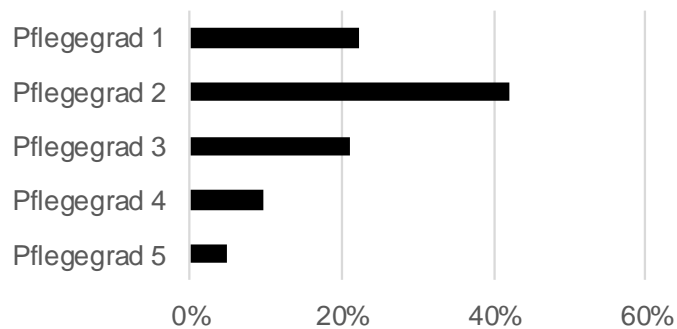
Hinsichtlich der Schwere des Pflegegrads nimmt dieser über die Wohnformtypen 1 bis 3 kontinuierlich zu. So überwiegt bei den selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) der Pflegegrad 1, bei den ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) der Pflegegrad 2 und bei den ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) der Pflegegrad 4.

Abbildung 23: Pflegegrade der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner, Online-Befragung

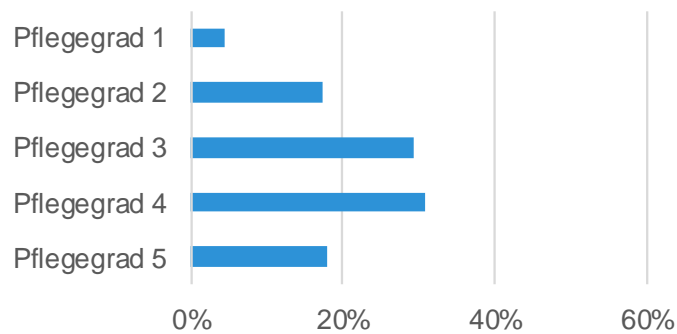
Grundgesamtheit: **Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen** (n=15)



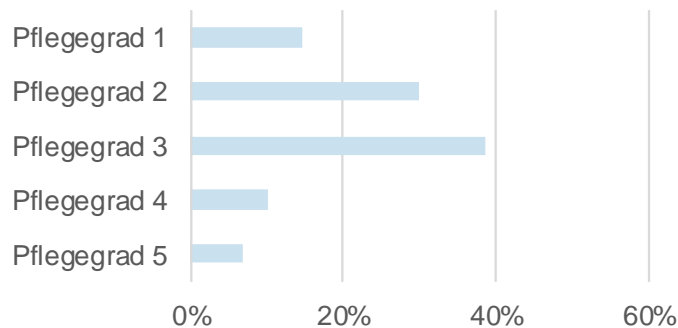
Grundgesamtheit: Ambulante **betreute Wohnformen** (n=44)



Grundgesamtheit: Ambulante **Pflegewohnformen** (n=79)



Grundgesamtheit: Ambulante **integrierte Wohnformen** (n=3)



Wohnen/Wohnumfeldgestaltung

Um aus Initiatorsicht die Qualitätsanforderungen für neue Wohnformen zu eruieren, wurden die Initiatoren befragt, welche Herausforderungen sich in den Bereichen Wohnen/Wohnumfeldgestaltung, Teilhabe und Versorgung stellen und was bei einer Qualitätssicherung zu berücksichtigen ist (siehe Tabelle 12 und Tabelle 13).

Am häufigsten als Herausforderung im Bereich Wohnen wurden die Sicherstellung von bedarfsgerechten Wohnungs-/Zimmergrößen, von Barrierefreiheit sowie von Zugängen zu Freibereichen benannt. Der Vergleich über die betrachteten Wohnformtypen zeigt, dass die Sicherung bedarfsgerechter Wohnungs-/Zimmergrößen am häufigsten von den befragten gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1)

als Herausforderung angeführt wurde, während die Sicherung von Barrierefreiheit sowie von Zugängen zu Freibereichen am häufigsten von den befragten integrierten Wohnformen (Typ 4) als Herausforderungen angeführt wurden.

Tabelle 48: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnen, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Bedarfsgerechte Wohnungs-/ Zimmergrößen	24,0%	18,9%	13,4%	16,7%
Barrierefreiheit	20,0%	15,1%	14,6%	33,3%
Zugang zu Freibereichen (z. B. Balkon, Terrasse)	16,0%	11,3%	13,4%	16,7%

Im Bereich Wohnumfeldgestaltung wurden die Sicherstellung einer Vernetzung mit dem Sozialraum, einer ÖPNV-Anbindung sowie einer fußläufig erreichbaren Infrastruktur am häufigsten als Herausforderungen benannt. Die Sicherung einer Vernetzung mit dem Sozialraum sowie die Sicherung einer ÖPNV-Anbindung wurden am häufigsten von den ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) als Herausforderungen benannt, die Sicherung einer fußläufig erreichbaren Infrastruktur am häufigsten von den befragten gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1). Auch hier ist zu berücksichtigen, dass die Aussagekraft der Ergebnisse zu den befragten ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) aufgrund der geringen Fallzahl eingeschränkt ist.

Tabelle 49: Zentrale Herausforderungen im Bereich Wohnumfeldgestaltung, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Vernetzung mit dem Sozialraum	24,0%	18,9%	17,1%	33,3%
ÖPNV Anbindung	16,0%	20,8%	17,1%	33,3%
Fußläufig erreichbare Infrastruktur	28,0%	18,9%	15,9%	16,7%

Teilhabe/Beratung

In der Online-Befragung wurde auch auf Qualitätsanforderungen und Herausforderungen eingegangen, die soziale Aspekte der Teilhabe betreffen (siehe Tabelle 50) sowie auf Herausforderungen im Bereich Beratung (siehe Tabelle 5).

Im Bereich Teilhabe wurden von den befragten Wohnangeboten am häufigsten die Sicherung der Nähe des Wohnangebots zum ursprünglichen Wohnort, die Ermöglichung von Kontakten außerhalb des Wohnangebots sowie die Ermöglichung ehrenamtlichen Engagements für externe Personen im Wohnangebot als Herausforderungen benannt. Die Sicherung der Nähe des Wohnangebots zum ursprünglichen Wohnort und die Ermöglichung von Kontakten außerhalb des Wohnangebots stellen, abhängig vom Wohnformtyp, für etwa ein Viertel bis ein Drittel der befragten Wohnangebote eigenen Angaben zufolge Herausforderungen dar. Bei der Ermöglichung ehrenamtlichen Engagements für externe Personen im Wohnangebot bewegt sich der diesbezügliche Anteil zwischen 16 % und 28 % und fällt damit etwas niedriger aus.

Tabelle 50: Zentrale Herausforderungen im Bereich Teilhabe, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Sicherung Nähe (Wohn-) Angebots zum ursprünglichen Wohnort, um soziale Kontakte zu erhalten	24,0%	24,5%	30,5%	33,3%
Ermöglichung von Kontakten außerhalb des (Wohn-)Angebots / Kontakte zur Nachbarschaft	24,0%	24,5%	30,5%	33,3%
Schaffung von Möglichkeiten für andere Personen, sich ehrenamtlich im (Wohn-)Angebot zu engagieren	16,0%	28,3%	25,6%	16,7%

Fußläufig erreichbare Beratungsangebote, die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit von Beratungsangeboten sowie die Bereitstellung von Beratungsangeboten im Wohnangebot stellen im Bereich Beratung die am häufigsten genannten Herausforderungen dar.

Tabelle 51: Zentrale Herausforderungen im Bereich Beratung, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Beratungsangebote befinden sich in fußläufig erreichbarer Nähe	24,0%	15,1%	22,0%	50,0%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Erreichbarkeit der Beratungsangebote	24,0%	11,3%	13,4%	0,0%

Bereitstellung von Beratung im (Wohn-)Angebot	12,0%	7,5%	8,5%	33,3%
---	-------	------	------	-------

Versorgung

Für eine ganzheitliche Betrachtung der Qualitätsanforderungen neuer Wohnformen wurden in der Online-Befragung Qualitätsanforderungen und Herausforderungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung abgefragt. In Tabelle 16 werden die drei am häufigsten genannten Herausforderungen im Bereich Alltagshilfen, in Tabelle 17 die drei am häufigsten genannten Herausforderungen im Bereich Betreuung sowie in Tabelle 18 die drei am häufigsten genannten Herausforderungen im Bereich Pflege für die vier Wohnformtypen aufgeführt.

Die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und/oder Angehörigen sowie die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit der Hilfen stellen die im Bereich der Alltagshilfen am häufigsten genannten Herausforderungen dar. Dies gilt vor allem für die befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie für die ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3). Die diesbezüglichen Anteile bewegen sich hier in einer Größenordnung von zwischen 32 % und 51 %.

Tabelle 52: Herausforderungen im Bereich Alltagshilfen, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Einbindung / Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bei Alltagshilfen	20,0%	50,9%	48,8%	16,7%
Einbindung / Zusammenarbeit von Angehörigen bei den Alltagshilfen	12,0%	37,7%	46,3%	33,3%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Verfügbarkeit der Alltagshilfen	16,0%	39,6%	31,7%	33,3%

Auch im Bereich der Betreuung stellen die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und/oder Angehörigen sowie die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen die am häufigsten angeführten Herausforderungen dar. Auch hier betreffen diese Herausforderungen vor allem ambulante betreute Wohnformen (Typ 2) sowie ambulante Pflegewohnformen (Typ 3). Die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bzw. Angehörigen ist hier für jeweils etwa die Hälfte der befragten Wohnange-

bote eigenen Angaben zufolge eine Herausforderung. Bei der bedarfsgerechten zeitlichen Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen liegen die diesbezüglichen Anteile etwas niedriger.

Tabelle 53: Zentrale Herausforderungen im Bereich Betreuung, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Einbindung / Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bei den Betreuungsleistungen	16,0%	50,9%	50,0%	16,7%
Einbindung / Zusammenarbeit von Angehörigen bei den Betreuungsleistungen	20,0%	45,3%	48,8%	16,7%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Verfügbarkeit der Betreuungsleistungen	12,0%	41,5%	25,6%	33,3%

Bei den im Bereich Pflege am häufigsten genannten Herausforderungen handelt es sich – wie in den vorherigen beiden Bereichen auch – um die Einbindung/Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und/oder Angehörigen sowie um die bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit der Pflegeleistungen. Dies gilt wiederum in besonderem Maße für ambulante betreute Wohnformen (Typ 2) sowie für ambulante Pflegewohnformen (Typ 3). Die diesbezüglichen Anteile bewegen sich hier zwischen 30 % und 46 %.

Tabelle 54: Zentrale Herausforderungen im Bereich Pflege, Online-Befragung

Herausforderungen	Gemeinschaftliche Wohnformen n=25	Ambulante betreute Wohnformen n=53	Ambulante Pflegewohnformen n=82	Ambulante integrierte Wohnformen n=6
Einbindung / Zusammenarbeit von Angehörigen bei den Pflegeleistungen	8,0%	39,6%	46,3%	33,3%
Einbindung / Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen bei den Pflegeleistungen	16,0%	43,4%	35,4%	0,0%
Den individuellen Bedarfen der Nutzer/-innen entsprechende zeitliche Verfügbarkeit der Pflegekräfte	20,0%	39,6%	29,3%	16,7%

Zusammenfassung

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Herausforderungen der Initiatoren neuer Wohnformen bei der Umsetzung in den einzelnen Wohnformen zwar unterschiedlich sind, ein-

zelne Aspekte jedoch Vielen als Herausforderung benannt werden. Im Vergleich der Bereiche Wohnen, Teilhabe und Versorgung zeigt sich, dass am wenigsten Initiatoren neuer Wohnformen Herausforderungen im Bereich Wohnen sehen. Deutlich mehr Herausforderungen werden im Bereich Teilhabe bezüglich der Einbindung in den Sozialraum sowie bei der Gestaltung sozialer Kontakte gesehen. Am häufigsten haben die Initiatoren neuer Wohnformen jedoch Herausforderungen im Bereich Versorgung benannt. So stellt die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen und Angehörigen vielfach eine Herausforderung sowohl bei den Alltagshilfen, der Betreuung als auch der Pflege dar.

Ergebnisse zu den Qualitätsmerkmalen

Qualitätsmerkmal „Versorgungskontinuität“

Rund-um-die-Uhr-Betreuung

In der Online-Befragung wurde untersucht, inwiefern in den Wohnangeboten eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sichergestellt werden kann (siehe Abbildung 24).

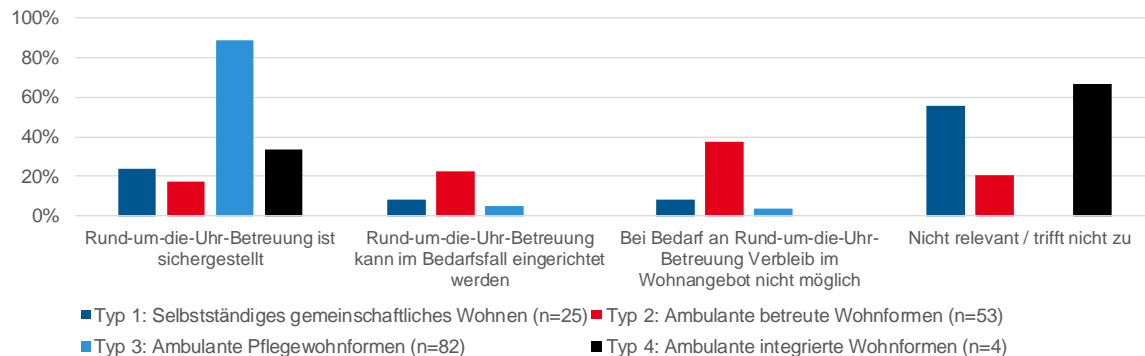
Fast 90 % der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) bieten aussagegemäß eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für die Nutzerinnen und Nutzer an. Dies ist bei den anderen Wohnformtypen nicht gegeben. Lediglich 17 % der ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) stellen eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung sicher, im Bedarfsfall kann diese aber bei 23 % der ambulanten betreuten Wohnangebote eingerichtet werden.

Knapp 38 % der befragten Initiatoren ambulante betreuter Wohnformen haben angegeben, dass bei Bedarf einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung ein Verbleib im Wohnangebot nicht möglich ist und somit keine Versorgungs- bzw. Wohnkontinuität im Wohnangebot besteht.

Die Mehrheit der Befragten aus selbstständig gemeinschaftlichen Wohnangeboten (Typ 1) sowie ambulant integrierten Wohnformen (Typ 4) beschreiben die Sicherstellung einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung als nicht relevant für ihr Wohnangebot.

Die Sicherstellung der Rund-um-die-Uhr-Betreuung bzw. die Sicherstellung im Bedarfsfall erfolgt zu über 70 % durch Pflege- und Betreuungskräfte. Acht Prozent der befragten Angebote haben angegeben, diese durch die Kooperation verschiedener Akteure zu ermöglichen, z.B. Alltagsbegleiter plus Pflegefachkraft in Rufbereitschaft oder ambulante Pflegedienste plus ergänzende Nachbarschaftshilfe. Weitere 12 % nannten zusätzliche Akteure wie Bereitschaftsnachtdienste, Sozialstationen sowie den Nachtportier, die zur Sicherstellung der Rund-um-die-Uhr-Betreuung eingesetzt werden können.

Abbildung 24: Sicherstellung von Rund-um-die-Uhr-Betreuung im (Wohn-)Angebot, Wohnformtypen, Online Befragung



Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Versorgungskontinuität⁶¹:

- Eine Herausforderung stellt die Organisation der Rund-um-die-Uhr Betreuung dar. Häufig ist diese nur für einen beschränkten Zeitraum in den Angeboten realisierbar. Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung geht häufig mit einem hohen personellen Aufwand für die Betreuung weniger Personen einher.
- Es fehlt an ergänzenden Angeboten wie einer ambulanten 24-Stunden-Betreuung, oder einer ambulanten Nachtversorgung, um Versorgungskontinuität im Sinne der Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Häufig gelingt dies nur mit Angehörigenunterstützung.
- Größe und Baustruktur der Wohnangebote sind teilweise nicht auf Rund-um-die-Uhr-Betreuung ausgelegt.
- Grundsätzlich ergeben sich besonders bei der personellen Versorgungskontinuität Probleme aufgrund des Personalmangels, sowie der kleinen Teams und damit erschwerten Bedingungen, Ausfallzeiten aufzufangen.
- Eine Herausforderung stellt auch die Finanzierung dar. Teilweise können Nutzerinnen und Nutzer die Kosten für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung nicht tragen. Dies betrifft insbesondere die Betreuung in der Nacht.
- Rechtliche Vorgaben in einzelnen Wohnformen, die nicht unter heimrechtliche Regelungen fallen, da sie nur geringe Betreuungsleistungen und keine Vollversorgung anbieten, erschweren die Versorgungssicherheit.

Qualitätsmerkmal „Selbstbestimmungsrecht“

Sicherung der Selbstbestimmungsrechte

Im Rahmen der Online-Befragung wurde abgefragt, auf welche Art die Selbstbestimmungsrechte der Nutzerinnen und Nutzer in den Wohnangeboten gesichert werden. Hierbei wurde

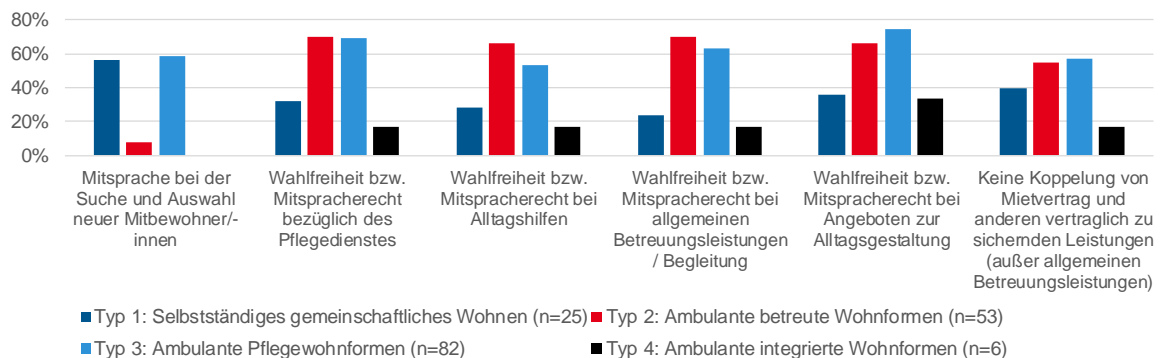
⁶¹ Diese Frage wurde als offene Frage bei der Online-Befragung formuliert.

nach Mitsprachemöglichkeiten bei der Auswahl neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie bei Personalentscheidungen gefragt. Zudem sollten Angaben zu Mitbestimmungsmöglichkeiten bei Betreuungsleistungen und Angeboten zur Alltagsgestaltung gemacht werden, siehe Abbildung 25.

Mitspracherecht bei der Auswahl neuer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner besteht aus sagegemäß bei 56 % der befragten selbstständig gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) sowie 58 % der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3). Wahlfreiheit bzw. Mitspracherecht bezüglich des Pflegedienstes besteht in knapp 70 % der ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie den ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3). Alltagshilfen, Betreuungsleistungen/Begleitung sowie Angebote zur Alltagsgestaltung können häufig bei den befragten ambulanten betreuten (Typ 2) sowie Pflegewohnformen (Typ 3) gewählt bzw. mitbestimmt werden. Dies ist bei selbstständig gemeinschaftlichen Wohnformen im Vergleich seltener möglich.

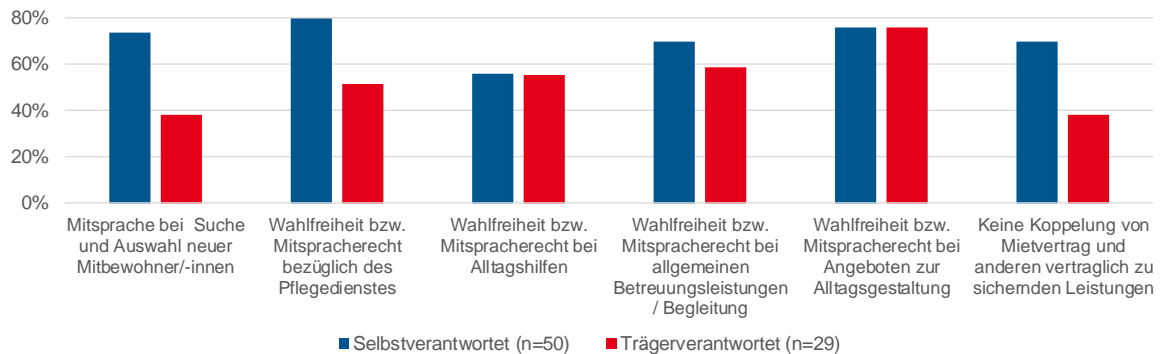
Eine Trennung von Mietvertrag und anderen vertraglich zu sichernden Leistungen besteht bei 40 % der selbstständig gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1), 55 % der ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie 57 % der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3).

Abbildung 25: Maßnahmen zur Sicherung von Selbstbestimmungsrechten der Nutzerinnen und Nutzer, Online-Befragung



Unterschieden nach selbst- und trägerverantworteten Angeboten zeigt sich für Wohnformtyp 3, dass die befragten selbstverantworteten Angebote häufiger Wahlfreiheit bzw. Mitspracherecht bezüglich des Pflegedienstes, der Alltagshilfen, der allgemeinen Betreuungsleistungen/Begleitung sowie bei den Angeboten zur Alltagsgestaltung bieten als trägerverantwortete Angebote, siehe Abbildung 26.

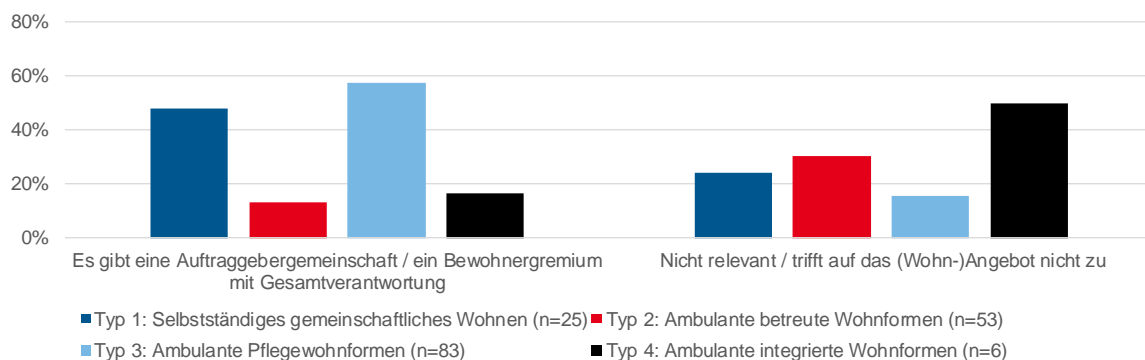
Abbildung 26: Wohnformtyp 3 – Maßnahmen zur Sicherung von Selbstbestimmungsrechten der Nutzerinnen und Nutzer, selbst- und trägerverantwortete Angebote, Online-Befragung



Auftraggebergemeinschaft/Bewohnergremium

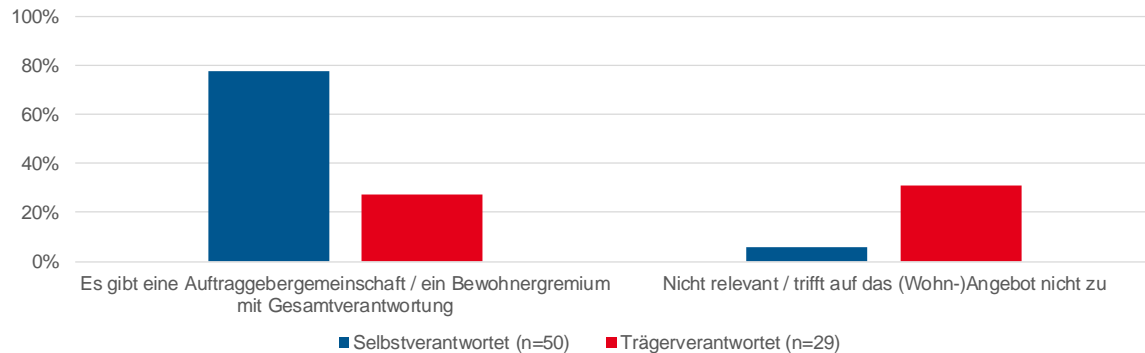
Die Frage, inwiefern im Angebot eine Auftraggebergemeinschaft/ein Bewohnergremium mit Gesamtverantwortung besteht, wurde von 48 % der befragten selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1) sowie 57 % der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) bestätigt, siehe Abbildung 27. Lediglich bei 13 % der befragten ambulant betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie 17 % der ambulant integrierten Wohnformen (Typ 4) gibt es eine Auftraggebergemeinschaft/ein Bewohnergremium mit Gesamtverantwortung.

Abbildung 27: Sicherung von Selbstbestimmungsrechten durch eine Auftraggebergemeinschaft / ein Bewohnergremium, Online-Befragung



Unterschieden nach selbst- und trägerverantworteten Angeboten zeigt sich für die befragten Angebote des Wohnformtyps 3, dass selbstverantwortete ambulante Pflegewohnformen (Typ 3) deutlich häufiger eine Auftraggebergemeinschaft/ein Bewohnergremium haben (78 %) als die befragten trägerverantworteten Angebote (28 %), siehe Abbildung 28.

Abbildung 28: Wohnformtyp 3 - Sicherung von Selbstbestimmungsrechten durch eine Auftraggebergemeinschaft/ein Bewohnergremium, selbst- und trägerverantwortete Angebote, Online-Befragung



Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Die Teilnehmenden der Online-Befragung benannten zudem folgende Herausforderungen bei der Umsetzung beim Qualitätsmerkmal Selbstbestimmungsrecht:

- Bei einer geringen Anzahl von Angeboten für Erwachsene im Quartier und geringer Barrierefreiheit, stellt sich die Herausforderung, wie mobilitätseingeschränkte und/oder pflegebedürftige Personen dennoch selbstbestimmt im gewohnten Wohnumfeld verbleiben können.
- Herausforderungen ergeben sich, wenn das individuelle Selbstbestimmungsrecht dem Gemeinschaftscharakter und somit dem Selbstbestimmungsrecht der Mehrheit kontrovers gegenübersteht.
- Zur Umsetzung und Stärkung der Selbstbestimmung im Wohnangebot bedarf es häufig der Unterstützung von Angehörigen bzw. rechtlichen Betreuern. Herausforderungen sind in diesem Zusammenhang mangelndes Engagement, fehlende Zeit beziehungsweise der Wunsch eines „all inclusive“-Paketes im Wohnangebot.
- Teilweise ergeben sich je nach Wohnformtyp unterschiedliche Grenzen im Umfang der Möglichkeiten der Selbstbestimmung. In einer Pflegewohngemeinschaft können Nutzerinnen und Nutzer beispielsweise meist nicht mehr bei der Mitarbeiterauswahl mitsprechen.
- Aufgrund von körperlichen oder psychischen Einschränkungen ist es generell schwieriger die Wahlfreiheit und die Ausübung der Selbstbestimmungsrechte umzusetzen.

Qualitätsmerkmal „Nutzerorientierung“

Erfassung von Nutzerbedürfnissen

Die Online-Befragung zeigt, dass im Durchschnitt die Hälfte der befragten Angebote eine systematische Erfassung der Nutzerbedürfnisse durchführt. So gaben 56 % der Befragten aus ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3), sowie um die 50 % bei ambulanten betreuten sowie integrierten Wohnformen (Typ 2 und Typ 4) an, Nutzerbedürfnisse systematisch aufzunehmen. Auch bei selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnangeboten (Typ 1) führen 40 % der Angebote eine systematische Erfassung durch.

In allen Wohnformtypen werden zur Erfassung der Nutzerbedürfnisse vor allem persönliche Einzelgespräche mit Nutzerinnen und Nutzern bzw. mit den Angehörigen durchgeführt, siehe Abbildung 29. Angebote, die persönliche Einzelgespräche vorsehen, führen diese regelmäßig durch, beispielsweise 63 % der ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie 70 % der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3).

Schriftliche Befragungen der Nutzerinnen und Nutzer werden aussagegemäß bei ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) jeweils bei 28 % der befragten Angebote durchgeführt. Diese Befragungen erfolgten mehrheitlich in einem regelmäßigen Zyklus. Eine schriftliche Befragung der Angehörigen findet am ehesten (26 %) bei ambulanten Pflegewohnformen statt. Die Angebote, die schriftliche Befragungen der Angehörigen durchführen, führen diese jedoch mehrheitlich lediglich unregelmäßig bzw. anlassbezogen durch.

Gruppengespräche mit den Nutzerinnen und Nutzern werden vor allem (30 %) in den befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) genutzt und weniger (18 %) in ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3). Die Gruppengespräche erfolgen aussagegemäß mehrheitlich regelmäßig. Gruppengespräche mit Angehörigen werden besonders häufig (34 %) in ambulanten Pflegewohnformen und mehrheitlich regelmäßig durchgeführt.

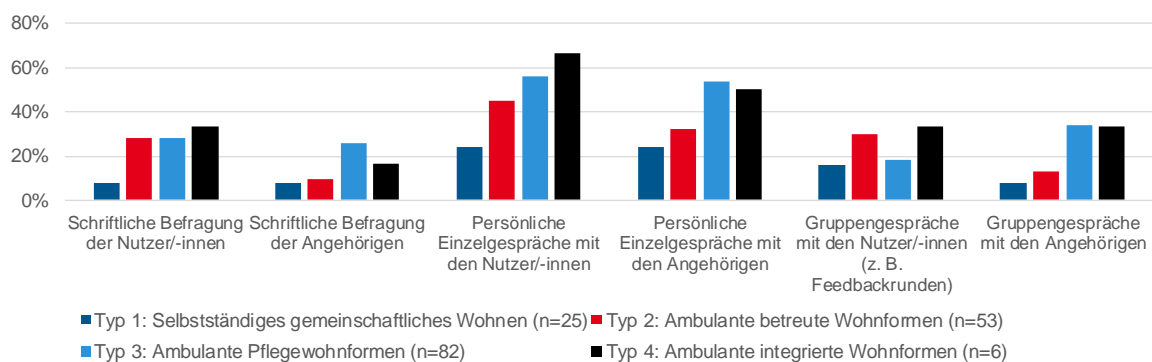


Abbildung 29: Genutzte bzw. geplante Instrumente zur Erfassung der Nutzerbedürfnisse, Online-Befragung

Beschwerdemanagement

Auf die Frage, inwiefern ein systematisches Beschwerdemanagement im Angebot vorgehalten wird, haben 57 % der Befragten aus ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) und 74 % der Befragten aus ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) angegeben, ein schriftliches Beschwerdemanagement anzubieten. In selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnangeboten (Typ 1) halten 36 % der befragten Angebote ein solches Angebot vor, jedoch betrachten 44 % ein schriftliches Beschwerdemanagement als für den für den Wohnformtyp nicht relevant.

Unterschieden nach selbst- und trägerverantworteten Angeboten zeigt sich, dass Letztere häufiger ein systematisches Beschwerdemanagement vorhalten. Bei den ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) haben 64 % der befragten trägerverantworteten Angebote ein systematisches Beschwerdemanagement, bei den selbstverwalteten Angeboten 48 %. Bei den ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) haben 90 % der trägerverantworteten Angebote ein systematisches Beschwerdemanagement und 68 % der selbstverantworteten Angebote.

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden ergänzend folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Nutzerorientierung:

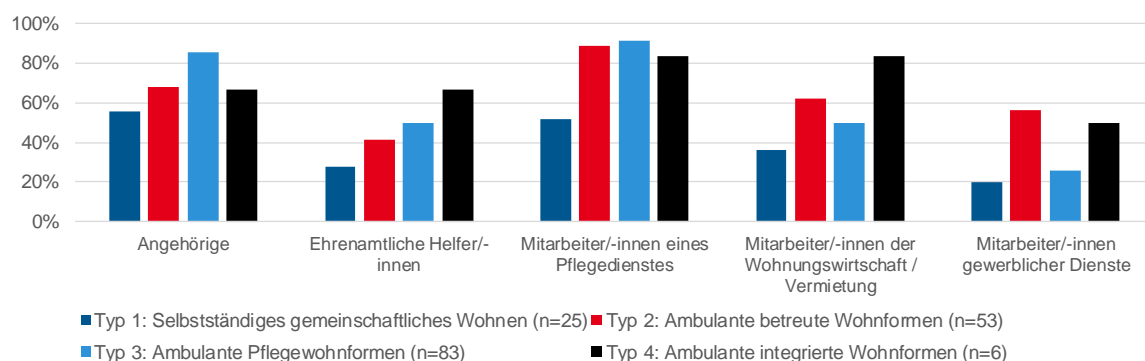
- Grundsätzlich ist die Sensibilisierung für das Thema der Nutzerorientierung nach wie vor eine Herausforderung. Nutzerinnen, Nutzer und Angehörige, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Leistungsanbieter und Pflegekassen müssen über die Möglichkeiten und die Bedeutung der Selbstbestimmung und Mitwirkung informiert werden.
- Die systematische Umsetzung bzw. Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer bedarf personeller und monetärer Ressourcen, die häufig in den Angeboten nicht zur Verfügung stehen.
- Die Sicherstellung der Nutzerorientierung stellt eine besondere Herausforderung dar, wenn Einschränkungen der Nutzerinnen und Nutzer, z.B. durch psychische oder dementielle Erkrankungen, vorliegen.
- Durch die heterogenen Interessenslagen der Nutzerinnen und Nutzer, der Angehörigen und auch der professionellen Akteure ergeben sich Schwierigkeiten, den einzelnen Erwartungen gerecht zu werden.

Qualitätsmerkmal „Koordination“

Beteiligung zivilgesellschaftlicher und professioneller Akteure

Im Rahmen der Online-Befragung wurde abgefragt, welche zivilgesellschaftlichen und professionellen Akteure bei der Bereitstellung des Leistungsangebots beteiligt sind (Abbildung 30). Zu den zivilgesellschaftlichen Akteuren zählen Angehörige von Nutzerinnen und Nutzern sowie ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. Unter professionelle Akteure sind Mitarbeitende von Pflegediensten, die Wohnungswirtschaft oder andere gewerbliche Dienste zu verstehen.

Abbildung 30: Bei der Bereitstellung des Leistungsangebots beteiligte zivilgesellschaftliche oder professionellen Akteure, Online-Befragung



Angehörige sind über alle Wohnformtypen hinweg eingebunden, jedoch besonders in ambulanten Pflegewohnformen aktiv (Typ 3, 85 %). Im Durchschnitt tauschen sich die Angehörigen wöchentlich mit anderen beteiligten Akteuren zur Koordination des Leistungsangebots für die Nutzerinnen und Nutzer aus. Ehrenamtliche sind häufig monatlich mit anderen

beteiligten Akteuren in Kontakt und vor allem in ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4: 67 %) und ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3: 50 %) aktiv. Mitarbeitende von Pflegediensten sind stark in die Bereitstellung des Leistungsangebots eingebunden, besonders bei ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2: 88,7 %), ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3: 91,5 %) und ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4: 83,3 %). Ein Austausch mit anderen beteiligten Akteuren findet meist täglich statt. Mitarbeitende der Wohnungswirtschaft und Vermietung spielen vor allem bei ambulanten betreuten Wohnformen (62,3 %) und ambulanten integrierten Wohnformen (83,3 %) eine bedeutende Rolle. Der Austausch mit anderen beteiligten Akteuren zur Koordination des Leistungsangebots erfolgt häufig monatlich.

Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

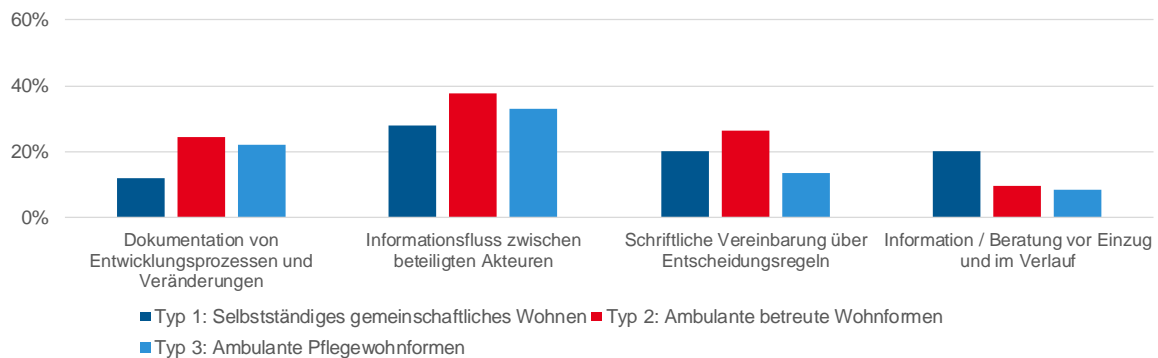
Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden folgende Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals Koordination:

- Gerade durch die heterogene Akteurslandschaft ist es sehr herausfordernd, Vorgänge und Aktivitäten sowohl organisatorisch als auch inhaltlich aufeinander abzustimmen sowie eine Zusammenarbeit der Akteure gezielt zu fördern.
- Die Koordination der Akteure geht mit einem erheblichen Konzeptionsaufwand, Zeitaufwand und Personalaufwand einher. Für diese Kosten gibt es bislang keine ausreichenden Möglichkeiten der Refinanzierung bzw. der Zeitaufwand ist im Alltag von den Beteiligten nicht zu erbringen. Die Kooperation der betroffenen Akteure erfolgt somit meist im alltäglichen Miteinander, aber weniger in Form von organisierten gemeinsamen Absprachen.
- Bei der Koordination gestaltet sich besonders die Terminfindung als Herausforderung. Die zeitliche Erreichbarkeit der involvierten Akteure variiert, so sind Angehörige häufig berufstätig, oder Mitarbeiter des Pflegedienstes am Wochenende nicht verfügbar.
- Die Einbindung von Angehörigen kann sich aus verschiedenen Gründen als schwierig erweisen. Einerseits durch fehlende zeitliche Flexibilität, einen entfernten Wohnort, mangelhafte Erreichbarkeit, unterschiedliche Erwartungen, aber auch durch fehlendes Interesse bzw. fehlende Bereitschaft Zeit zu investieren oder Kosten zu übernehmen.
- Auch das Zusammenbringen der unterschiedlichen professionellen Akteure und Dienstleister stellt eine Herausforderung dar. Beispielsweise, wenn sich verschiedene Berufsgruppen - Pflegekräfte, Ärzte, Sozialarbeiter - miteinander abstimmen müssen, wenn mehrere Pflegedienste beteiligt sind oder es mehrere Leitungsakteure im Angebot (z.B. Haus- und Pflegedienstleistung) gibt.
- Inhaltliche Schwierigkeiten treten auf, wenn die Auffassungen und Sichtweisen der betroffenen Akteure voneinander abweichen. Einerseits müssen die individuellen Interessen der Nutzerinnen und Nutzer und Angehörigen berücksichtigt werden, andererseits aber auch die fachlichen und organisatorischen Anforderungen. Teilweise kommt es dabei bedingt durch das Fehlen einer „gemeinsamen Sprache“ für die unterschiedlichen Akteure und unterschiedlichen Ebenen zu Problemen.

Qualitätsmerkmal „Transparenz“

Im Rahmen der Online-Befragung wurde gezielt nach Herausforderungen bei der Umsetzung von Transparenz gefragt, siehe Abbildung 31. Hier zeigt sich, dass die Befragten vor allem den Informationsfluss zwischen den beteiligten Akteuren als Herausforderungen bzw. große Herausforderung ansehen. Aussagegemäß bewerten 38 % der befragten Angebote ambulanter betreuter Wohnformen (Typ 2) und 33 % der Befragten von ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) den Informationsfluss als (große) Herausforderung.

Abbildung 31: Herausforderungen bei der Umsetzung von Transparenz, Online-Befragung



Herausforderungen bei der Umsetzung des Qualitätsmerkmals

Im Rahmen der Online-Befragung benannten die Teilnehmenden weitere Herausforderungen bei der Umsetzung von Transparenz im Wohnangebot:

- Zur Verbesserung der Transparenz fehlen personelle, zeitliche und monetäre Ressourcen.
- Durch die vielen beteiligten Akteure ist die Sicherung des Informationsflusses eine Herausforderung. Viele beteiligte Akteure müssen berücksichtigt werden, die Kommunikationswege sind oft unklar bzw. werden nicht eingehalten. Eine nachvollziehbare Verschriftlichung bestimmter Prozesse gelingt nicht immer.
- Im Vergleich zum stationären Setting ist die Trennung der einzelnen Verträge mit entsprechend unterschiedlichen Ansprechpartnern für die Nutzerinnen und Nutzer und Angehörigen teilweise schwer zu verstehen (z.B. Mietvertrag, Alltagsgestaltungsvertrag, Versorgungsvertrag).
- Eine konkrete Herausforderung stellt die transparente Dokumentation und transparente Abrechnung der fachlichen Leistungen dar. Gerade die Anforderungen in diesen Bereichen sind häufig nicht klar für die einzelnen Wohnformtypen definiert bzw. unterscheiden sich stark zwischen den Wohnformtypen.
- Eine zentrale Herausforderung ist die Information und Beratung der Nutzerinnen und Nutzer vor Einzug und im Verlauf. Hierbei geht es u.a. um die transparente Information, welche Leistungen und Unterstützung nach Einzug zu erwarten sind, hier kommt es teilweise zu Differenzen zwischen den Erwartungen der Angehörigen und der Realität. Zudem ist die Komplexität der Leistungen für Nutzerinnen und Nutzer

und Angehörige teilweise schwer zu verstehen (u.a. Pflegeleistungen, Betreuungsleistungen, Behandlungspflegeleistungen).

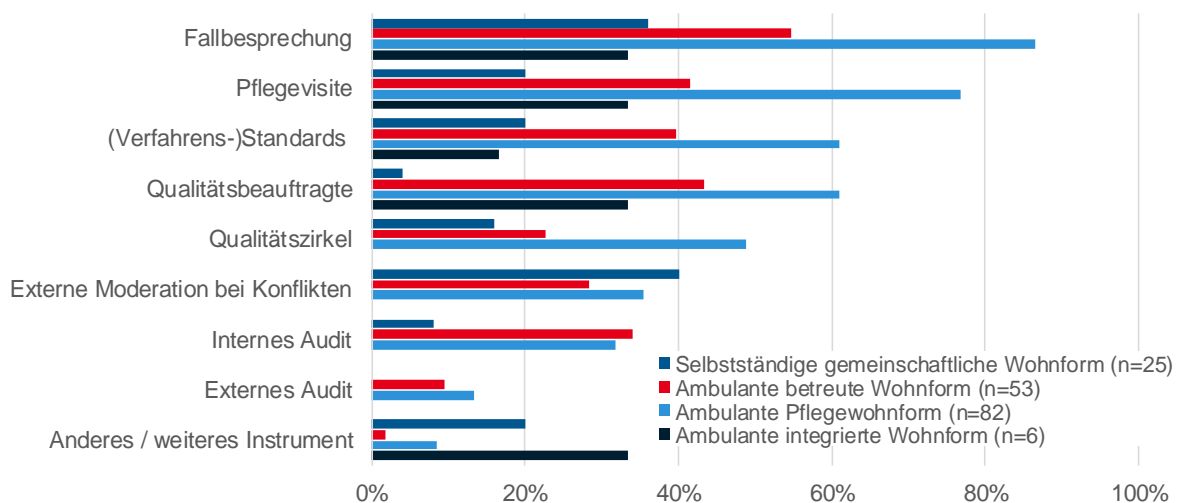
Befragungsergebnisse zu den Qualitätssicherungsverfahren

Allgemeine Qualitätssicherungsverfahren

Im Rahmen der Online-Befragung wurden die Teilnehmenden sowohl zu ihren freiwilligen **Instrumenten** der Qualitätssicherung, siehe Abbildung 32 sowie zu den **Institutionen**, die eine externe Qualitätsprüfung in ihrem Wohnangebot vornehmen, siehe Abbildung 33, befragt. Die Befragten konnten sowohl Mehrfach- als auch keine Angaben machen. Die Summe der prozentualen Werte über die einzelnen Wohnformtypen kann deshalb sowohl kleiner als auch größer als 100 Prozent ausfallen.

Im Rahmen der Abfrage der freiwilligen Instrumente der Qualitätssicherung fällt bei der Auswertung nach Wohnformtypen auf, dass die Gruppe der ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) die meisten freiwilligen Instrumente der Qualitätssicherung anwendet, gefolgt von den ambulant betreuten Wohnformen (Typ 2). Dieses Ergebnis erklärt sich daraus, dass die ambulanten Pflegewohnformen mit Abstand die meisten Bewohner mit einer anerkannten Pflegebedürftigkeit haben, siehe Abbildung 22. So führen über 85 % der ambulanten Pflegewohnformen Fallbesprechungen bzw. Pflegevisiten (75 %) durch, siehe Abbildung 32. Über 60 % der ambulanten Pflegewohnformen führen Verfahrensstandards (zum Beispiel im Qualitätsmanagement-Handbuch festgelegte Verfahrensabläufe) durch oder setzen Qualitätsbeauftragte ein. Weiterhin auffällig ist, dass die externe Moderation bei Konflikten im Vergleich der Wohnformtypen von etwa 40 % der selbstständig organisierten Wohnformen (Typ 1) gewählt wird.

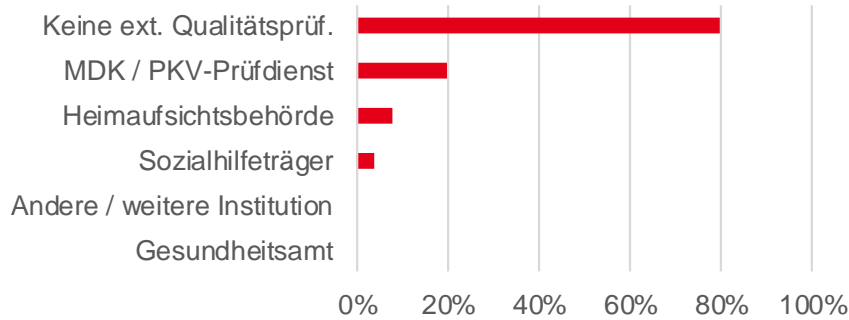
Abbildung 32: Freiwillige Instrumente der Qualitätssicherung, Online-Befragung



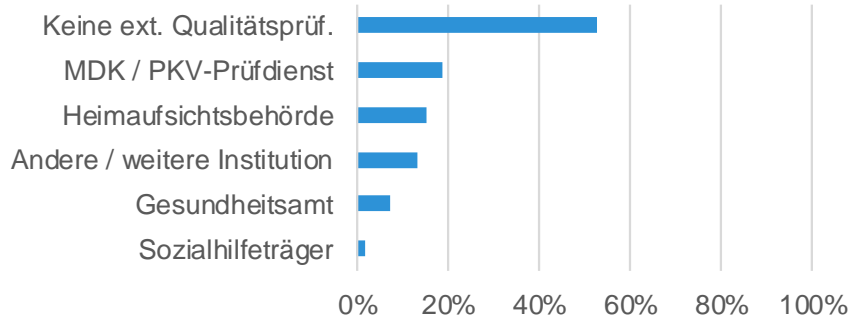
In der überwiegenden Mehrheit der befragten selbstständigen gemeinschaftlichen Wohnformen (Typ 1), der Mehrheit der befragten ambulanten betreuten Wohnformen (Typ 2) sowie der Mehrheit der ambulanten integrierten Wohnformen (Typ 4) sind keine externen

Qualitätsprüfungen vorgesehen. Demgegenüber erfolgen in über zwei Dritteln der befragten ambulanten Pflegewohnformen (Typ 3) externe Qualitätsprüfungen durch den MDK/PKV-Prüfdienst.

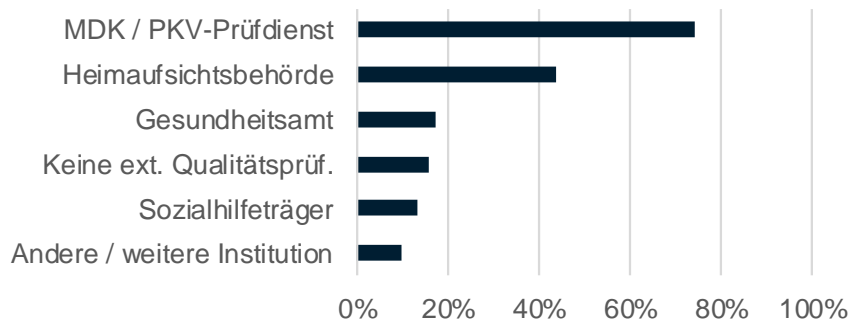
Abbildung 33: Institutionen der externen Qualitätsprüfung, Online-Befragung
Grundgesamtheit: **Selbstständige gemeinschaftliche Wohnformen** (n=25)



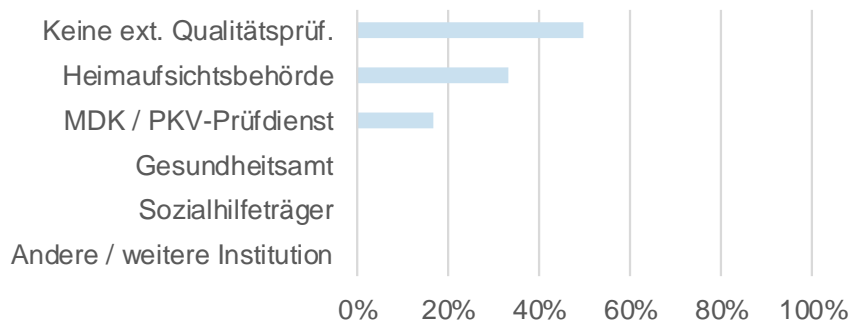
Grundgesamtheit: **Ambulante betreute Wohnformen** (n=53)



Grundgesamtheit: **Ambulante Pflegewohnformen** (n=82)



Grundgesamtheit: **Ambulante integrierte Wohnformen** (n=6)



Qualitätssicherungsverfahren für die ausgewählten Qualitätsmerkmale

Im Rahmen der Befragung wurden die teilnehmenden Wohnangebote nach ihrer **Einschätzung zu den passenden Verfahren** zur Sicherung der verschiedenen Qualitätsmerkmale befragt. Auch bei dieser Frage waren Mehrfachantworten zugelassen.

Dabei ist auffällig, dass 18 % der Teilnehmenden hierzu keine Angabe tätigten. Unter den restlichen Projekten mit Angaben zur Sicherung der Qualität dominiert über alle fünf Qualitätsmerkmale die Sicherung der Qualität über Beratungsleistungen. Am häufigsten wurde die Beratung bei den ambulant betreuten Wohnformen (Typ 2) genannt, siehe Abbildung 34 bis Abbildung 38.

In Bezug auf die einzelnen Qualitätsmerkmale sind etwa 64 % der Befragten der Ansicht, dass das Qualitätsmerkmale Koordination über Beratungsleistungen gesichert werden sollte, siehe Abbildung 37. Anschließend folgen die freiwillige Qualitätsberichterstattung, die verpflichtende Qualitätsberichterstattung sowie die rechtlich geregelten Qualitätsprüfungen in deren Bedeutung. Für das Qualitätsmerkmal Versorgungskontinuität wurde von etwa 20 % der Projekte der Wohnformtypen 2 und 3 angegeben, dass verpflichtende Qualitätsberichterstattung und etwa 20 % vom Typ 3 über rechtlich geregelte Qualitätsprüfungen zu sichern sei, siehe Abbildung 34. Ebenso geben etwa 20 % der Projekte vom Typ 3 an, das Merkmal Transparenz der Prozesse über die verpflichtende Qualitätsberichterstattung bzw. rechtlich geregelte Qualitätsprüfungen zu sichern, siehe Abbildung 38.

Abbildung 34: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Versorgungskontinuität, Online-Befragung

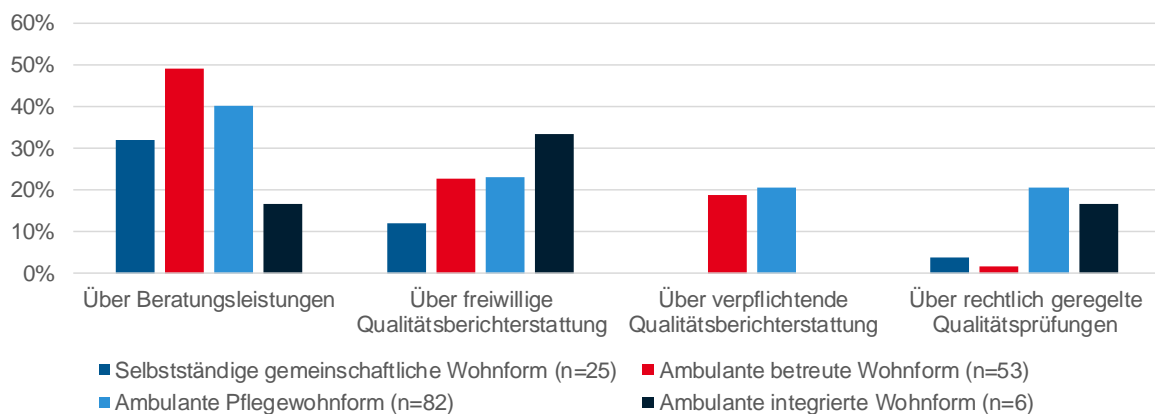


Abbildung 35: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Online-Befragung

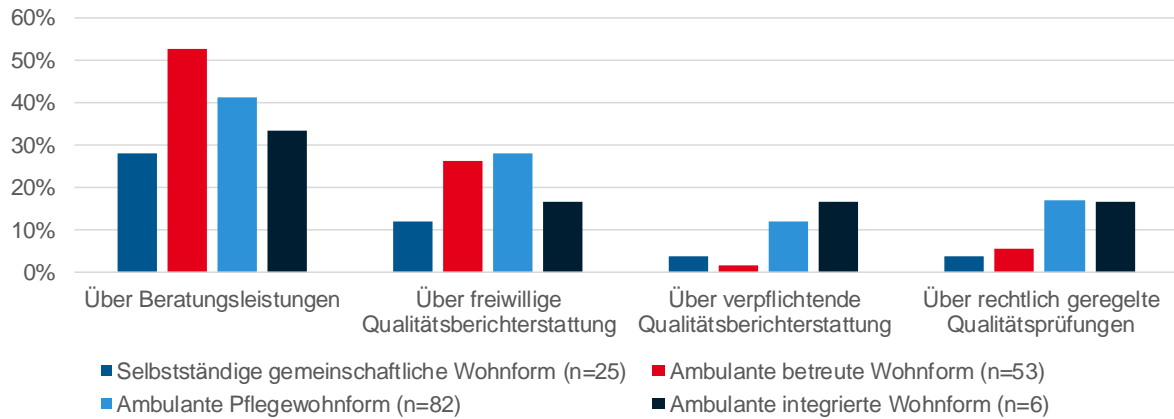


Abbildung 36: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Nutzerorientierung, Online-Befragung

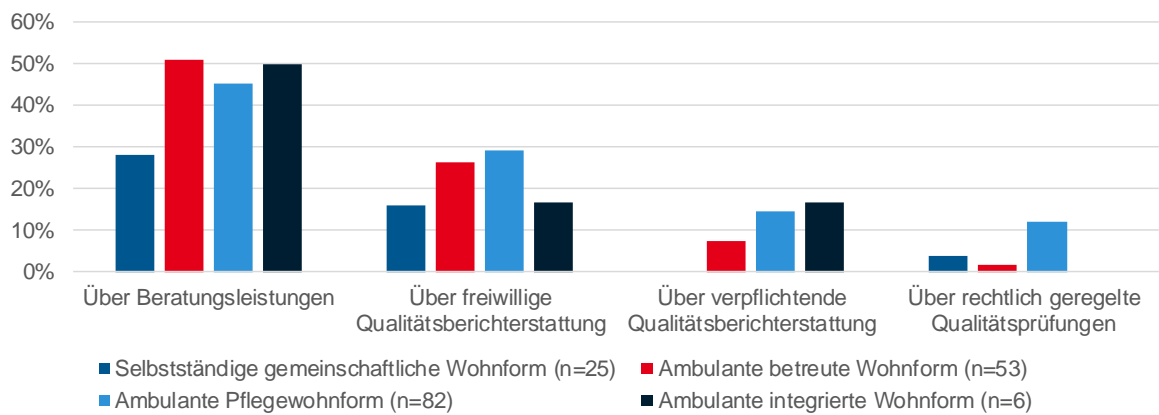


Abbildung 37: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Koordination und Kooperation, Online-Befragung

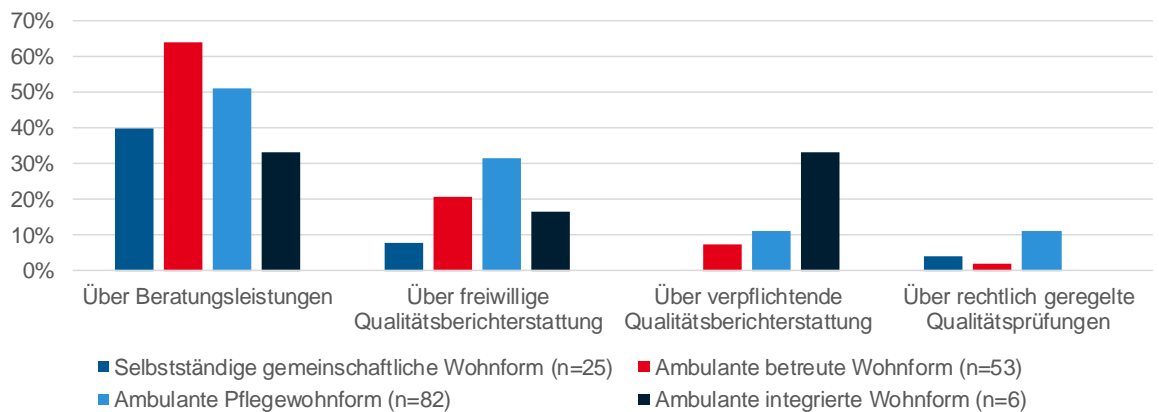
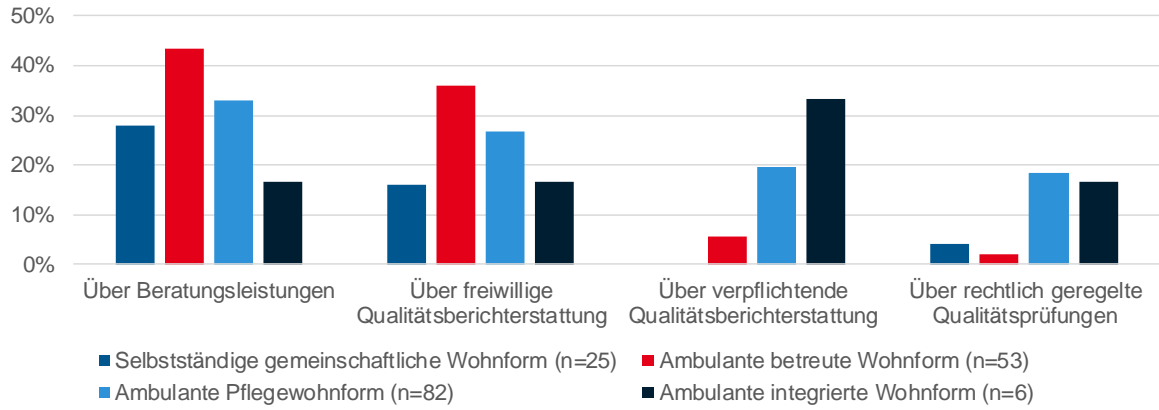


Abbildung 38: Qualitätssicherungsverfahren für das Merkmal: Transparenz der Prozesse, Online-Befragung



Anhang 13: Ausfüllanleitung

Diese Anleitung unterstützt Anwenderinnen und Anwender der Instrumente für Beratung, interne Qualitätsprüfung, externe Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung bei der Erhebung der Qualitätskriterien. Neben Begriffsklärungen, Hinweisen zu den zu prüfenden Inhalten und einer Operationalisierung der Bewertung ist am rechten Rand der Titelseite kenntlich gemacht, welche Akteure im Feld „Prüfung“ adressiert werden: „D“ = Dienstleister, „N“ = NutzerInnen bzw. deren Angehörige. Die mit „Ex“ gekennzeichneten Items sind diejenigen, die für eine externe Prüfung in Frage kommen können. Zusätzlich ist hinter jedem Indikator angegeben, ob es sich um einen Struktur- ([S]), Prozess- ([P]) oder Ergebnisindikator ([E]) handelt.

Nicht alle der in den Checklisten genannten Kriterien/Indikatoren sind für alle Wohnformen gleichermaßen zutreffend und prüfbar. Für die mit „Ex“ gekennzeichneten Indikatoren und deren Kriterien ist im Einzelfall zunächst zu prüfen, welche davon unter Berücksichtigung landesrechtlicher und vertraglicher Regelungen zutreffend sind, da eine externe Qualitätsprüfung nach § 113 SGB XI nur dann erfolgen kann, wenn ein leistungsrechtlicher Bezug vorliegt.

1 Qualitätsbereich: Selbstbestimmung/Selbstverantwortung

Qualitätskriterium: Selbstbestimmung bei den Leistungen

1.1 Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen? [S]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Wahlfreiheit: In diesem Kontext wird erfasst, ob in der konkreten Wohnform vertragsrechtliche Wahlfreiheit für die erbrachten Leistungen gewährleistet wird. Ob die vertragsrechtliche Wahlfreiheit auch tatsächlich umgesetzt wird, kann nur im Rahmen der Nutzerbefragung zu Ergebnisqualität erfasst werden (siehe hierzu Indikator 1.4).</p> <p>Unterstützungsleistungen: Bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen umfassen diese die grundpflegerischen und behandlungspflegerischen Leistungen sowie die Notfallsicherung; bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen sie die Alltagsgestaltung und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung, niederschwellige Betreuungsleistungen sowie Fahr- und Begleitdienste; bei den Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen sie Mahlzeitendienste, Einkaufsdienste, Reinigungsdienste, Wäschedienste und Reparaturdienste; bei den teilstationären Pflegeleistungen umfassen sie die Tages- und Nachpflege. Wenn bei all diesen Leistungen keine vertragsrechtliche Wahlfreiheit besteht, wird in der Mehrzahl der ländereheimrechtlichen Regelungen von einer Einschränkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung ausgegangen.</p> <p>Geringe Betreuungsleistungen: Diese umfassen allgemeine Beratungs- und Vermittlungsdienste, die häufig in den heimrechtlichen Regelungen der Länder zur verpflichtenden Abnahme gemacht werden können, ohne dass die Einschränkung der Selbstbestimmungsrechte angenommen wird. Sie werden daher auch hier aus der Bewertung herausgenommen.</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	

	Unterstützungsleistungen	Wählbar	Nicht wählbar	Trifft nicht zu
	Pflegerische Hilfen			
	Selbstversorgung (Grundpflege)			
	Behandlungspflege			
	Notrufsicherung			
	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen			
	Alltagsgestaltung			
	Rund-um-die-Uhr-Betreuung			
	Fahr- und Begleitsdienste			
	Hilfen bei der Haushaltsführung			
	Mahlzeithilfe			
	Einkaufshilfen			
	Reinigungsdienste			
	Wäschedienste			
	Reparaturdienste			
	Teilstationäre Pflege			
	Tagespflege			
	Nachpflege			
	Insgesamt			
Bewertung	<p><u>Wenn es hierzu eine heimrechtliche Prüfung des Landes gibt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Das Qualitätskriterium gilt als erfüllt, wenn nach heimrechtlicher Prüfung des Landes die Wahlfreiheit bei den im Wohnangebot zu erbringenden Unterstützungsleistungen gewährleistet ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: Das Qualitätskriterium gilt als nicht erfüllt, wenn nach heimrechtlicher Prüfung des Landes die Wahlfreiheit bei den im Wohnangebot zu erbringenden Unterstützungsleistungen nicht gewährleistet ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung <p><u>Wenn es hierzu keine heimrechtliche Prüfung des Landes gibt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn über 75 Prozent der im Wohnangebot erbrachten Unterstützungsleistungen frei wählbar sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der im Wohnangebot erbrachten Leistungen frei wählbar sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der im Wohnangebot erbrachten Unterstützungsleistungen frei wählbar sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

1.2 Kann die Art der pflegerischen Hilfen, der Betreuungsleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung selbst bestimmt werden? [S]	D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Selbstbestimmung der Art der unterschiedlichen Leistungen: Im Vordergrund steht die Ausgestaltung der Leistungen in der konkreten Wohnform. Die Frage erfasst, ob die NutzerInnen frei bestimmen können, auf welche Art und Weise die unterstützenden Tätigkeiten zur Selbstversorgung durch pflegerische Hilfen, aber auch die Betreuungsleistungen und die hauswirtschaftliche Versorgung erbracht werden.</p> <p>Unterstützungsleistungen: Bei den körperbezogenen Pflegemaßnahmen umfassen diese die grundpflegerischen und behandlungspflegerischen Leistungen sowie</p>

	<p>die Notfallsicherung; bei den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen umfassen sie die Alltagsgestaltung und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung, niederschwellige Betreuungsleistungen sowie Fahr- und Begleitsdienste; bei den Hilfen bei der Haushaltsführung umfassen sie Mahlzeitendienste, Einkaufsdienste, Reinigungsdienste, Wäschedienste und Reparaturdienste; bei den teilstationären Pflegeleistungen umfassen sie die Tages- und Nachpflege. Wenn bei all diesen Leistungen keine vertragsrechtliche Wahlfreiheit besteht, wird in der Mehrzahl der ländereheimrechtlichen Regelungen von einer Einschränkung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung ausgegangen.</p>																																																												
<p>Prüfung</p>	<p>Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.</p> <table border="1" data-bbox="416 707 1380 1352"> <thead> <tr> <th>Leistungen</th> <th>Selbst bestimmbar</th> <th>Nicht selbst bestimmbar</th> <th>Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Pflegerische Hilfen</td> </tr> <tr> <td>Selbstversorgung (Grundpflege)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Pflegerische Betreuungsmaßnahmen</td> </tr> <tr> <td>Alltagsgestaltung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rund-um-die-Uhr-Betreuung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Niederschwellige Betreuungsleistungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fahr- und Begleitsdienste</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hilfen bei der Haushaltsführung</td> </tr> <tr> <td>Mahlzeitenhilfe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einkaufshilfen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reinigungsdienste</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wäschedienste</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reparaturdienste</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Leistungen	Selbst bestimmbar	Nicht selbst bestimmbar	Trifft nicht zu	Pflegerische Hilfen				Selbstversorgung (Grundpflege)				Pflegerische Betreuungsmaßnahmen				Alltagsgestaltung				Rund-um-die-Uhr-Betreuung				Niederschwellige Betreuungsleistungen				Fahr- und Begleitsdienste				Hilfen bei der Haushaltsführung				Mahlzeitenhilfe				Einkaufshilfen				Reinigungsdienste				Wäschedienste				Reparaturdienste				Insgesamt			
Leistungen	Selbst bestimmbar	Nicht selbst bestimmbar	Trifft nicht zu																																																										
Pflegerische Hilfen																																																													
Selbstversorgung (Grundpflege)																																																													
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen																																																													
Alltagsgestaltung																																																													
Rund-um-die-Uhr-Betreuung																																																													
Niederschwellige Betreuungsleistungen																																																													
Fahr- und Begleitsdienste																																																													
Hilfen bei der Haushaltsführung																																																													
Mahlzeitenhilfe																																																													
Einkaufshilfen																																																													
Reinigungsdienste																																																													
Wäschedienste																																																													
Reparaturdienste																																																													
Insgesamt																																																													
<p>Bewertung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die Art und Weise bei über 75 Prozent der im Wohnangebot erbrachten Leistungen selbst bestimmt werden kann. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die Art und Weise bei 75 Prozent bis 50 Prozent der im Wohnangebot erbrachten Leistungen selbst bestimmt werden kann. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die Art und Weise bei weniger als 50 Prozent der im Wohnangebot erbrachten Unterstützungsleistungen selbst bestimmt werden kann. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																																																												

1.3 Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer? [P]		D, Ex	
Begrifflichkeiten	Wahlfreiheit: In diesem Kontext wird erfasst, ob in der konkreten Wohnform vertragsrechtliche Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer gewährleistet wird.		
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.		
	Leistungserbringer	Wählbar	Nicht wählbar
			Trifft nicht zu
	Pflegedienst		
	Betreuungsdienst		
	Haushaltsdienst		
	Anbieter teilstationärer Pflege		
	Insgesamt		
Bewertung	<p><u>Wenn es hierzu eine heimrechtliche Prüfung des Landes gibt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Das Qualitätskriterium gilt als erfüllt, wenn nach heimrechtlicher Prüfung des Landes die Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer gewährleistet ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: Das Qualitätskriterium gilt als nicht erfüllt, wenn nach heimrechtlicher Prüfung des Landes die Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer nicht gewährleistet ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung <p><u>Wenn es hierzu keine heimrechtliche Prüfung des Landes gibt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn über 75 Prozent der im Wohnangebot tätigen Leistungserbringer frei wählbar sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der im Wohnangebot tätigen Leistungserbringer frei wählbar sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der im Wohnangebot tätigen Leistungserbringer frei wählbar sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 		

1.4 Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungsarten/Leistungserbringern? [E]		N, Ex	
Begrifflichkeiten	Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungsarten und Leistungserbringern: Hier soll erfasst werden, inwiefern die NutzerInnen mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den pflegerischen Hilfen, den pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, den Hilfen bei der Haushaltsführung und der teilstationären Pflege sowie mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungserbringern zufrieden sind.		
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.		
		Zufrieden	Teilweise zufrieden
	Unterstützungsleistungen		Weniger zufrieden
			Trifft nicht zu
	Pflegerische Hilfen		
	Selbstversorgung (Grundpflege)		

	Behandlungspflege					
	Notrufsicherung					
	Betreuungsleistungen					
	Alltagsgestaltung					
	Rund-um-die-Uhr-Betreuung					
	Niederschwellige Betreuungsleistungen					
	Fahr- und Begleitdienste					
	Hilfen bei der Haushaltsführung					
	Mahlzeitenhilfe					
	Einkaufshilfen					
	Wäschehilfe					
	Reinigungshilfe					
	Reparatordienste					
	Teilstationäre Pflege					
	Tagespflege					
	Nachtpflege					
	Insgesamt					
			Zufrie- den	Teil- weise zufrie- den	Weniger zufrie- den	Trifft nicht zu
	Leistungserbringer					
	Ambulanter Pflegedienst					
Notrufsicherung						
Pflegerischer Betreuungsdienst						
Mahlzeitendienst						
Begleitdienst						
Hauswirtschaftsdienst						
Tagespflege						
Nachtpflege						
Insgesamt						
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungen und Leistungserbringern zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungen und Leistungserbringern zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungen und Leistungserbringern zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 					

Qualitätskriterium: Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung

1.5 Kann die Essensauswahl selbst bestimmt werden? [S]		D
Begrifflichkeiten	Selbstbestimmte Essensauswahl: Die Essensauswahl gilt als selbstbestimmt, wenn sie von den NutzerInnen selbst bestimmt wird. Während NutzerInnen, die ihre Mahlzeiten individuell zubereiten, relativ frei entscheiden können, welche Speisen sie zubereiten, steht NutzerInnen, die auf ein gemeinschaftliches und/oder professionelles Mahlzeitenangebot zurückgreifen, in der Regel eine beschränkte Speisenauswahl zur Verfügung.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn es keine Einschränkungen bei der Auswahl der Speisen gibt, weil die NutzerInnen ihre Speisen individuell zubereiten. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn den NutzerInnen eine beschränkte Auswahl an Speisen zur Verfügung steht, die auf Grundlage einer systematischen Erfassung der Essenswünsche der NutzerInnen zusammengestellt wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn den NutzerInnen eine beschränkte Auswahl an Speisen zur Verfügung steht, die nicht auf Grundlage einer systematischen Erfassung der Essenswünsche der NutzerInnen zusammengestellt wird. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

1.6 Kann der Tagesablauf selbst bestimmt werden? [S]		D
Begrifflichkeiten	Selbst bestimmter Tagesablauf: Der Tagesablauf gilt als selbstbestimmt, wenn er von den NutzerInnen selbst bestimmt wird, das heißt, es wird den NutzerInnen nicht vorgeschrieben, wann sie Aufstehen und Zubettgehen oder das Essen einnehmen bzw. welchen Tätigkeiten sie wann nachgehen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn der von den NutzerInnen individuell gewünschte Tagesablauf von den Diensten respektiert wird. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn der von den NutzerInnen individuell gewünschte Tagesablauf von den Diensten nur teilweise respektiert wird bzw. werden kann. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn der von den NutzerInnen individuell gewünschte Tagesablauf von den Diensten nicht respektiert wird bzw. werden kann. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

1.7 Bestimmen die NutzerInnen selbst, was sie anziehen? [S]		D
Begrifflichkeiten	Selbstbestimmte Kleidung: Hierunter wird verstanden, dass die NutzerInnen selbst bestimmen, was sie morgens und abends anziehen, sofern sie dadurch nicht ihre Gesundheit gefährden.	

Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die NutzerInnen grundsätzlich selbst entscheiden, was sie anziehen, sofern sie dadurch nicht ihre Gesundheit gefährden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die Kleidungswünsche von den NutzerInnen erfragt und soweit wie möglich erfüllt werden, sofern dadurch ihre Gesundheit nicht gefährdet wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die Kleidungswünsche der NutzerInnen nicht erfragt und folglich auch nicht soweit wie möglich berücksichtigt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

1.8 Gibt es bei der Kontaktpflege keine Einschränkungen? [S]		D		
Begrifflichkeiten	Uneingeschränkte Kontaktpflege: Die NutzerInnen können jederzeit interne und externe BesucherInnen in ihren Zimmern/Wohnungen empfangen. Darüber hinaus stehen ihnen gemeinschaftlich nutzbare Sitzmöglichkeiten (z.B. im Garten) sowie funktionstüchtige und leicht bedienbare Kommunikationsgeräte wie Telefone oder Computer zur Verfügung bzw. es existieren entsprechende Anschlüsse (z.B. Internetanschluss).			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.			
	Kontaktmöglichkeiten	Sind vorhanden	Sind nicht vorhanden	Trifft nicht zu
	Regelungen, dass interne und externe BesucherInnen jederzeit im eigenen Zimmer/in der eigenen Wohnung empfangen werden können			
	Gemeinschaftlich nutzbare Sitzmöglichkeiten (z.B. im Garten)			
	Anschlüsse für Telefone und Computer (z.B. Internetanschluss)			
	Funktionstüchtige und leicht bedienbare Kommunikationsgeräte wie Telefone oder Computer mit Internetanschluss			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens drei der vier dargestellten Kontaktmöglichkeiten gewährleistet sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn mindestens zwei der vier dargestellten Kontaktmöglichkeiten gewährleistet sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als zwei der vier dargestellten Kontaktmöglichkeiten gewährleistet sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

1.9 Können Freizeitaktivitäten selbst bestimmt werden? [S]		D		
Begrifflichkeiten	Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Freizeitaktivitäten: Die NutzerInnen können Aktivitäten im Freizeitbereich selbst bestimmt nachgehen und werden bei der Umsetzung unterstützt. Bestehende Freizeitangebote sind freiwillig nutzbar.			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.			
	Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Freizeitaktivitäten	Bestehen	Bestehen nicht	Trifft nicht zu
	Berücksichtigung der Gewohnheiten der NutzerInnen im Freizeitbereich durch die Leistungserbringer			
	Unterstützung der NutzerInnen bei der Umsetzung von Aktivitäten im Freizeitbereich durch die Leistungserbringer			
	Keine verpflichtenden Freizeitangebote			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei der drei dargestellten Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Freizeitaktivitäten gewährleistet sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn mindestens eine der drei dargestellten Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Freizeitaktivitäten gewährleistet ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der dargestellten Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Freizeitaktivitäten gewährleistet ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

1.10 Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens? [E]		N			
Begrifflichkeiten	Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens: Hier wird erfasst, inwiefern die NutzerInnen mit ihren Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Essensauswahl, den Essenszeiten, den Aufsteh- und Bettgehzeiten, der Kleidung, der Kontaktpflege und der Freizeitgestaltung zufrieden sind.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
	Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei ...	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu
	Essensauswahl				
	Essenszeiten				
	Aufsteh- und Bettgehzeiten				
	Kleidung				
	Kontaktpflege				
	Freizeitgestaltung				
	Insgesamt				

Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
------------------	---

Qualitätskriterium: Selbstbestimmung beim Wohnen

1.11 Kann das eigene Zimmer bzw. die eigene Wohnung selbst eingerichtet werden? [S]		D																												
Begrifflichkeiten	<p>Einrichtung: Hierunter wird die Einrichtung des eigenen Zimmers bzw. der eigenen Wohnung mit mitgebrachten Möbeln, mitgebrachter Beleuchtung, mitgebrachten Teppichen und mitgebrachtem Sonnen-/Lichtschutz (z. B. Vorhänge) verstanden, ebenso wie die freie Gestaltung der Wände. Die Ausstattung des eigenen Zimmers bzw. der eigenen Wohnung mit eigenen Sanitäranlagen und/oder einer eigenen Küche wird im Gegensatz dazu nicht unter Einrichtung subsumiert.</p>																													
Prüfung	<p>Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="border-top: 2px solid red; border-bottom: 2px solid red;"> <th style="text-align: left;">Einrichtungsmöglichkeiten</th> <th style="text-align: center;">Kann mehrheitlich selbst bestimmt werden</th> <th style="text-align: center;">Kann mehrheitlich nicht selbst bestimmt werden</th> <th style="text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Möblierung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beleuchtung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teppiche</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sonnen-/Lichtschutz</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wandgestaltung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Einrichtungsmöglichkeiten	Kann mehrheitlich selbst bestimmt werden	Kann mehrheitlich nicht selbst bestimmt werden	Trifft nicht zu	Möblierung				Beleuchtung				Teppiche				Sonnen-/Lichtschutz				Wandgestaltung				Insgesamt			
Einrichtungsmöglichkeiten	Kann mehrheitlich selbst bestimmt werden	Kann mehrheitlich nicht selbst bestimmt werden	Trifft nicht zu																											
Möblierung																														
Beleuchtung																														
Teppiche																														
Sonnen-/Lichtschutz																														
Wandgestaltung																														
Insgesamt																														
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei Drittel der dargestellten Einrichtungsmöglichkeiten jeweils mehrheitlich selbst bestimmt werden können. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn mindestens die Hälfte der dargestellten Einrichtungsmöglichkeiten jeweils mehrheitlich selbst bestimmt werden kann. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als die Hälfte der dargestellten Einrichtungsmöglichkeiten jeweils mehrheitlich selbst bestimmt werden können. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																													

1.12 Kann Einfluss auf die Gestaltung der Gemeinschaftsräume genommen werden? [S]		D
Begrifflichkeiten	<p>Einfluss auf die Gestaltung der Gemeinschaftsräume: Hierunter ist zu verstehen, dass die NutzerInnen bei einer (teilweisen) Neugestaltung von Gemeinschaftsräumen ein Mitspracherecht haben.</p>	

Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die Präferenzen der NutzerInnen bezüglich der (teilweisen) Neugestaltung von Gemeinschaftsräumen systematisch erfasst und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die Präferenzen der NutzerInnen bezüglich der (teilweisen) Neugestaltung von Gemeinschaftsräumen erfasst und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden, allerdings nicht systematisch. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die Präferenzen der NutzerInnen bezüglich der (teilweisen) Neugestaltung von Gemeinschaftsräumen nicht erfasst und folglich nicht in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

1.13 Ist die Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag gegeben? [S]		D, Ex
Begrifflichkeiten	Getrennte Verträge für Miete, Pflege und Betreuung: Die NutzerInnen schließen einen individuellen oder gemeinsamen Mietvertrag mit dem Eigentümer ihres Zimmers bzw. ihrer Wohnung sowie ggf. separate Verträge mit den Anbietern von Pflege- und Betreuungsleistungen. Bei Abschluss des Mietvertrags wird nicht erwartet, dass ein Pflege-/Betreuungsvertrag mit einem bestimmten Unternehmen geschlossen wird.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn der Pflege-/Betreuungsvertrag und der Mietvertrag sowohl getrennt als auch unabhängig voneinander abgeschlossen werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn der Pflege-/Betreuungsvertrag und der Mietvertrag weder getrennt noch unabhängig voneinander abgeschlossen werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

1.14 Kann über die MitnutzerInnen mitbestimmt werden? [S]		D
Begrifflichkeiten	Mitbestimmung über MitnutzerInnen: Hierunter ist zu verstehen, dass die bestehenden NutzerInnen bei der Aufnahme neuer NutzerInnen ein Mitspracherecht haben.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die Präferenzen der NutzerInnen bezüglich potenziell neuer NutzerInnen bei deren Auswahl systematisch berücksichtigt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die Präferenzen der NutzerInnen bezüglich potenziell neuer NutzerInnen bei deren Auswahl berücksichtigt werden, allerdings nicht systematisch. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die Präferenzen der NutzerInnen bezüglich potenziell neuer NutzerInnen bei deren Auswahl nicht berücksichtigt werden. 	

	▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	--

1.15 Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens? [E]	N																														
Begrifflichkeiten	Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens: Hier wird erfasst, inwiefern die NutzerInnen mit ihren Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei der Einrichtung ihres Zimmers/ihrer Wohnung, bei der Gestaltung von Gemeinschaftsräumen, bei der vertraglichen Gestaltung (Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag) und bei der Auswahl von neuen NutzerInnen zufrieden sind.																														
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="border-top: 2px solid red; border-bottom: 2px solid red;"> <th style="width: 35%; text-align: left;">Selbstbestimmungsmöglichkeiten</th> <th style="width: 15%;">Zufrieden</th> <th style="width: 15%;">Teilweise zufrieden</th> <th style="width: 15%;">Weniger zufrieden</th> <th style="width: 20%;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einrichtung des Zimmers/der Wohnung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gestaltung von Gemeinschaftsräumen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vertragsgestaltung (Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Auswahl neuer NutzerInnen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr style="background-color: #e9ecef;"> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Selbstbestimmungsmöglichkeiten	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu	Einrichtung des Zimmers/der Wohnung					Gestaltung von Gemeinschaftsräumen					Vertragsgestaltung (Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag)					Auswahl neuer NutzerInnen					Insgesamt				
Selbstbestimmungsmöglichkeiten	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu																											
Einrichtung des Zimmers/der Wohnung																															
Gestaltung von Gemeinschaftsräumen																															
Vertragsgestaltung (Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag)																															
Auswahl neuer NutzerInnen																															
Insgesamt																															
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Angelegenheiten des Wohnens zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten den Angelegenheiten des Wohnens zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten den Angelegenheiten des Wohnens zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																														

Qualitätskriterium: Förderung der Selbstbestimmung

1.16 Ist die Förderung der Selbstbestimmung in einem Betreuungskonzept/Leitbild formuliert? [S]	D
Begrifflichkeiten	Berücksichtigung der Selbstbestimmung im Betreuungskonzept/Leitbild: Die in der Wohnform tätigen Pflege- und Betreuungsdienste verfügen über ein schriftliches Betreuungskonzept oder Leitbild, in welchem die Förderung der Selbstbestimmung explizit verankert ist.
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.

Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle in der Wohnform tätigen Pflege- und Betreuungsdienste die Förderung der Selbstbestimmung in ihrem Betreuungskonzept/Leitbild explizit formuliert haben. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn nur ein Teil der in der Wohnform tätigen Pflege- und Betreuungsdienste die Förderung der Selbstbestimmung in ihrem Betreuungskonzept/Leitbild explizit formuliert haben. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keiner der in der Wohnform tätigen Pflege- und Betreuungsdienste die Förderung der Selbstbestimmung in seinem Betreuungskonzept/Leitbild explizit formuliert hat. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
------------------	--

1.17 Werden Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant? [P]		D, Ex																								
Begrifflichkeiten	Unterstützungsleistungen: Hierunter fallen körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung sowie teilstationäre Pflegeleistungen.																									
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="border-top: 2px solid red; border-bottom: 2px solid red;"> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Werden gemeinsam geplant</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Werden nicht gemeinsam geplant</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Körperbezogene Pflegemaßnahmen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pflegerische Betreuungsmaßnahmen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hilfen bei der Haushaltsführung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Teilstationäre Pflegeleistungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Werden gemeinsam geplant	Werden nicht gemeinsam geplant	Trifft nicht zu	Körperbezogene Pflegemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfen bei der Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilstationäre Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insgesamt				
	Werden gemeinsam geplant	Werden nicht gemeinsam geplant	Trifft nicht zu																							
Körperbezogene Pflegemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Hilfen bei der Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Teilstationäre Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Insgesamt																										
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei Drittel der in der Wohnform verfügbaren Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn mindestens die Hälfte der in der Wohnform verfügbaren Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als die Hälfte der in der Wohnform verfügbaren Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																									

1.18 Werden Sicherheitsaspekte im Einklang mit individuellen Freiheiten berücksichtigt? [P]		D
Begrifflichkeiten	Berücksichtigung von Sicherheitsaspekten im Einklang mit individuellen Freiheiten: Die Autonomie der individuellen NutzerInnen kann im Widerspruch zu auftretenden Risiken stehen, bspw. dann, wenn kognitive Beeinträchtigungen dazu führen, dass Risiken von den NutzerInnen des Wohnangebots bei einem Bedürfnis nach Aktivität nicht mehr erkannt werden (z.B. im Umgang mit Küchengeräten).	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	

	Maßnahmen	Maßnahme wird umgesetzt	Maßnahme wird nicht umgesetzt	Trifft nicht zu
	Aufnahme relevanter Risiken und des Umgangs damit im Konzept der Wohnform			
	Aufklärung der NutzerInnen über die relevanten Risiken und den Umgang damit			
	Regelmäßiger Erfahrungsaustausch über den Umgang mit den relevanten Risiken unter den Mitarbeitenden			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei der drei Maßnahmen in der Wohnform umgesetzt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn mindestens eine der drei Maßnahmen in der Wohnform umgesetzt werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der drei Maßnahmen in der Wohnform umgesetzt werden. <p>Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung</p>			

1.19 Kennen die NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten? [E]				N
Begrifflichkeiten	Kenntnis der Mitbestimmungsmöglichkeiten: Hier soll erfasst werden, inwiefern die NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Alltags und den Unterstützungsleistungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung sowie teilstationäre Pflegeleistungen) kennen.			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung. Die Mitbestimmungsmöglichkeiten sind von den in der Wohnform tätigen Dienste in der folgenden Tabelle zu ergänzen.			
	Mitbestimmungsmöglichkeiten	Sind bekannt	Sind nicht bekannt	Trifft nicht zu
	Gestaltung des Alltags			
	...			
	...			
	...			
	Unterstützungsleistungen			
	...			
	...			
	...			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Alltags und den Unterstützungsleistungen kennen. 			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Alltags und den Unterstützungsleistungen kennen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung des Alltags und den Unterstützungsleistungen kennen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	---

1.20 Sind die NutzerInnen zufrieden damit, wie die Selbstbestimmung gefördert wird? [E]		N			
Begrifflichkeiten	Förderung der Selbstbestimmung: Hier wird erfasst, inwiefern die NutzerInnen mit der Förderung ihrer Selbstbestimmung in Form der Information über Mitwirkungsmöglichkeiten, der Mitsprache bei der Planung der Unterstützungsleistungen und der Respektierung individuell in Kauf genommener Risiken zufrieden sind.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
	Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu
	Information über Mitwirkungsmöglichkeiten durch die Leistungserbringer				
	Mitsprache bei der Planung der Unterstützungsleistungen durch die Leistungserbringer				
	Respektierung individuell in Kauf genommener Risiken seitens der Leistungserbringer				
	Insgesamt				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Förderung der Selbstbestimmung zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Förderung der Selbstbestimmung zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Förderung der Selbstbestimmung zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

Qualitätskriterium: Unterstützung der NutzerInnen bei der Fällung autonomer Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung

1.21 Gibt es ein Bewohnergremium? [S]		D
Begrifflichkeiten	Bewohnergremium: Hierbei handelt es sich um ein Gremium, in welchem die NutzerInnen oder deren VertreterInnen in regelmäßigen Abständen die Angelegenheiten	

	ten, die die Wohnform als Ganzes betreffen, besprechen und gemeinsame Entscheidungen fällen. Ein Bewohnergremium trägt somit dazu bei, dass solche Entscheidungen auf Basis der Interessen der Bewohnerschaft getroffen werden. Darüber hinaus stärkt es die Verantwortungsübernahme durch die NutzerInnen.
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Es existiert ein eigenes Bewohnergremium für die Wohnform. ▪ Nein, nicht erfüllt: Es existiert kein eigenes Bewohnergremium für die Wohnform. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

1.22 Werden die NutzerInnen bei der Bildung und dem Erhalt eines Bewohnergremiums (z.B. Auftraggebergemeinschaft) unterstützt? [P]	D																				
Begrifflichkeiten	Bewohnergremium: Hierbei handelt es sich um ein Gremium, in welchem die NutzerInnen oder deren VertreterInnen in regelmäßigen Abständen die Angelegenheiten, die die Wohnform als Ganzes betreffen, besprechen und gemeinsame Entscheidungen fällen.																				
Prüfung	<p>Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="border-top: 2px solid red;"> <th style="width: 60%; text-align: left;">Maßnahmen</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Maßnahme wird umgesetzt</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Maßnahme wird nicht umgesetzt</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Initiierung der Bildung eines Bewohnergremiums durch mindestens einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Moderation und Protokollierung der Treffen des Bewohnergremiums durch einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Information der Bewohnerschaft über anstehende Treffen sowie über die Ergebnisse bereits stattgefundener Treffen durch einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr style="background-color: #e9ecef;"> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Maßnahmen	Maßnahme wird umgesetzt	Maßnahme wird nicht umgesetzt	Trifft nicht zu	Initiierung der Bildung eines Bewohnergremiums durch mindestens einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moderation und Protokollierung der Treffen des Bewohnergremiums durch einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Information der Bewohnerschaft über anstehende Treffen sowie über die Ergebnisse bereits stattgefundener Treffen durch einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insgesamt			
Maßnahmen	Maßnahme wird umgesetzt	Maßnahme wird nicht umgesetzt	Trifft nicht zu																		
Initiierung der Bildung eines Bewohnergremiums durch mindestens einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Moderation und Protokollierung der Treffen des Bewohnergremiums durch einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Information der Bewohnerschaft über anstehende Treffen sowie über die Ergebnisse bereits stattgefundener Treffen durch einen Dienst, der in der Wohnform tätig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Insgesamt																					
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei der dargestellten Maßnahmen zur Unterstützung der NutzerInnen bei der Bildung und dem Erhalt eines Bewohnergremiums umgesetzt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn eine der dargestellten Maßnahmen zur Unterstützung der NutzerInnen bei der Bildung und dem Erhalt eines Bewohnergremiums umgesetzt werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der dargestellten Maßnahmen zur Unterstützung der NutzerInnen bei der Bildung und dem Erhalt eines Bewohnergremiums umgesetzt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																				

1.23 Ist den NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen klar, welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten sie im Wohnangebot übernehmen müssen? [E]		N	
Begrifflichkeiten	Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Wohnangebot: Hier soll erfasst werden, ob den NutzerInnen sowie ihren Angehörigen/VertreterInnen klar ist, welche Aufgaben sie in der Wohnform jeweils übernehmen müssen und welche Verantwortlichkeiten sie jeweils tragen. Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind in allen Bereichen (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Verwaltung etc.) zu erfassen.		
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Bewohner- und Angehörigen-/VertreterInnenbefragung. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der NutzerInnen und der Angehörigen/VertreterInnen sind von den in der Wohnform tätigen Dienste in der folgenden Tabelle zu ergänzen.		
	Aufgaben und Verantwortlichkeiten	Sind bekannt	Sind nicht bekannt
	NutzerInnen		
	...		
	...		
	...		
	Angehörige/VertreterInnen		
	...		
	...		
	...		
	Insgesamt		
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten kennen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten kennen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten kennen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 		

Qualitätskriterium: Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen

1.24 Werden Angehörige/nahestehende Personen/gesetzlich bestimmte BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung für den Fall der „Wohlbestimmung“ integriert? [P]		D	
Begrifflichkeiten	<p>„Wohlbestimmung“: Geistige und psychische Erkrankungen gehen häufig mit einem Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen einher. Wenn pflegebedürftige Menschen nicht länger selbst Entscheidungen treffen können oder sich dabei selbst gefährden, müssen andere Personen, darunter auch Angehörige/nahestehende Personen/gesetzlich bestimmte BetreuerInnen, diese Entscheidungen stellvertretend für und im Sinne der Betroffenen fällen, also über deren Wohl mitbestimmen.</p> <p>Integration von Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung: Hierunter ist zu verstehen, dass den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten</p>		

	BetreuerInnen von Personen mit eingeschränkten entscheidungsbezogenen Kompetenzen von den Leistungserbringern ein Mitspracherecht bei der Pflegeplanung/Alltagsgestaltung gewährt wird.																				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Maßnahmen</th> <th>Maßnahme wird umgesetzt</th> <th>Maßnahme wird nicht umgesetzt</th> <th>Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Regelmäßige Information der Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen über den Versorgungs-/Gesundheitszustand der betroffenen Person durch die Leistungserbringer</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anlassbezogene Gespräche der Leistungserbringer mit den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen zum Thema</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Regelmäßige Gespräche der Leistungserbringer mit den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen zum Thema</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Maßnahmen	Maßnahme wird umgesetzt	Maßnahme wird nicht umgesetzt	Trifft nicht zu	Regelmäßige Information der Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen über den Versorgungs-/Gesundheitszustand der betroffenen Person durch die Leistungserbringer				Anlassbezogene Gespräche der Leistungserbringer mit den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen zum Thema				Regelmäßige Gespräche der Leistungserbringer mit den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen zum Thema				Insgesamt			
	Maßnahmen	Maßnahme wird umgesetzt	Maßnahme wird nicht umgesetzt	Trifft nicht zu																	
	Regelmäßige Information der Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen über den Versorgungs-/Gesundheitszustand der betroffenen Person durch die Leistungserbringer																				
	Anlassbezogene Gespräche der Leistungserbringer mit den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen zum Thema																				
Regelmäßige Gespräche der Leistungserbringer mit den Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen zum Thema																					
Insgesamt																					
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei der dargestellten Maßnahmen zur Integration der Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung umgesetzt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn eine der dargestellten Maßnahmen zur Integration der Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung umgesetzt werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der dargestellten Maßnahmen zur Integration der Angehörigen/nahestehenden Personen/gesetzlich bestimmten BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung umgesetzt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																				

1.25 Kennen Pflegekräfte/andere Leistungserbringer die Werte und Normen der Pflegebedürftigen für den Fall der „Wohlbestimmung“? [P]		D
Begrifflichkeiten	„Wohlbestimmung“: Geistige und psychische Erkrankungen gehen häufig mit einem Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen einher. Wenn pflegebedürftige Menschen nicht länger selbst Entscheidungen treffen können oder sich dabei selbst gefährden, müssen andere Personen, darunter auch Pflegekräfte und andere Leistungserbringer, diese Entscheidungen stellvertretend für und im Sinne der Betroffenen fällen, also über deren Wohl mitbestimmen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	

	Maßnahmen	Maßnahme wird umgesetzt	Maßnahme wird nicht umgesetzt	Trifft nicht zu
	Eruierung der Bedürfnisse von NutzerInnen, die ihre Bedürfnisse nicht selbst äußern können, mittels eines speziellen Verfahrens wie dem Demenzia Caremapping			
	Regelmäßige Befragung der Angehörigen/VertreterInnen von NutzerInnen, die ihre Bedürfnisse nicht äußern können, zu deren Bedürfnissen			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn beide Maßnahmen in der Wohnform umgesetzt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn nur eine der beiden Maßnahmen in der Wohnform umgesetzt werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der beiden Maßnahmen in der Wohnform umgesetzt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

2 Qualitätsbereich: Nutzerorientierung

Qualitätskriterium: Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen der NutzerInnen

2.1 Werden systematisch unter Einbeziehung der NutzerInnen umfassende Informationen über deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, Ressourcen, Bedarfe gesammelt? [P]		D												
Begrifflichkeiten	<p>Systematische Sammlung von Informationen: Die Leistungserbringer nehmen systematisch (d.h. durch regelmäßiges und geplantes Vorgehen) Informationen zu den Besonderheiten der NutzerInnen auf und dokumentieren diese nach Bedarf. Die Informationen müssen anschließend für andere Leistungserbringer verfügbar sein (z.B. über ein Info-Blatt).</p> <p>Einbeziehung der NutzerInnen: Hierunter ist zu verstehen, dass die Informationen durch den aktiven Austausch mit den NutzerInnen oder deren VertreterInnen erhoben werden. Die persönlichen Bedürfnisse der NutzerInnen sollen im Wohnangebot im Vordergrund stehen.</p>													
Prüfung	<p>Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Möglichkeiten der Informationssammlung</th> <th>Ja, systematische Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen durch...</th> <th>Nein, keine systematische Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen durch...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Persönliches Gespräch beim Einzug</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NutzerInnenbefragungen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Biografiearbeit</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Möglichkeiten der Informationssammlung	Ja, systematische Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen durch...	Nein, keine systematische Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen durch...	Persönliches Gespräch beim Einzug			NutzerInnenbefragungen			Biografiearbeit		
Möglichkeiten der Informationssammlung	Ja, systematische Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen durch...	Nein, keine systematische Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen durch...												
Persönliches Gespräch beim Einzug														
NutzerInnenbefragungen														
Biografiearbeit														

	Insgesamt
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei der dargestellten Möglichkeiten zur systematischen Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen genutzt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn eine der dargestellten Möglichkeiten zur systematischen Erfassung von Besonderheiten der NutzerInnen genutzt wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine Besonderheiten der NutzerInnen erfasst werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

2.2 Nehmen VertreterInnen der Leistungserbringer regelmäßig an Sitzungen des Bewohnergremiums teil, um Nutzerbedürfnisse zu erfassen? [P]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Regelmäßige Teilnahme: Die VertreterInnen der Leistungserbringer nehmen regelmäßig (d.h. in einem sich wiederholenden Rhythmus, jedoch nicht immer) an den Sitzungen des Bewohnergremiums teil.</p> <p>Erfassung von Bedürfnissen: Die Leistungserbringer nehmen systematisch (d.h. durch ein regelmäßiges und geplantes Vorgehen) Informationen zu den Besonderheiten der Bewohnerschaft auf und dokumentieren diese nach Bedarf. Die Informationen müssen anschließend für andere Leistungserbringer verfügbar sein. Hierbei geht es um die Frage, inwiefern die Abläufe in der Wohnform den Bedürfnissen der NutzerInnen gerecht werden.</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die VertreterInnen der Leistungserbringer regelmäßig an Sitzungen des Bewohnergremiums teilnehmen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die VertreterInnen der Leistungserbringer nicht regelmäßig an den Sitzungen des Bewohnergremiums teilnehmen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die VertreterInnen der Leistungserbringer nie an den Sitzungen des Bewohnergremiums teilnehmen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

2.3 Haben die NutzerInnen den Eindruck, dass das Pflege- und Betreuungspersonal ihre Gewohnheiten/Bedürfnisse kennt? [E]		N																																								
Begrifflichkeiten	Kenntnis der Gewohnheiten/Bedürfnisse: Hier wird erfasst, inwiefern die NutzerInnen den Eindruck haben, dass ihre Gewohnheiten und Bedürfnisse beim Pflege- und Betreuungspersonal bekannt sind.																																									
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.																																									
	Kenntnis der Gewohnheiten/Bedürfnisse der NutzerInnen bei...	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Zufrieden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Teilweise zufrieden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Weniger zufrieden</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tagesablauf</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Kleidung</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Kontaktpflege</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Kommunikation</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Freizeitgestaltung</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Andere persönliche Vorlieben</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Andere persönliche Abneigungen</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu	Tagesablauf					Kleidung					Kontaktpflege					Kommunikation					Freizeitgestaltung					Andere persönliche Vorlieben					Andere persönliche Abneigungen				
	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu																																						
Tagesablauf																																										
Kleidung																																										
Kontaktpflege																																										
Kommunikation																																										
Freizeitgestaltung																																										
Andere persönliche Vorlieben																																										
Andere persönliche Abneigungen																																										

	Insgesamt
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Kenntnis ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Kenntnis ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Kenntnis ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

Qualitätskriterium: Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen

2.4 Bilden die Gewohnheiten/Bedürfnisse der NutzerInnen die Grundlage für die Versorgungsplanung? [P]		D, Ex	
Begrifflichkeiten	Gewohnheiten/Bedürfnisse als Grundlage für die Versorgungsplanung: Die individuellen Lebensgewohnheiten der NutzerInnen werden bei der Planung der Unterstützungsleistungen explizit berücksichtigt. Die persönlichen Bedürfnisse der NutzerInnen sollen im Wohnangebot im Vordergrund stehen.		
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.		
	Maßnahmen zur Berücksichtigung der Gewohnheiten/Versorgungsplanung unter...	Ja, trifft zu	Nein, trifft nicht zu
	Berücksichtigung der Ergebnisse der Biografiearbeit		Trifft auf das Wohnangebot nicht zu
	Berücksichtigung der Ergebnisse der NutzerInnenbefragungen		
	Mitsprache von NutzerInnen bei der Versorgungsplanung		
	Insgesamt		
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle angeführten Punkte bei der Versorgungsplanung berücksichtigt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die angeführten Punkte mehrheitlich bei der Versorgungsplanung berücksichtigt werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als die Hälfte der angeführten Punkte bei der Versorgungsplanung berücksichtigt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 		

2.5 Werden vorhandene Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen berücksichtigt? [P]		D, Ex
Begrifflichkeiten	Berücksichtigung von Ressourcen/Fähigkeiten: Hiermit ist gemeint, dass Hilfe als „Selbsthilfe“ organisiert wird. Das heißt die Pflege- und Betreuungskräfte beziehen die Bewohnerschaft und ihre individuellen Ressourcen und Fähigkeiten bei	

	der Leistungserbringung ein. Beispielsweise wird bei der Körperhygiene nicht das Waschen von der Pflegekraft durchgeführt, sondern die/der Nutzer/n wird dabei unterstützt, selbst die Körperpflege vorzunehmen, die sie/er noch selbst bewältigen kann.																												
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.																												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">Ja, Hilfe wird als Selbsthilfe organisiert bei...</th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">Nein, Hilfe wird nicht als Selbsthilfe organisiert bei...</th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unterstützungsleistungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pflegerische Hilfen z.B. Grundpflege, Behandlungspflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pflegerische Betreuungsmaßnahmen z.B. Alltagsgestaltung, niedrigschwellige Betreuungsdienstleistungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hilfen bei der Haushaltsführung z.B. Mahlzeitenhilfe, Einkaufshilfe, Wäschehilfe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Teilstationäre Pflege z.B. Tagespflege, Nachtpflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ja, Hilfe wird als Selbsthilfe organisiert bei...	Nein, Hilfe wird nicht als Selbsthilfe organisiert bei...	Trifft nicht zu	Unterstützungsleistungen				Pflegerische Hilfen z.B. Grundpflege, Behandlungspflege				Pflegerische Betreuungsmaßnahmen z.B. Alltagsgestaltung, niedrigschwellige Betreuungsdienstleistungen				Hilfen bei der Haushaltsführung z.B. Mahlzeitenhilfe, Einkaufshilfe, Wäschehilfe				Teilstationäre Pflege z.B. Tagespflege, Nachtpflege				Insgesamt			
		Ja, Hilfe wird als Selbsthilfe organisiert bei...	Nein, Hilfe wird nicht als Selbsthilfe organisiert bei...	Trifft nicht zu																									
	Unterstützungsleistungen																												
	Pflegerische Hilfen z.B. Grundpflege, Behandlungspflege																												
	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen z.B. Alltagsgestaltung, niedrigschwellige Betreuungsdienstleistungen																												
Hilfen bei der Haushaltsführung z.B. Mahlzeitenhilfe, Einkaufshilfe, Wäschehilfe																													
Teilstationäre Pflege z.B. Tagespflege, Nachtpflege																													
Insgesamt																													
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn bei allen angeführten Unterstützungsleistungen die Hilfe als Selbsthilfe organisiert wird. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn bei den angeführten Unterstützungsleistungen mehrheitlich die Hilfe als Selbsthilfe organisiert wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn bei weniger als der Hälfte der angeführten Unterstützungsleistungen die Hilfe als Selbsthilfe organisiert wird. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																												

2.6 Wird bei der Umsetzung sichergestellt, dass sich vereinbarte Leistungen der Leistungserbringer an den Gewohnheiten/Bedürfnissen der NutzerInnen orientieren? [P]		D, Ex							
Begrifflichkeiten	Sicherstellung der Nutzerorientierung: Hierunter ist eine kontinuierliche Sicherstellung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung z.B. über ein internes Qualitätsmanagement gemeint.								
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Anpassung der Leistungen durch...</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Keine Anpassung der Leistungen durch...</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzerorientierung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Anpassung der Leistungen durch...	Keine Anpassung der Leistungen durch...	Trifft nicht zu	Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzerorientierung			
	Anpassung der Leistungen durch...	Keine Anpassung der Leistungen durch...	Trifft nicht zu						
Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzerorientierung									

	<p>Regelmäßiger Abgleich der erfassten Bedürfnisse mit den erbrachten Leistungen</p> <p>Regelmäßiger Abgleich der Beschwerden mit den erbrachten Leistungen</p> <p>Insgesamt</p>			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die genannten Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung erfolgen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn mindestens eine der genannten Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung erfolgt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der genannten Maßnahmen zur Sicherstellung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung erfolgt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

2.7 Haben Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen Vorrang vor Wünschen des Personals? [P]		D, Ex																										
Begrifflichkeiten	<p>Vorrang: Vorlieben und Wünschen der NutzerInnen wird Vorrang vor den Wünschen des Personals eingeräumt, wenn bspw. die Terminierung von Leistungen so erfolgt, dass sie ggfs. für das Personal mit einem zeitlichen oder organisatorischen Mehraufwand verbunden ist, für die individuellen NutzerInnen in der konkreten Wohnform jedoch wunschgemäß erbracht wird.</p>																											
Prüfung	<p>Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen haben Vorrang bei...</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen haben keinen Vorrang bei...</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Situationen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Terminierung einer Leistung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ausgestaltung einer Leistung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Auswahlwünsche beim Personaleinsatz</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen haben Vorrang bei...	Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen haben keinen Vorrang bei...	Trifft nicht zu	Situationen				Terminierung einer Leistung				Ausgestaltung einer Leistung				Auswahlwünsche beim Personaleinsatz				Insgesamt			
	Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen haben Vorrang bei...	Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen haben keinen Vorrang bei...	Trifft nicht zu																									
Situationen																												
Terminierung einer Leistung																												
Ausgestaltung einer Leistung																												
Auswahlwünsche beim Personaleinsatz																												
Insgesamt																												
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen in den genannten Situationen Vorrang haben. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen mehrheitlich in den genannten Situationen Vorrang haben. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen mehrheitlich keinen Vorrang haben. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																											

2.8 Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen? [E]		N			
Begrifflichkeiten	Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse: Hier wird erfasst, inwiefern die NutzerInnen mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Leistungserbringung zufrieden sind.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
	Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse bei...	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu
	Pflegerischen Hilfen z.B. Grundpflege, Behandlungspflege				
	Pflegerischen Betreuungsmaßnahmen z.B. Alltagsgestaltung, niedrigschwellige Betreuungsdienstleistungen				
	Hilfen bei der Haushaltsführung z.B. Mahlzeitenhilfe, Einkaufshilfe, Wäschehilfe				
	Teilstationärer Pflege z.B. Tagespflege, Nachtpflege				
	Insgesamt				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

2.9 Wird die Privatsphäre der NutzerInnen gewahrt? [P]		D			
Begrifflichkeiten	Wahrung der Privatsphäre der NutzerInnen: Im Wohnangebot werden räumliche Rückzugsorte/Privaträume der NutzerInnen anerkannt und geschützt. Entsprechend der Fähigkeiten der NutzerInnen sollten die Privaträume abschließbar sein, vorausgesetzt, dass dadurch keine Gefährdung der NutzerInnen einhergeht. Grundsätzlich gebietet es sich, dass Leistungserbringer die privaten Rückzugsorte im Normalfall nur nach Anklopfen sowie nur nach Aufforderung betreten.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.				

	Maßnahmen zur Wahrung der Privatsphäre	Ja, trifft zu...	Nein, trifft nicht zu...	Trifft auf das Wohnangebot nicht zu
	Abschließbarkeit der Privaträume			
	Anklopfen vor dem Betreten der Räumlichkeiten			
	Betreten der Räumlichkeiten nur nach Aufforderung			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Die Privatsphäre der NutzerInnen wird gewahrt, wenn die genannten Maßnahmen umgesetzt werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Die Privatsphäre der NutzerInnen wird nicht gewahrt, wenn die genannten Maßnahmen nicht umgesetzt werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

Qualitätskriterium: Überprüfung der Berücksichtigung von Gewohnheiten/Bedürfnissen und Fähigkeiten/Ressourcen

2.10 Wird regelmäßig überprüft, ob sich die vereinbarten Unterstützungsleistungen an den Gewohnheiten/Bedürfnissen und Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen orientieren? [P]				D, Ex
Begrifflichkeiten	Regelmäßige Überprüfung: Hiermit ist gemeint, dass kontinuierlich dafür Sorge getragen werden muss, dass das Prinzip der Nutzerorientierung bei der Planung und Umsetzung der Unterstützungsleistungen gewahrt wird. Die Überprüfung erfolgt systematisch – das heißt, durch ein regelmäßiges und geplantes Vorgehen.			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.			
	Überprüfung durch...	Regelmäßige Überprüfung der Nutzerorientierung durch...	Keine regelmäßige Überprüfung der Nutzerorientierung durch...	Trifft nicht zu
	NutzerInnenbefragung			
	Befragung des Personals			
	Auswertungen von Beschwerden			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn mindestens zwei der dargestellten Maßnahmen zur systematischen Überprüfung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung genutzt werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn eine der dargestellten Maßnahmen zur systematischen Überprüfung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung genutzt wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der dargestellten Maßnahmen zur systematischen Überprüfung der Nutzerorientierung bei der Leistungserbringung genutzt wird. 			

	▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	--

Qualitätskriterium: Beschwerdemanagement

2.11 Liegt ein Konzept zum Umgang mit Beschwerden vor? [S]		D
Begrifflichkeiten	Beschwerdemanagement: Es gibt ein Konzept zur Koordination, Planung, Steuerung und Überwachung von Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Beschwerden entstehen. Ziel ist es, Beschwerden zu bearbeiten und zu analysieren, um anschließend Maßnahmen abzuleiten.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
	Bestandteil des Konzeptes	Kein Bestandteil des Konzeptes
	Konzeptbestandteile	Trifft nicht zu
	Beschwerdewege/ -möglichkeiten	
	Beschwerdeannahme	
	Bearbeitungswege	
	Beschwerdeauswertung	
	Überprüfung der getroffenen Maßnahmen	
	Insgesamt	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle angeführten Punkte in einem Konzept zum Umgang mit Beschwerden beschrieben werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die angeführten Punkte mehrheitlich in einem Konzept zum Umgang mit Beschwerden beschrieben werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als die Hälfte der angeführten Punkte in einem Konzept zum Umgang mit Beschwerden beschrieben werden bzw. kein entsprechendes Konzept vorliegt. ▪ Trifft nicht zu: Wenn es sich um ein selbstverantwortetes Wohnangebot handelt. 	

2.12 Gibt es eine/n benannte/n AnsprechpartnerIn für Beschwerden? [S]		D
Begrifflichkeiten	AnsprechpartnerIn: Im Wohnangebot gibt es eine/n Verantwortliche/n zum Thema Beschwerde. Diese Person kann einerseits selbst Beschwerden aufnehmen, begleitet jedoch zudem das Beschwerdemanagement allgemein (Beschwerdewege, Beschwerdeannahme, Bearbeitung der Beschwerde, Auswertung etc.). Diese Person muss den beteiligten Akteuren bekannt sein.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	▪ Ja, erfüllt: Wenn es eine/n Ansprechpartner/in für Beschwerden im Wohnangebot gibt.	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn es keine/n Ansprechpartner/in für Beschwerden im Wohnangebot gibt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	---

2.13 Können Beschwerden und Unzufriedenheit ohne Nachteile zu befürchten geäußert werden? [P]		D		
Begrifflichkeiten	Beschwerden von NutzerInnen oder Angehörigen müssen frei geäußert werden können, ohne die Beziehung zu den betreuenden MitarbeiterInnen zu belasten. Zielsetzung ist dabei, den Beschwerdeführer ernst zu nehmen.			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.			
	Reaktionen auf Beschwerden	Trifft zu	Trifft nicht zu	Trifft auf das Wohnangebot nicht zu
	Beschwerden werden ernst genommen			
	Beschwerden werden freundlich entgegengenommen			
	Beschwerden haben keinen Einfluss auf die Beziehung zu den MitarbeiterInnen			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle angeführten Punkte auf das Wohnangebot zutreffen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die angeführten Punkte nicht auf das Wohnangebot zutreffen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

2.14 Sind den NutzerInnen Beschwerdemöglichkeiten bekannt? [E]		N		
Begrifflichkeiten	Beschwerdemöglichkeiten: Die Wohnangebote sollten verschiedene Beschwerdewege und -möglichkeiten anbieten, beispielsweise anonyme Beschwerdemöglichkeiten über einen Beschwerdebriefkasten oder eine persönliche Beschwerdesprechstunde etc. Die unterschiedlichen Beschwerdemöglichkeiten müssen den NutzerInnen bekannt sein.			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.			
	Beschwerdemöglichkeiten	Beschwerdemöglichkeiten sind bekannt	Beschwerdemöglichkeiten sind nicht bekannt	Trifft nicht zu
	Anonyme Beschwerde (z.B. Beschwerdebriefkasten, Seelsorger)			
	Beschwerdesprechstunde			
	Mündlicher Beschwerdeweg über das Personal			

	Insgesamt
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: 100 Prozent bis 75 Prozent kennen die Beschwerdemöglichkeiten. ▪ Teilweise erfüllt: 75 Prozent bis 50 Prozent kennen die Beschwerdemöglichkeiten. ▪ Nein, nicht erfüllt: Weniger als 50 Prozent kennen die Beschwerdemöglichkeiten ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

2.15 Hat sich nach Ansicht der NutzerInnen nach den Beschwerden etwas verändert? [E]		N
Begrifflichkeiten	Veränderung: Auf Probleme, die geäußert werden, muss eine Reaktion erfolgen. Zielsetzung ist dabei, den Beschwerdeführer ernst zu nehmen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: 100 Prozent bis 75 Prozent sind der Meinung, dass sich nach Beschwerden etwas verändert hat. ▪ Teilweise erfüllt: 75 Prozent bis 50 Prozent sind der Meinung, dass sich nach Beschwerden etwas verändert hat. ▪ Nein, nicht erfüllt: Weniger als 50 Prozent sind der Meinung, dass sich nach Beschwerden etwas verändert hat. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

2.16 Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Beschwerdemöglichkeiten? [E]		N	
Begrifflichkeiten	Zufriedenheit der NutzerInnen: Hierbei geht es darum, ob die NutzerInnen zufrieden mit den Beschwerdemöglichkeiten im Wohnangebot sind.		
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.		
	Beschwerde- möglichkeiten	Zufrieden Teilweise zufrieden	
	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu	
	Anonyme Beschwerde (z.B. Beschwerdebriefkasten, Seelsorger)		
	Beschwerdesprechstunde		
	Mündlicher Beschwerdeweg über das Personal		
	Insgesamt		
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angibt, mit den Beschwerdemöglichkeiten zufrieden zu sein. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angibt, mit den Beschwerdemöglichkeiten zufrieden bzw. teilweise zufrieden zu sein. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angibt, mit den Beschwerdemöglichkeiten weniger zufrieden zu sein. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 		

3 Qualitätsbereich: Versorgungskontinuität

Qualitätskriterium: Rund-um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit

3.1 Sind bei Bedarf Leistungen rund um die Uhr, einschließlich Sonn- und Feiertags verfügbar? [S]		D
Begrifflichkeiten	<p>Bedarf: Der Bedarfsfall wird durch die Nutzerinnen und Nutzer festgelegt</p> <p>Leistungen: Körperbezogene Pflegemaßnahmen (grundpflegerische und behandlungspflegerische Leistungen) sowie die Notfallsicherung.</p> <p>Rund um die Uhr: Leistungen können zu jeder Zeit im Bedarfsfall in Anspruch genommen werden. Es muss jedoch hierfür keine 24h-Betreuung im Sinne einer dauerhaften Präsenzkraft im Wohnangebot vorliegen. Die Verfügbarkeit kann auch über einen Bereitschaftsdienst sichergestellt sein.</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn die Nutzerinnen und Nutzer im Bedarfsfall alle Leistungen rund um die Uhr, einschließlich Sonn- und Feiertags in Anspruch nehmen können. ▪ Teilweise erfüllt: wenn die Nutzerinnen und Nutzer im Bedarfsfall die Mehrzahl der Leistungen rund um die Uhr, einschließlich Sonn- und Feiertags in Anspruch nehmen können. ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn die Nutzerinnen und Nutzer keine der Leistungen rund um die Uhr, einschließlich Sonn- und Feiertags in Anspruch nehmen können. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.2 Ist Pflege-/Betreuungsdienstleister ständig für Pflegebedürftige erreichbar? [S]		D
Begrifflichkeiten	<p>Pflege-/Betreuungsdienstleister: Hierunter sind alle Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen ohne die Anbieter von niedrigschwelliger Betreuungsleistungen gemeint</p> <p>Erreichbar: der Nachweis erfolgt über die Ruf-/ Einsatzbereitschaftsdienste im Dienstplan, kein Anrufbeantworter</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn die Pflege-/Betreuungsdienstleister rund um die Uhr erreichbar sind. ▪ Teilweise erfüllt: wenn die Pflege-/Betreuungsdienstleister nur in Ausnahmefällen nicht rund um die Uhr erreichbar sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn die Pflege-/Betreuungsdienstleister nicht rund um die Uhr erreichbar sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.3 Ist bei Personalausfall die Vertretung gesichert? [S]		D
Begrifflichkeiten	Die Frage erfasst, ob die im Wohnangebot aktiven Anbieter für körperbezogene Pflegemaßnahmen sowie die Notfallsicherung im Falle des Ausfalls von Mitarbeitenden umgehend eine Vertretung sicherstellen können? Körperbezogene Pflegemaßnahmen: grundpflegerische und behandlungspflegerische Leistungen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: In allen Fällen ist eine Vertretung bei Personalausfall umgehend gewährleistet. ▪ Teilweise erfüllt: In Einzelfällen und nicht komplexen Versorgungslagen ist keine Vertretung bei Personalausfall umgehend gewährleistet. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wiederholt und bei kritischen Versorgungslagen ist keine Vertretung bei Personalausfall gewährleistet. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.4 Werden Grenzen der Versorgungsmöglichkeit aus Perspektive der NutzerInnen transparent dargestellt? [E]		N
Begrifflichkeiten	Grenzen der Versorgungsmöglichkeiten: Werden die Grenzen in der Versorgungssicherheit des Wohnangebots (z.B. rund und die Uhr Versorgung durch Präsenzkkräfte) von den im Wohnangebot tätigen Diensten und aus der Perspektive der NutzerInnen transparent dargestellt (z.B. über Informationsbroschüren, Informationsveranstaltungen, Beratung)?	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn 100 – 75 % der Bewohnerschaft angeben, dass die Grenzen der Versorgungsmöglichkeit transparent dargestellt sind. ▪ Teilweise erfüllt: wenn unter 75 bis 50 % der Bewohnerschaft angeben, dass die Grenzen der Versorgungsmöglichkeit transparent dargestellt sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn weniger als 50 % der Bewohnerschaft angeben, dass die Grenzen der Versorgungsmöglichkeit transparent dargestellt sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.5 Ist auch bei Bedarf an Rund-um-die-Uhr Versorgung ein Einzug/Verbleiben im Wohnangebot möglich? [S]		D
Begrifflichkeiten	Die Frage erfasst, ob ein bestehender oder zukünftig auftretender Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Versorgung keinen Kündigungsgrund/Ausschlussgrund zu Aufnahme im Wohnangebot darstellt.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn der Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Versorgung kein Kündigungsgrund/Ausschlussgrund ist. 	

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn der Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Versorgung ein Kündigungsgrund/Ausschlussgrund ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	--

3.6 Wird die Versorgung auf sich verändernde Bedarfe angepasst? [P]		D, Ex
Begrifflichkeiten	Sich verändernde Bedarfe: Darunter zu verstehen sind beispielsweise plötzliche oder chronische Veränderungen des Gesundheitszustands, die einen veränderten Organisations-, Betreuungs- und Pflegeaufwand mit sich bringen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Bei sich verändernden Bedarfen kann die Versorgung in allen Fällen angepasst werden. ▪ Teilweise erfüllt: Bei sich verändernden Bedarfen kann die Versorgung in Einzelfällen angepasst werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Bei sich verändernden Bedarfen kann die Versorgung nicht angepasst werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.7 Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer? [E]		N
Begrifflichkeiten	Erreichbarkeit: Hiermit ist gemeint, dass die NutzerInnen bei Bedarf den Dienstleister erreichen können z.B. Ihnen klar ist, wohin sie sich wenden müssen und dort auch ein Ansprechpartner reagieren kann. Leistungserbringer: von Unterstützungsleistungen	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer zufrieden zu sein ▪ Teilweise erfüllt: wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben mit, der Erreichbarkeit der Leistungserbringer zufrieden zu sein ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer zufrieden zu sein ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

Qualitätskriterium: Patientensicherheit/Krisensicherung

3.8 Ist eine Versorgung im medizinischen Notfall gesichert? [S]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Medizinischer Notfall: Krisensituation (z.B. Sturz, Schlaganfall...) die einer akuten Behandlung/Versorgung durch pflegerisches bzw. medizinisches Personal bedarf.</p> <p>Sicherung der Versorgung im medizinischen Notfall: Notfallversorgung ist sichergestellt durch die schnelle Verfügbarkeit von ärztlichem Personal (z.B. über die Notrufsicherung zu einem Rettungsdienst)</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn die Sicherung der medizinischen Notfallversorgung im Wohnangebot sichergestellt ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn die Sicherung der medizinischen Notfallversorgung im Wohnangebot nicht sichergestellt ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.9 Kann jederzeit eine in erster Hilfe geschulte Person erste Hilfe leisten? [S]		D
Begrifflichkeiten	<p>Jederzeit: Rund um die Uhr</p> <p>Geschulte Person: In Form von mindestens Präsenzkraften in der Einrichtung, die über eine ausgewiesene Qualifizierung („Ersthelferkurs“) verfügen, welche in mindestens zweijährigem Rhythmus aufgefrischt wird und so den <i>Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (DGUV)</i> Vorgaben für betriebliche Ersthelfer entspricht.</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn jederzeit (rund um die Uhr) eine in erster Hilfe geschulte Person erste Hilfe leisten kann. ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn nicht jederzeit (rund um die Uhr) eine in erster Hilfe geschulte Person erste Hilfe leisten kann. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.10 Gibt es verbindliche Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen (Ablaufplan)? [P]		D
Begrifflichkeiten	<p>Verbindlich: Die Verbindlichkeit wird über vertragliche Regelungen (z.B. in Form eines Ablaufplans) sichergestellt, welcher besonders auch für nicht professionelle Dienstleister im Wohnangebot zugänglich und bekannt ist (z.B. Ehrenamt).</p> <p>Erste-Hilfe-Maßnahmen: z.B. Herzdruckmassage</p> <p>Notsituation: z.B. Herzstillstand</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	

Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn es eindeutige und verbindliche Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen (z.B. Ablaufplan) gibt. ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn es keine eindeutigen und verbindlichen Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen (z.B. Ablaufplan) gibt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
------------------	--

3.11 Ist der Transfer von Informationen gesichert/ sind Informationen über die NutzerInnen Notfallpersonal schnell zugänglich? [P]	D, N
---	-------------

Begrifflichkeiten	<p>Gesicherter Transfer von Informationen: Diese Frage erfasst die Informationsweitergabe in Notfallsituationen und Überleitungsprozessen. Dazu zählt auch die Weitergabe von Informationen zu im Verlauf zu kontaktierenden Angehörigen/Bezugspersonen. In selbstverantworteten Wohnangeboten können ggfs. auch die MitbewohnerInnen für die Informationsweitergabe verantwortlich sein.</p> <p>Schnell zugängliche Informationen: Informationen zu den betroffenen NutzerInnen des Wohnangebots, insbesondere zu deren medizinischer Vorgeschichte und aktuellem Versorgungszustand sind im Wohnangebot verfügbar und können anwesendem Notfallpersonal direkt zur Verfügung gestellt werden. Den Diensten aber auch ggfs. den NutzerInnen ist bekannt, wo diese Informationen bereitliegen. Informationen, die im Notfall zunächst von den im Wohnangebot tätigen Diensten beschafft und angefordert werden müssen, sind nicht als schnell verfügbar zu verstehen.</p> <p>Notfallpersonal: Hiermit sind von extern hinzugezogene Rettungskräfte/NotärztInnen gemeint.</p>
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste. Ggfs. erfolgt die Einschätzung durch das Bewohnergremium.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Informationen über die NutzerInnen sind dem Notfallpersonal schnell zugänglich. ▪ Ja, teilweise erfüllt: Informationen über die NutzerInnen sind dem Notfallpersonal nicht schnell zugänglich, müssen angefordert/beschafft werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Informationen über die NutzerInnen sind dem Notfallpersonal gar nicht zugänglich. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

3.12 Können die NutzerInnen die erste Person benennen, die im medizinischen Notfall zu kontaktieren ist? [E]	N
---	----------

Begrifflichkeiten	Diese Frage erfasst, ob den NutzerInnen bekannt ist, welchen Dienstleister (ggfs. auch externe Rettungsdienste/NotärztInnen) sie in Notfallsituationen kontaktieren müssen.
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen die erste Person benennen können, die im medizinischen Notfall zu kontaktieren ist. ▪ Teilweise erfüllt: wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen die erste Person benennen können, die im medizinischen Notfall zu kontaktieren ist.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn weniger als 50 Prozent die erste Person benennen können, die im medizinischen Notfall zu kontaktieren ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	---

3.13 Sind die NutzerInnen zufrieden mit dem Krisenmanagement des pflegerischen und medizinischen Personals im medizinischen Notfall? [E]		N
Begrifflichkeiten	Krisenmanagement: Diese Frage erfasst die Zufriedenheit der NutzerInnen des Wohnangebots mit dem von Ihnen erlebten Management von gesundheitsbezogenen oder allgemeinen Versorgungskrisen durch die im Wohnangebot tätigen Dienste.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, mit dem Krisenmanagement des pflegerischen und medizinischen Personals im medizinischen zufrieden zu sein ▪ Teilweise erfüllt: wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit dem Krisenmanagement des pflegerischen und medizinischen Personals im medizinischen Notfall zufrieden zu sein ▪ Nein, nicht erfüllt: wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, mit dem Krisenmanagement des pflegerischen und medizinischen Personals im medizinischen Notfall zufrieden zu sein ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

Qualitätskriterium: Personelle Kontinuität

3.14 Gibt es überschaubare Pflege-/ Betreuungsteams/ Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer? [S]		D
Begrifflichkeiten	Diese Frage erfasst, ob die Anzahl des an der direkten Versorgung beteiligten Personals von den im Wohnangebot tätigen Diensten selbst als für die NutzerInnen überschaubar eingeschätzt wird.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: die Anzahl der Pflege-/ Betreuungsteams/der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist überschaubar ▪ Nein, nicht erfüllt: die Anzahl der Pflege-/ Betreuungsteams/der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer ist nicht überschaubar ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.15 Ist bei Bedarf Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert? [P]		D
Begrifflichkeiten	Bezugspflege: Eine Pflegefachkraft ist vorhanden, die den/die individuelle NutzerIn im Wohnangebot und deren medizinische und pflegerische Vorgeschichte und aktuelle Versorgungslage kennt und organisiert und mit den NutzerInnen Kontakt pflegt.	

Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: bei Bedarf ist die Pflege in allen Fällen im Sinne der Bezugspflege organisiert ▪ Teilweise erfüllt: bei Bedarf ist die Pflege in Einzelfällen im Sinne der Bezugspflege organisiert. ▪ Nein, nicht erfüllt: bei Bedarf ist die Pflege in keinem Fall im Sinne der Bezugspflege organisiert. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

3.16 Sind Überleitungsprozesse geplant? [P]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Überleitungsprozesse: z.B. bei geplanten Krankenhausaufenthalten oder Aufenthalten in der Kurzzeitpflege.</p> <p>geplant: Überleitungsprozesse erfolgen auf der Grundlage eines schriftlich vereinbarten Vorgehens (Überleitungskonzept), welches den beteiligten Akteuren die notwendigen Schritte im Überleitungsprozess, u.a. auch zur Informationsweitergabe, verdeutlicht.</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Überleitungsprozesse erfolgen in allen Fällen geplant und ein Überleitungskonzept liegt vor. ▪ Teilweise erfüllt: Überleitungsprozesse erfolgen in Einzelfällen geplant und ein Überleitungskonzept liegt vor ▪ Nein, nicht erfüllt: Überleitungsprozesse erfolgen nicht geplant und ein Überleitungskonzept liegt nicht vor. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung. 	

3.17 Wissen die NutzerInnen, an wen sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können? [E]		N, Ex
Begrifflichkeiten	Diese Frage erfasst, ob den NutzerInnen im Wohnangebot bekannt ist, an welche/n verantwortlichen AnsprechpartnerIn sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie wissen an welche Instanz bzw. Person sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie wissen an welche Instanz bzw. Person sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie wissen an welche Instanz bzw. Person sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.18 Sind die NutzerInnen zufrieden mit der personellen Kontinuität? [E]		N, Ex
Begrifflichkeiten	personellen Kontinuität: Gemeint ist die Beständigkeit des bekannten Personals bzw. im Umkehrschluss die Häufigkeit des Wechsels des im Wohnangebot tätigen Personals. Das Personal kann dabei sowohl durch professionelle als auch ehrenamtliche Dienste gestellt werden. Eine niedrige personelle Kontinuität ist nicht zwingend gleichbedeutend mit einer Unzufriedenheit der NutzerInnen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der personellen Kontinuität zufrieden sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der personellen Kontinuität zufrieden sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der personellen Kontinuität zufrieden sind. Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung	

Qualitätsmerkmal: Abstimmung von Leistungen

3.19 Sind Leistungen (Pflegeplan, Betreuungsplan, Behandlungsplan) aufeinander abgestimmt? [P]		D, Ex																																																				
Begrifflichkeiten	Die Frage erfasst, ob alle von den verschiedenen Akteuren im Gesamtprozess des Wohnangebots erbrachten Leistungen im Rahmen eines Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsplans aufeinander abgestimmt sind. Pflegeplan, Betreuungsplan, Behandlungsplan: Während der Pflege- und Betreuungsplan die Planung/Steuerung der pflegerischen Prozesse abbildet, adressiert der Behandlungsplan die medizinischen Prozesse (z.B. die Verabreichung von Medikamenten oder die Wundversorgung).																																																					
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.																																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">abgestimmt</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">nicht abgestimmt</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">nicht zutreffend</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Pflegerische Hilfen</td> </tr> <tr> <td>Selbstversorgung (Grundpflege)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Behandlungspflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Notrufsicherung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Pflegerische Betreuungsmaßnahmen</td> </tr> <tr> <td>Alltagsgestaltung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rund-um-die-Uhr-Betreuung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Niederschwellige Betreuungsleistungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fahr- und Begleiddienste</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Hilfen bei der Haushaltsführung</td> </tr> <tr> <td>Mahlzeithilfe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einkaufshilfen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		abgestimmt	nicht abgestimmt	nicht zutreffend	Pflegerische Hilfen				Selbstversorgung (Grundpflege)				Behandlungspflege				Notrufsicherung				Pflegerische Betreuungsmaßnahmen				Alltagsgestaltung				Rund-um-die-Uhr-Betreuung				Niederschwellige Betreuungsleistungen				Fahr- und Begleiddienste				Hilfen bei der Haushaltsführung				Mahlzeithilfe				Einkaufshilfen				
	abgestimmt	nicht abgestimmt	nicht zutreffend																																																			
Pflegerische Hilfen																																																						
Selbstversorgung (Grundpflege)																																																						
Behandlungspflege																																																						
Notrufsicherung																																																						
Pflegerische Betreuungsmaßnahmen																																																						
Alltagsgestaltung																																																						
Rund-um-die-Uhr-Betreuung																																																						
Niederschwellige Betreuungsleistungen																																																						
Fahr- und Begleiddienste																																																						
Hilfen bei der Haushaltsführung																																																						
Mahlzeithilfe																																																						
Einkaufshilfen																																																						

	Reinigungsdienste			
	Wäschedienste			
	Reparaturdienste			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle der im Wohnangebot erbrachten Leistungen aufeinander abgestimmt sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn einzelne der im Wohnangebot erbrachten Leistungen aufeinander abgestimmt sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der im Wohnangebot erbrachten Leistungen aufeinander abgestimmt sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

3.20 Stimmen andere Leistungserbringer ihre Leistungen aufeinander ab? [P]		D, Ex
Begrifflichkeiten	Diese Frage erfasst die Abstimmung weiterer, neben den in Frage 3.20 adressierten Leistungen, erbrachter Leistungen in dem Wohnangebot.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle der im Wohnangebot erbrachten Leistungen anderer Leistungserbringer aufeinander abgestimmt sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn einzelne der im Wohnangebot erbrachten Leistungen anderer Leistungserbringer aufeinander abgestimmt sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der im Wohnangebot erbrachten Leistungen anderer Leistungserbringer aufeinander abgestimmt sind. Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung	

3.21 Ist der Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und den NutzerInnen konsistent? [E]		N, Ex
Begrifflichkeiten	Leistungsträger: Gemeint sind die Leistungserbringer aller Unterstützungsleistungen im Wohnangebot. konsistent: meint die inhaltliche Übereinstimmung der von den Leistungserbringern an die NutzerInnen weitergegebenen Informationen zu ihrer Versorgung.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, dass der Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und den NutzerInnen konsistent ist. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn unter 75 bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass der Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und den NutzerInnen konsistent ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass der Informationsaustausch zwischen den Leistungsträgern und den NutzerInnen konsistent ist. Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung	

3.22 Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen? [E]		N, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Abstimmung des Personals: Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen am Gesamtprozess beteiligten Akteure (z.B. Fall-Besprechungen)</p> <p>Versorgungsprozess: siehe erläuternde Ergänzung zum <i>Qualitätsmerkmal: Koordination</i> zum Gesamtprozess</p> <p>Diese Frage erfasst, wie zufrieden die NutzerInnen mit der Abstimmung des in der Wohnform tätigen Personals zu den sie individuell betreffenden Versorgungsprozessen sind.</p>	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen zufrieden sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen zufrieden sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen zufrieden sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

3.23 Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger? [E]		N, Ex
Begrifflichkeiten	Diese Frage erfasst, wie zufrieden die NutzerInnen mit der Abstimmung der Leistungen der unterschiedlichen Dienste im Wohnangebot sind.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger zufrieden sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn unter 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger zufrieden sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass sie mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger zufrieden sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

4 Qualitätsbereich: Koordination

Bei der Umsetzung neuer Wohnformen wirken häufig viele Akteure zusammen: professionelle Pflegedienstleister, Betreuungsdienstleister, hauswirtschaftliche Kräfte, die Bewohnerinnen und Bewohner selbst und ihre Angehörigen sowie Ehrenamtliche. Sie übernehmen unterschiedliche Aufgaben und haben unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar. In diesem Gesamtprozess kooperieren unterschiedliche Akteure miteinander und stimmen die Leistungen im Wohnangebot im Idealfall untereinander ab (z.B. bei der Terminierung von Leistungen oder bei dem Austausch von Informationen).

Qualitätskriterium: Klärung der Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess

4.1 Ist geklärt, wer welche Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess übernimmt? [S]		D																																
Begrifflichkeiten	<p>Gesamtprozess: Das Zusammenwirken von unterschiedlichen Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar.</p> <p>Klärung der Verantwortlichkeiten: Hierbei ist gemeint, dass abgestimmt und transparent ist, welcher Akteur welche Aufgaben übernimmt und wer welche Verantwortlichkeiten trägt.</p>																																	
Prüfung	<p>Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Beteiligte Akteure</th> <th style="width: 15%;">Aufgaben festgelegt</th> <th style="width: 15%;">Aufgaben nicht festgelegt</th> <th style="width: 10%;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Pflegedienst/-e</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Betreuungsdienst/-e</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hauswirtschaftliche Kräfte</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NutzerInnen</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Angehörige</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ehrenamt</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Insgesamt</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Beteiligte Akteure	Aufgaben festgelegt	Aufgaben nicht festgelegt	Trifft nicht zu	Pflegedienst/-e				Betreuungsdienst/-e				Hauswirtschaftliche Kräfte				NutzerInnen				Angehörige				Ehrenamt				Insgesamt			
Beteiligte Akteure	Aufgaben festgelegt	Aufgaben nicht festgelegt	Trifft nicht zu																															
Pflegedienst/-e																																		
Betreuungsdienst/-e																																		
Hauswirtschaftliche Kräfte																																		
NutzerInnen																																		
Angehörige																																		
Ehrenamt																																		
Insgesamt																																		
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Bei 100 Prozent bis 75 Prozent der genannten beteiligten Akteure sind die Aufgaben im Gesamtprozess festgelegt. ▪ Teilweise erfüllt: Bei 75 Prozent bis 50 Prozent der genannten beteiligten Akteure sind die Aufgaben im Gesamtprozess festgelegt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Bei weniger als 50 Prozent der genannten beteiligten Akteure sind die Aufgaben im Gesamtprozess festgelegt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																																	

4.2 Sind die Verantwortungsrollen eindeutig beschrieben und geregelt? [S]		D								
Begrifflichkeiten	<p>Regelungen zu Verantwortlichkeiten: Hiermit wird erfasst, inwiefern die Verantwortungsrollen der in der Wohnform aktiven Akteure inhaltlich beschrieben und festgehalten werden. Dies kann beispielsweise im Konzept des Wohnangebots erfolgen.</p>									
Prüfung	<p>Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Beteiligte Akteure</th> <th style="width: 15%;">Verantwortlichkeiten</th> <th style="width: 15%;">Verantwortlichkeiten</th> <th style="width: 10%;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Beteiligte Akteure	Verantwortlichkeiten	Verantwortlichkeiten	Trifft nicht zu				
Beteiligte Akteure	Verantwortlichkeiten	Verantwortlichkeiten	Trifft nicht zu							

	sind be- schrieben		sind nicht beschrieben	
	Pflegedienst/-e			
	Betreuungsdienst/-e			
	Hauswirtschaftliche Kräfte			
	NutzerInnen			
	Angehörige			
	Ehrenamt			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn bei 100 Prozent bis 75 Prozent der genannten beteiligten Akteure die Verantwortlichkeiten beschrieben sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn bei 75 Prozent bis 50 Prozent der genannten beteiligten Akteure die Verantwortlichkeiten beschrieben sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn bei weniger als 50 Prozent der genannten beteiligten Akteure die Verantwortlichkeiten beschrieben sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

4.3 Gibt es eine hauptverantwortliche Person, die einen Überblick über den Gesamtprozess hat? [S]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Hauptverantwortliche Person: Hiermit ist gemeint, dass es für das Wohnangebot eine Person gibt, die die Hauptverantwortung übernimmt. Die hauptverantwortliche Person kann selbst in dem Wohnangebot wohnen, die Aufgabe kann aber auch von einem Angehörigen oder einer externen Person übernommen werden.</p> <p>Überblick über den Gesamtprozess: Die hauptverantwortliche Person sollte einen Überblick über die in der Wohnform aktiven Akteure (Pflegedienste, Betreuungsdienste, Ehrenamt etc.) sowie deren Verantwortlichkeiten und alle den Gesamtprozess betreffenden Informationen haben.</p>	
Prüfung	Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Es gibt eine hauptverantwortliche Person. ▪ Nein, nicht erfüllt: Es gibt keine hauptverantwortliche Person. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

4.4 Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen zur Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation durch die hauptverantwortliche Person oder einen anderen (auch externen) Akteur unterstützt? [P]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Unterstützung bei der Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation: Die hauptverantwortliche Person sollte einen Überblick über die in der Wohnform aktiven Akteure (Pflegedienste, Betreuungsdienste, Ehrenamt etc.) sowie deren Verantwortlichkeiten haben. Zudem sollte sie über Kenntnisse verfügen, wie Verantwortungsübernahme gefördert werden kann.</p> <p>Hauptverantwortliche Person: Hiermit ist gemeint, dass es für das Wohnangebot eine Person gibt, die die Hauptverantwortung übernimmt. Die hauptverantwortliche</p>	

	Person kann selbst in dem Wohnangebot wohnen, die Aufgabe kann aber auch von einem Angehörigen oder einer externen Person übernommen werden.																				
Prüfung	<p>Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Unterstützung z.B. durch eine hauptverantwortliche Person erfolgt</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Keine Unterstützung z.B. durch eine hauptverantwortliche Person</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bereiche</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kommunikation intern</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kommunikation extern</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Unterstützung z.B. durch eine hauptverantwortliche Person erfolgt	Keine Unterstützung z.B. durch eine hauptverantwortliche Person	Trifft nicht zu	Bereiche				Kommunikation intern				Kommunikation extern				Insgesamt			
	Unterstützung z.B. durch eine hauptverantwortliche Person erfolgt	Keine Unterstützung z.B. durch eine hauptverantwortliche Person	Trifft nicht zu																		
Bereiche																					
Kommunikation intern																					
Kommunikation extern																					
Insgesamt																					
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn bei mindestens zwei der genannten Bereiche eine systematische Unterstützung durch eine hauptverantwortliche Person oder einen anderen Akteur erfolgt. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn bei mindestens einem der genannten Bereiche eine systematische Unterstützung durch eine hauptverantwortliche Person oder einen anderen Akteur erfolgt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn bei keinem der genannten Bereiche eine systematische Unterstützung durch eine hauptverantwortliche Person oder einen anderen Akteur erfolgt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																				

4.5 Wissen die NutzerInnen, wer die hauptverantwortliche Person ist? [E]		D, Ex
Begrifflichkeiten	<p>Hauptverantwortliche Person: Hiermit ist gemeint, dass es für das Wohnangebot eine Person gibt, die die Hauptverantwortung bspw. bezüglich des Informationsaustauschs mit Angehörigen und externen Professionen übernimmt. Die hauptverantwortliche Person kann selbst in dem Wohnangebot wohnen, die Aufgabe kann aber auch von einem Angehörigen oder einer externen Person übernommen werden.</p>	
Prüfung	<p>Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.</p>	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen wissen, wer die hauptverantwortliche Person ist. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen wissen, wer die hauptverantwortliche Person ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen wissen, wer die hauptverantwortliche Person ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

4.6 Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Aufteilung und Beschreibung der Verantwortlichkeiten in der Wohnform? [E]		N			
Begrifflichkeiten	Aufteilung und Beschreibung der Verantwortlichkeiten: Hierbei geht es darum, ob die NutzerInnen mit der Aufteilung der Verantwortlichkeiten („Wer ist für was verantwortlich?“) und der Beschreibung der Verantwortlichkeiten („Was muss getan werden?“) in der Wohnform zufrieden sind.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
	Aufteilung und Beschreibung der Verantwortlichkeiten von ...	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu
	Pflegedienst/-e				
	Betreuungsdienst/-e				
	Hauswirtschaftliche Kräfte				
	NutzerInnen				
	Angehörige				
	Ehrenamt				
	Insgesamt				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen mit der Klärung der Verantwortlichkeiten zufrieden sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen mit der Klärung der Verantwortlichkeiten zufrieden sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen mit der Klärung der Verantwortlichkeiten zufrieden sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

4.7 Wissen die NutzerInnen, welche Akteure in welcher Anzahl in der Wohnform tätig sind? [S]		N		
Begrifflichkeiten	/			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.			
	Beteiligte Akteure	Anzahl der tätigen Personen bekannt	Anzahl der tätigen Personen nicht bekannt	Trifft nicht zu
	Pflegedienst/-e			
	Betreuungsdienst/-e			
	Hauswirtschaftliche Kräfte			
	NutzerInnen			
	Angehörige			
	Ehrenamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn bei 100 Prozent bis 75 Prozent der genannten Akteursgruppen die Anzahl der tätigen Personen bekannt ist. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn bei 75 Prozent bis 50 Prozent der genannten Akteursgruppen die Anzahl der tätigen Personen bekannt ist. 			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn bei weniger als 50 Prozent der genannten Akteursgruppen die Anzahl der tätigen Personen bekannt ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	---

Qualitätskriterium: Sicherung der Zusammenarbeit vielfältiger Akteure

4.8 Kennen die NutzerInnen die im Wohnprojekt aktiven Akteure? [E]		N
Begrifflichkeiten	Kenntnis der aktiven Akteure: Hier soll erfasst werden, ob der Großteil der Personen, die im Wohnangebot ein- und ausgehen, den NutzerInnen des Wohnangebots bekannt sind.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, dass ihnen der Großteil aller Personen, die im Wohnangebot ein- und ausgehen, bekannt ist. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass ihnen der Großteil aller Personen, die im Wohnangebot ein- und ausgehen, bekannt ist. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, dass ihnen der Großteil aller Personen, die im Wohnangebot ein- und ausgehen, bekannt ist. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

4.9 Gibt es Kooperationen des Wohnangebots mit den Akteuren im Sozialraum/Gemeinwesen? [S]		D	
Begrifflichkeiten	Kooperationen: Zusammenarbeit verschiedener Akteure, die auf einen gemeinsamen Zweck ausgerichtet ist. Akteure im Sozialraum/Gemeinwesen: Hierbei sind Netzwerkstrukturen des Wohnangebots mit der Nachbarschaft, Ehrenamt sowie der lokalen Akteure (Verbände, Dienstleister, Verwaltung) gemeint.		
Prüfung	Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.		
	Kooperation des Wohnangebots mit...	Keine Kooperation des Wohnangebots mit...	
	Akteure im Sozialraum/ Gemeinwesen	Trifft nicht zu	
	Nachbarschaft		
	Ehrenamt		
	Angehörige		
	Verbände / Vereine		
	Verwaltung		
	Insgesamt		

Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Es gibt eine regelmäßige Kooperation des Wohnangebots mit mehreren der genannten Akteure im Sozialraum/Gemeinwesen. ▪ Teilweise erfüllt: Es gibt vereinzelt Kooperation des Wohnangebots mit mindestens einem der genannten Akteure im Sozialraum/Gemeinwesen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Es gibt keine Kooperation des Wohnangebots mit Akteuren im Sozialraum/Gemeinwesen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
------------------	--

Qualitätskriterium: Schaffung zuverlässiger Regelungen zur Kooperation

4.10 Gibt es Vereinbarungen über die Art der Kooperation? [S]		D																												
Begrifflichkeiten	Vereinbarungen über die Art der Kooperation: Hiermit ist gemeint, dass es explizite und zuverlässige Kooperationsabsprachen gibt, d.h. Regelungen, die beschreiben, welche Akteure sich im Wohnangebot einbringen und welche Rolle und welche Tätigkeiten sie übernehmen.																													
Prüfung	<p>Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="border-top: 2px solid red; border-bottom: 2px solid red;"> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Kooperati- onsabspra- chen mit...</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Keine Ko- operations- absprachen mit...</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beteiligte Akteure</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ehrenamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Angehörige</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verbände/Vereine</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verwaltung</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Kooperati- onsabspra- chen mit...	Keine Ko- operations- absprachen mit...	Trifft nicht zu	Beteiligte Akteure				Ehrenamt				Angehörige				Verbände/Vereine				Verwaltung				Insgesamt			
	Kooperati- onsabspra- chen mit...	Keine Ko- operations- absprachen mit...	Trifft nicht zu																											
Beteiligte Akteure																														
Ehrenamt																														
Angehörige																														
Verbände/Vereine																														
Verwaltung																														
Insgesamt																														
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn es mit allen beteiligten Akteuren Vereinbarungen über die Art der Kooperation gibt. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn es mit den meisten der beteiligten Akteure Vereinbarungen über die Art der Kooperation gibt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn es mit keinen der beteiligten Akteure Vereinbarungen über die Art der Kooperation gibt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																													

4.11 Gibt es ein integriertes Organisationskonzept zur Steuerung des Gesamtprozesses? [S]		D
Begrifflichkeiten	<p>Gesamtprozess: Das Zusammenwirken aus unterschiedlichen Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortung der unterschiedlichen Akteure stellt den Gesamtprozess der Wohnform dar.</p> <p>Integriertes Organisationskonzept: Hiermit ist gemein, dass ein Konzept vorliegt, dass auf alle in dem Wohnangebot tätigen Akteure eingeht und nicht ausschließlich bspw. aus der Perspektive des Pflegedienstes formuliert ist.</p>	

Prüfung	Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn es ein integriertes Organisationskonzept gibt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn es kein integriertes Organisationskonzept gibt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

4.12 Gelingt der Informationsfluss zwischen den Akteuren? [E]		D, N		
Begrifflichkeiten	Informationsfluss zwischen Akteuren: Hier soll erfasst werden, ob sich die an dem Wohnangebot beteiligten professionellen und ggf. ehrenamtlichen Akteure, die NutzerInnen sowie deren Angehörige/VertreterInnen gut über den Gesamtprozess informiert fühlen. In diesem Fall kann von einem gelungenen Informationsfluss zwischen den Akteuren ausgegangen werden.			
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Befragung aller an dem Angebot beteiligten professionellen sowie ggf. ehrenamtlichen Akteuren, der NutzerInnen und deren Angehörigen/VertreterInnen.			
	Gruppe	Fühlen sich gut informiert	Fühlen sich nicht gut informiert	Trifft nicht zu
	Professionelle und ggf. ehrenamtliche Akteure			
	NutzerInnen			
	Angehörige/VertreterInnen			
	Insgesamt			
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der Befragten angeben, dass sie sich gut über den Gesamtprozess informiert fühlen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der Befragten angeben, dass sie sich gut über den Gesamtprozess informiert fühlen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der Befragten angeben, dass sie sich gut über den Gesamtprozess informiert fühlen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 			

4.13 Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Regelungen zur Kooperation? [E]		N			
Begrifflichkeiten	Regelungen zur Kooperation: Hier ist zu erfassen, inwiefern die NutzerInnen mit den Absprachen und Regelungen zur Kooperation zufrieden sind. Dies betrifft einerseits welche Akteure im Wohnangebot aktiv sind, welche Verantwortungsrolle diese einnehmen und wie zuverlässig diese sich an die getroffenen Absprachen halten. Zudem ist auch der funktionierende Informationsfluss im Alltag zwischen den Akteuren entscheidend.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
	Regelungen zur Kooperation	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu

	<p>Transparente Verantwortungsrollen der unterschiedlichen Akteure</p> <p>Zuverlässigkeit der Kooperationsabsprachen</p> <p>Informationsfluss zwischen den Akteuren</p> <p>Insgesamt</p>				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen mit den aufgeführten Regelungen zur Kooperation zufrieden sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen mit den aufgeführten Regelungen zur Kooperation zufrieden sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen mit den aufgeführten Regelungen zur Kooperation zufrieden sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

Qualitätsmerkmal: Konfliktmanagement

4.14 Gibt es Regelungen bei Unstimmigkeiten und Konflikten? [S]				D																
Begrifflichkeiten	<p>Regelungen bei Unstimmigkeiten und Konflikten: Hiermit ist gemeint, dass es festgelegte Regelungen gibt, wie mit Unstimmigkeiten und Konflikten im Wohnangebot, in die die NutzerInnen involviert sind, umgegangen werden soll. Im Rahmen eines solchen systematischen Konfliktmanagements werden Konflikte aufgenommen und besprochen sowie Verfahren für den Umgang mit Konflikten entwickelt. Neben einem systematischen Konfliktmanagement kann die Hinzuziehung externer fachlicher Unterstützung hilfreich sein.</p>																			
Prüfung	<p>Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="border: none;">Regelungen</th> <th style="border: none;">Ist implementiert</th> <th style="border: none;">Ist nicht implementiert</th> <th style="border: none;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Systematisches Konfliktmanagement</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hinzuziehung fachlicher Unterstützung bei Bedarf</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Regelungen	Ist implementiert	Ist nicht implementiert	Trifft nicht zu	Systematisches Konfliktmanagement				Hinzuziehung fachlicher Unterstützung bei Bedarf				Insgesamt			
Regelungen	Ist implementiert	Ist nicht implementiert	Trifft nicht zu																	
Systematisches Konfliktmanagement																				
Hinzuziehung fachlicher Unterstützung bei Bedarf																				
Insgesamt																				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn beide der dargestellten Regelungen im Wohnangebot implementiert sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn eine der beiden dargestellten Regelungen im Wohnangebot implementiert sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keine der beiden dargestellten Regelungen im Wohnangebot implementiert sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																			

4.15 Wird externe Unterstützung hinzugezogen, wenn dies notwendig erscheint? [S]		D
Begrifflichkeiten	Externe Unterstützung: Es gibt zahlreiche Möglichkeiten externe Unterstützung als Maßnahme zur Lösung von Konflikten einzubeziehen. Als Beispiel kann hier begleitende Beratung oder Supervision angeführt werden. Ein möglicher externer Partner wäre u.a. der MDK.	
Prüfung	Die Prüfung kann auf Basis der Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste erfolgen. Alternativ kann auch eine in der Wohnform hauptverantwortliche Person die Prüfung übernehmen.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn externe Unterstützung bei Bedarf hinzugezogen wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn externe Unterstützung trotz eines offenkundigen Bedarfs nicht hinzugezogen wird. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

4.16 Wie zufrieden sind die NutzerInnen mit dem Umgang mit Konflikten? [E]		N																									
Begrifflichkeiten	/																										
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Umgang mit Konflikten</th> <th style="width: 15%;">Zufrieden</th> <th style="width: 15%;">Teilweise zufrieden</th> <th style="width: 15%;">Weniger zufrieden</th> <th style="width: 15%;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Strategien zur Konfliktvermeidung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Moderation von Konflikten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Strategien zur Lösung von Konflikten</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insgesamt</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Umgang mit Konflikten	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu	Strategien zur Konfliktvermeidung					Moderation von Konflikten					Strategien zur Lösung von Konflikten					Insgesamt					
Umgang mit Konflikten	Zufrieden	Teilweise zufrieden	Weniger zufrieden	Trifft nicht zu																							
Strategien zur Konfliktvermeidung																											
Moderation von Konflikten																											
Strategien zur Lösung von Konflikten																											
Insgesamt																											
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen zufrieden mit dem Umgang mit Konflikten sind. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen zufrieden mit dem Umgang mit Konflikten sind. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen zufrieden mit dem Umgang mit Konflikten sind. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 																										

5 Qualitätsbereich Transparenz

Qualitätskriterium: Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform

5.1 Wird eine ausführliche Beratung von an der Wohnform interessierten Personen zu ihren Möglichkeiten und Grenzen angeboten? [S]		D, N, Ex
Begrifflichkeiten	Beratung zu den Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform: Hierunter wird verstanden, dass die in der Wohnform tätigen Dienste die an der Wohnform interessierten Personen ausführlich dazu beraten, welche Pflege- und Unterstützungsbedarfe durch die von ihnen erbrachten Leistungen gedeckt werden können und bei welchen Pflege- und Unterstützungsbedarfen ein Verbleib in der Wohnform nicht möglich ist. Eine Beratung gilt in diesem Kontext als ausführlich, wenn sie den Interessenten ein klares Bild der Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform vermittelt und dabei auf die individuellen Besonderheiten der Beratungssuchenden eingeht. In selbstverantworteten Wohnangeboten kann eine solche Beratung auch bspw. durch Mitglieder eines Bewohnergremiums erfolgen.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste. Ggfs. erfolgt die Einschätzung durch das Bewohnergremium.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn eine beratende Instanz wie beispielsweise der Träger die an der Wohnform interessierten Personen ausführlich zu den Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform berät, sodass den Interessenten ein vollständiges Bild der Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform vermittelt wird. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn eine beratende Instanz die an der Wohnform interessierten Personen nur eingeschränkt zu den Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform berät, sodass den Interessenten ein unvollständiges Bild der Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform vermittelt wird. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn es keine beratende Instanz gibt, die die an der Wohnform interessierten Personen zu den Möglichkeiten und Grenzen der Wohnform berät. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

5.2 Erfolgt eine Information/Beratung der NutzerInnen über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen? [S]		D
Begrifflichkeiten	Information/Beratung über die verfügbaren Leistungen: Hier wird erfasst, ob die in der Wohnform tätigen Dienste über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen informieren und bei Bedarf beraten.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle in der Wohnform tätigen Dienste oder ein stellvertretender Dienst ein Informations- und Beratungsangebot über die verfügbaren Leistungen vorhalten. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn nur ein Teil der in der Wohnform tätigen Dienste ein Informations- und Beratungsangebot über die verfügbaren Leistungen vorhält. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keiner der in der Wohnform tätigen Dienste ein Informations- und Beratungsangebot über die verfügbaren Leistungen vorhält. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

5.3 Gibt es eindeutig geregelte Vorgehensweisen zum Austausch von Informationen? [S]		D
Begrifflichkeiten	Eindeutig geregelte Vorgehensweise zum Austausch von Informationen: Hier wird erfasst, ob die in der Wohnform tätigen Dienste eine klare Vorgehensweise hinsichtlich der Information der NutzerInnen über die verfügbaren Leistungen mündlich oder schriftlich vereinbart haben, sodass die diesbezügliche Vorgehensweise eindeutig geregelt ist.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Leitungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn alle in der Wohnform tätigen Dienste über eine eindeutig geregelte Vorgehensweise bei der Information der NutzerInnen über die verfügbaren Leistungen verfügen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn nur ein Teil der in der Wohnform tätigen Dienste über eine eindeutig geregelte Vorgehensweise bei der Information der NutzerInnen über die verfügbaren Leistungen verfügt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn keiner der in der Wohnform tätigen Dienste über eine eindeutig geregelte Vorgehensweise bei der Information der NutzerInnen über die verfügbaren Leistungen verfügt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

5.4 Fühlen sich die NutzerInnen gut informiert über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen? [E]		N																																																																	
Begrifflichkeiten	Eigene Einschätzung des Informationsstands hinsichtlich der verfügbaren Leistungen: Hier soll erfasst werden, inwiefern sich die NutzerInnen gut über die Existenz der in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert fühlen. Die NutzerInnen sollen gefragt werden, inwiefern sie das Gefühl haben, dass die von den in der Wohnform tätigen Diensten bereitgestellten Informationen zu den verfügbaren Leistungen für sie ausreichend sind.																																																																		
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;">Gut informiert</th> <th style="width: 10%;">Mittelmäßig informiert</th> <th style="width: 10%;">Unzureichend informiert</th> <th style="width: 10%;">Trifft nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leistungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Pflegerische Hilfen</td> </tr> <tr> <td>Selbstversorgung (Grundpflege)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Behandlungspflege</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Notrufsicherung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Betreuungsleistungen</td> </tr> <tr> <td>Alltagsgestaltung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rund-um-die-Uhr-Betreuung</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Niederschwellige Betreuungsleistungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Hilfen bei der Haushaltsführung</td> </tr> <tr> <td>Mahlzeitenhilfe</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Einkaufshilfen</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Gut informiert	Mittelmäßig informiert	Unzureichend informiert	Trifft nicht zu	Leistungen					Pflegerische Hilfen					Selbstversorgung (Grundpflege)					Behandlungspflege					Notrufsicherung					Betreuungsleistungen					Alltagsgestaltung					Rund-um-die-Uhr-Betreuung					Niederschwellige Betreuungsleistungen					Hilfen bei der Haushaltsführung					Mahlzeitenhilfe					Einkaufshilfen				
	Gut informiert	Mittelmäßig informiert	Unzureichend informiert	Trifft nicht zu																																																															
Leistungen																																																																			
Pflegerische Hilfen																																																																			
Selbstversorgung (Grundpflege)																																																																			
Behandlungspflege																																																																			
Notrufsicherung																																																																			
Betreuungsleistungen																																																																			
Alltagsgestaltung																																																																			
Rund-um-die-Uhr-Betreuung																																																																			
Niederschwellige Betreuungsleistungen																																																																			
Hilfen bei der Haushaltsführung																																																																			
Mahlzeitenhilfe																																																																			
Einkaufshilfen																																																																			

	Wäschehilfe Reinigungshilfe Reparaturdienste Teilstationäre Pflege Tagespflege Nachtpflege Insgesamt				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert zu fühlen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert zu fühlen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert zu fühlen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

5.5 Fühlen sich die NutzerInnen gut informiert über alle sie betreffenden Kosten? [E]		N			
Begrifflichkeiten	Eigene Einschätzung des Informationsstands hinsichtlich der Kosten der verfügbaren Leistungen: Hier soll erfasst werden, inwiefern sich die NutzerInnen gut über alle sie betreffenden Kosten der Wohnform informiert fühlen. Die NutzerInnen sollen gefragt werden, inwiefern sie das Gefühl haben, dass die von den in der Wohnform tätigen Diensten bereitgestellten Informationen zu den Kosten der verfügbaren Leistungen für sie ausreichend sind.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
	Kosten folgender Leistungen	Gut informiert	Mittelmäßig informiert	Unzureichend informiert	Trifft nicht zu
	Pflegerische Hilfen				
	Selbstversorgung (Grundpflege)				
	Behandlungspflege				
	Notrufsicherung				
	Betreuungsleistungen				
	Alltagsgestaltung				
	Rund-um-die-Uhr-Betreuung				
	Niederschwellige Betreuungsleistungen				
	Hilfen bei der Haushaltsführung				
	Mahlzeitenhilfe				
	Einkaufshilfen				
	Wäschehilfe				
	Reinigungshilfe				
	Reparaturdienste				
	Teilstationäre Pflege				
	Tagespflege				
	Nachtpflege				

	Insgesamt
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die Kosten der in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert zu fühlen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die Kosten der in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert zu fühlen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die Kosten der in der Wohnform verfügbaren Leistungen informiert zu fühlen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

5.6 Fühlen sich die NutzerInnen gut über die vertraglichen Regelungen informiert? [E]		N				
Begrifflichkeiten	Eigene Einschätzung des Informationsstands hinsichtlich der vertraglichen Regelungen: Hier soll erfasst werden, inwiefern sich die NutzerInnen gut über die vertraglichen Regelungen in der Wohnform informiert fühlen. Die NutzerInnen sollen gefragt werden, inwiefern sie das Gefühl haben, dass die von den in der Wohnform tätigen Diensten bereitgestellten Informationen zu den vertraglichen Regelungen für sie ausreichend sind.					
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.					
	Gut informiert	Mittelmäßig informiert	Unzureichend informiert	Trifft nicht zu		
	Vertragliche Regelungen hinsichtlich folgender Leistungen					
	Pflegerische Hilfen					
	Selbstversorgung (Grundpflege)					
	Behandlungspflege					
	Notrufsicherung					
	Betreuungsleistungen					
	Alltagsgestaltung					
	Rund-um-die-Uhr-Betreuung					
	Niederschwellige Betreuungsleistungen					
	Hilfen bei der Haushaltsführung					
	Mahlzeitenhilfe					
	Einkaufshilfen					
	Wäschehilfe					
	Reinigungshilfe					
	Reparaturdienste					
	Teilstationäre Pflege					
	Tagespflege					
	Nachtpflege					
	Insgesamt					
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die vertraglichen Regelungen in der Wohnform informiert zu fühlen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die vertraglichen Regelungen in der Wohnform informiert zu fühlen. 					

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die vertraglichen Regelungen in der Wohnform informiert zu fühlen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
--	---

Qualitätskriterium: Transparenz bezüglich der Abläufe und Verantwortlichkeiten (Gesamtprozess)

Gesamtprozess: Hierunter werden die systematische Steuerung und Abstimmung sowie verbindliche Kommunikationsregelungen in der Wohnform verstanden.

5.7 Haben sich die Leistungserbringer über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert/qualifiziert? [S]		D, Ex
Begrifflichkeiten	Information/Qualifikation über die Besonderheiten neuer Wohnformen: Hier soll erfasst werden, ob sich die in der Wohnform tätigen Dienste über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert bzw. hierzu qualifiziert haben.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn sich die in der Wohnform tätigen Dienste über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert bzw. hierzu qualifiziert haben. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn sich die in der Wohnform tätigen Dienste über die Besonderheiten neuer Wohnformen nicht informiert bzw. hierzu qualifiziert haben. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

5.8 Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen ausreichend über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert? [P]		D
Begrifflichkeiten	Information über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform: Hier wird erfasst, ob die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen von den in der Wohnform tätigen Diensten ausreichend über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert werden.	
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste.	
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen von den in der Wohnform tätigen Diensten beim Einzug und anschließend in regelmäßigen Abständen (z.B. halbjährlich) über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert werden. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen von den in der Wohnform tätigen Diensten nur unregelmäßig über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen von den in der Wohnform tätigen Diensten nicht über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 	

5.9 Fühlen sich die NutzerInnen gut über Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert? [E]		D			
Begrifflichkeiten	Eigene Einschätzung des Informationsstands hinsichtlich der Abläufe und Verantwortlichkeiten: Hier soll erfasst werden, inwiefern sich die NutzerInnen gut über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert fühlen. Die NutzerInnen sollen gefragt werden, inwiefern sie das Gefühl haben, dass die von den in der Wohnform tätigen Dienste bereitgestellten Informationen zu den Abläufen und Verantwortlichkeiten für sie ausreichend sind.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer NutzerInnenbefragung.				
		Gut informiert	Mittelmäßig informiert	Unzureichend informiert	Trifft nicht zu
	Leistungen				
	Abläufe				
	Verantwortlichkeiten				
	Insgesamt				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn 100 Prozent bis 75 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert zu fühlen. ▪ Teilweise erfüllt: Wenn 75 Prozent bis 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert zu fühlen. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn weniger als 50 Prozent der NutzerInnen angeben, sich gut über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert zu fühlen. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

Qualitätskriterium: Dokumentation

5.10 Liegt ein schriftliches Konzept/Leitbild/Grundsätze für die Wohnform vor? [S]		D, N			
Begrifflichkeiten	Schriftliches Konzept/Leitbild/Grundsätze für die Wohnform: Die Grundsätze und Ziele der Wohnform wurden von den beteiligten Akteuren der unterschiedlichen Bereiche (Pflege, Betreuung, Unterkunft, Hauswirtschaft etc.) gemeinsam erarbeitet und schriftlich fixiert (z. B. in einem Konzept). In selbstverantworteten Wohnangeboten kann ein solches Konzept auch durch die Mitglieder eines Bewohnergremiums verfasst werden.				
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste. Ggfs. erfolgt die Einschätzung durch das Bewohnergremium.				
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn ein schriftliches Konzept/Leitbild/Grundsätze für die Wohnform als Ganzes vorliegt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn kein schriftliches Konzept/Leitbild/Grundsätze für die Wohnform als Ganzes vorliegt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung 				

5.11 Werden die Erreichung der Konzeptziele und die Beachtung der Grundsätze regelmäßig überprüft und wird darüber informiert? [P]	D, N
---	-------------

Begrifflichkeiten	Überprüfung der Zielerreichung und der Beachtung der Grundsätze: Hier soll erfasst werden, ob die Erreichung der Konzeptziele und die Beachtung der Grundsätze der Wohnform regelmäßig im Rahmen einer Evaluation durch die Dienste und/oder ein Bewohnergremium unter Beteiligung der NutzerInnen und/oder deren Angehörigen überprüft werden.
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste. Ggfs. erfolgt die Einschätzung durch das Bewohnergremium.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn die Zielerreichung und die Beachtung der Grundsätze regelmäßig in gemeinsamen Austauschrunden besprochen werden und die Ergebnisse dieser Austauschrunden allen zugänglich gemacht werden. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn die Zielerreichung und die Beachtung der Grundsätze nicht regelmäßig in gemeinsamen Austauschrunden besprochen werden. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

5.12 Werden im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement/in der internen Qualitätsberichterstattung Abläufe über die organisatorischen Gesamtprozesse dokumentiert? [P]	D, N
---	-------------

Begrifflichkeiten	Dokumentation über die organisatorischen Gesamtprozesse: Hier soll erfasst werden, ob es eine Dokumentation der organisatorischen Abläufe im Sinne von Verfahrensbeschreibungen im internen Qualitätsmanagement für die Wohnform als Ganzes gibt. Solche Verfahrensbeschreibungen können in selbstverantworteten Wohnformen auch durch die Mitglieder eines Bewohnergremiums erstellt werden.
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste. Ggfs. erfolgt die Einschätzung durch das Bewohnergremium.
Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, erfüllt: Wenn es eine Dokumentation der organisatorischen Abläufe im Sinne von Qualitätsmanagementverfahrensbeschreibungen für die Wohnform als Ganzes gibt. ▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn es keine Dokumentation der organisatorischen Abläufe im Sinne von Qualitätsmanagementverfahrensbeschreibungen für die Wohnform als Ganzes gibt. ▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung

5.13 Erfolgt eine Dokumentation über den Gesamtprozess in der Wohnform? [P]	D, N
--	-------------

Begrifflichkeiten	Dokumentation des Gesamtprozesses: Hierunter wird verstanden, dass alle Abläufe in der Wohnform von allen beteiligten Akteuren der unterschiedlichen Bereiche (Pflege, Betreuung, Unterkunft, Hauswirtschaft etc.) in einer gemeinsamen Dokumentation festgehalten werden.
Prüfung	Die Prüfung erfolgt auf Basis einer Einschätzung von Führungskräften der in der Wohnform tätigen Dienste, ggf. unter Hinzuziehung von weiteren Mitarbeitenden der Dienste. Ggfs. erfolgt die Einschätzung durch das Bewohnergremium.

Bewertung	<ul style="list-style-type: none">▪ Ja, erfüllt: Wenn eine Dokumentation des Gesamtprozesses vorliegt.▪ Nein, nicht erfüllt: Wenn eine Dokumentation des Gesamtprozesses nicht vorliegt.▪ Trifft nicht zu: Selbsteinschätzung
------------------	--

Anhang 14: Schwerpunktindikatoren für verschiedene Wohnformtypen und Wohnformträgerschaften

Qualitätsmerkmal 1: Selbstbestimmung							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
Selbstbestimmung bei den Leistungen	1.1: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen?			X			X
	1.2: Kann die Art der pflegerischen Hilfen, der Betreuungsleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung selbst bestimmt werden?			X			X
	1.3: Gibt es Wahlfreiheit in Bezug auf die Leistungserbringer?			X			X
	1.4: Sind die NutzerInnen ⁶² zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Leistungsarten/Leistungserbringern?			X			X
Selbstbestimmung über Dinge der alltäglichen Lebensführung	1.5: Kann die Essensauswahl selbst bestimmt werden?			X			X
	1.6: Kann der Tagesablauf selbst bestimmt werden?			X			X
	1.7: Bestimmen die NutzerInnen selbst, was sie anziehen?			X			X

⁶² **NutzerInnen** sind die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnform. **Leistungserbringer** sind die professionellen Dienste, die in der Wohnform tätig sind. **Leistungen**, sowie nicht anders definiert, sind insbesondere pflegerische Hilfen der Leistungserbringer: körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfen bei der Haushaltsführung, teilstationäre Pflegeleistungen.

	1.8: Gibt es bei der Kontaktpflege keine Einschränkungen?			X			X
	1.9: Können Freizeitaktivitäten selbst bestimmt werden?			X			X
	1.10: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei den Dingen des täglichen Lebens?			X			X
Selbstbestimmung beim Wohnen	1.11: Kann das eigene Zimmer bzw. die eigene Wohnung selbst eingerichtet werden?			X			X
	1.12: Kann Einfluss auf die Gestaltung der Gemeinschaftsräume genommen werden?			X			X
	1.13: Ist die Trennung von Pflege-/Betreuungsvertrag und Mietvertrag gegeben?			X			X
	1.14: Kann über die MitnutzerInnen mitbestimmt werden?			X			X
	1.15: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Selbstbestimmungsmöglichkeiten bei Angelegenheiten des Wohnens?			X			X
Förderung der Selbstbestimmung	1.16: Ist die Förderung der Selbstbestimmung in einem Betreuungskonzept/Leitbild formuliert?			X			X
	1.17: Werden Unterstützungsleistungen gemeinsam mit den NutzerInnen geplant?			X			X
	1.18: Werden Sicherheitsaspekte im Einklang mit individuellen Freiheiten berücksichtigt?			X			X

	1.19: Kennen die NutzerInnen ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten?			X			X
	1.20: Sind die NutzerInnen zufrieden damit, wie die Selbstbestimmung gefördert wird?			X			X
Unterstützung der NutzerInnen bei der Fällung autonomer Entscheidungen/Übernahme von Verantwortung	1.21: Gibt es ein Bewohnergremium?			X			X
	1.22: Werden die NutzerInnen bei der Bildung und dem Erhalt eines Bewohnergremiums (z.B. Auftragbergemeinschaft) unterstützt?			X			X
	1.23: Ist den NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen klar, welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten sie im Wohnangebot übernehmen müssen?			X			X
Sicherung der Selbstbestimmung bei Verlust entscheidungsbezogener Kompetenzen	1.24: Werden Angehörige/nahestehende Personen/gesetzlich bestimmte BetreuerInnen in die Pflegeplanung/Alltagsgestaltung für den Fall der „Wohlbestimmung“ integriert?			X			X
	1.25: Kennen Pflegekräfte/andere Leistungserbringer die Werte und Normen der Pflegebedürftigen für den Fall der „Wohlbestimmung“?			X			X

Qualitätsmerkmal 1: NutzerInnenorientierung							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
Erfassung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen der NutzerInnen	2.1: Werden systematisch unter Einbeziehung der NutzerInnen umfassende Informationen über deren Bedürfnisse, Gewohnheiten, lebensweltlicher und kultureller Besonderheiten, Ressourcen, Bedarfe gesammelt?			X			X
	2.2: Nehmen VertreterInnen der Leistungserbringer regelmäßig an Sitzungen des Bewohnergremiums teil, um Nutzerbedürfnisse zu erfassen?			X			X
	2.3: Haben die NutzerInnen den Eindruck, dass das Pflege- und Betreuungspersonal ihre Gewohnheiten/Bedürfnisse kennt?			X			X
Berücksichtigung der Gewohnheiten/Bedürfnisse und Fähigkeiten/Ressourcen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen	2.4: Bilden die Gewohnheiten/Bedürfnisse der NutzerInnen die Grundlage für die Versorgungsplanung?			X			X
	2.5: Werden vorhandene Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen bei der Planung und Umsetzung von Unterstützungsleistungen berücksichtigt?			X			X
	2.6: Wird bei der Umsetzung sichergestellt, dass sich vereinbarte Leistungen der Leistungserbringer an den Gewohnheiten/Bedürfnissen der NutzerInnen orientieren?			X			X
	2.7: Haben Vorlieben und Wünsche der NutzerInnen Vorrang vor Wünschen des Personals?			X			X
	2.8: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Berücksichtigung ihrer Gewohnheiten/Bedürfnisse bei der Erbringung von Unterstützungsleistungen?			X			X
	2.9: Wird die Privatsphäre der NutzerInnen gewahrt?			X			X

Qualitätsmerkmal 1: NutzerInnenorientierung							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
Überprüfung der Berücksichtigung von Gewohnheiten/Bedürfnissen und Fähigkeiten/Ressourcen	2.10: Wird regelmäßig überprüft, ob sich die vereinbarten Unterstützungsleistungen an den Gewohnheiten/Bedürfnissen und Ressourcen/Fähigkeiten der NutzerInnen orientieren?			X			X
Beschwerdemangement	2.11: Liegt ein Konzept zum Umgang mit Beschwerden vor?			X			X
	2.12: Gibt es eine/n benannte/n AnsprechpartnerIn für Beschwerden?			X			X
	2.13: Können Beschwerden und Unzufriedenheit ohne Nachteile zu befürchten geäußert werden?			X			X
	2.14: Sind den NutzerInnen Beschwerdemöglichkeiten bekannt?			X			X
	2.15: Hat sich nach Ansicht der NutzerInnen nach den Beschwerden etwas verändert?			X			X
	2.16: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Beschwerdemöglichkeiten?			X			X

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
Rund-Um-die-Uhr-Versorgung/Versorgungssicherheit	3.1: Sind bei Bedarf Leistungen rund um die Uhr, einschließlich sonn- und feiertags verfügbar?	X	X			X	
	3.2: Ist Pflege-/Betreuungsdienstleister ständig für Pflegebedürftige erreichbar?	X	X			X	
	3.3: Ist bei Personalausfall die Vertretung gesichert?	X	X			X	
	3.4: Werden Grenzen der Versorgungsmöglichkeit aus Perspektive der NutzerInnen transparent dargestellt?	X	X			X	
	3.5: Ist auch bei Bedarf an Rund-um-die-Uhr Versorgung ein Einzug/Verbleiben im Wohnangebot möglich?	X	X			X	
	3.6: Wird die Versorgung auf sich verändernde Bedarfe angepasst?	X	X			X	
	3.7: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Erreichbarkeit der Leistungserbringer?	X	X			X	
Patientensicherheit/Krisensicherung	3.8: Ist eine Versorgung im medizinischen Notfall gesichert?	X	X			X	
	3.9: Kann jederzeit eine in erster Hilfe geschulte Person erste Hilfe leisten?	X	X			X	

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
	3.10: Gibt es verbindliche Regelungen zu erste-Hilfe-Maßnahmen (Ablaufplan)?	X	X			X	
	3.11: Ist der Transfer von Informationen gesichert/ sind Informationen über die NutzerInnen Notfallpersonal schnell zugänglich?	X	X			X	
	3.12: Können die NutzerInnen die erste Person benennen, die im medizinischen Notfall zu kontaktieren ist?	X	X			X	
	3.13: Sind die NutzerInnen zufrieden mit dem Krisenmanagement des pflegerischen und medizinischen Personals im medizinischen Notfall?	X	X			X	
Personele Kontinuität	3.14: Gibt es überschaubare Pflege-/ Betreuungsteams/ Anzahl der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer?	X	X			X	
	3.15: Ist bei Bedarf Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?	X	X			X	
	3.16: Sind Überleitungsprozesse geplant?	X	X			X	
	3.17: Wissen die NutzerInnen, an wen sie sich mit Fragen zur Versorgung wenden können?	X	X			X	
	3.18: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der personellen Kontinuität?	X	X			X	

Qualitätsmerkmal 3: Versorgungskontinuität							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
Abstimmung von Leistungen	3.19: Sind Leistungen (Pflegeplan, Betreuungsplan, Behandlungsplan) aufeinander abgestimmt?	X	X			X	
	3.20: Stimmen andere Leistungserbringer ihre Leistungen aufeinander ab?	X	X			X	
	3.21: Ist der Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern und den NutzerInnen beständig/stabil?	X	X			X	
	3.22: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung des Personals zu den sie betreffenden Versorgungsprozessen?	X	X			X	
	3.23: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Abstimmung der Leistungen und Leistungsträger?	X	X			X	

Qualitätsmerkmal 4: Koordination							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher selbstverantwortet (II)
Klärung der Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess	4.1: Ist geklärt, wer welche Leistungen, Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Gesamtprozess übernimmt?			X	X	X	
	4.2: Sind die Verantwortungsrollen eindeutig beschrieben und geregelt?			X	X	X	
	4.3: Gibt es eine hauptverantwortliche Person, die einen Überblick über den Gesamtprozess hat?			X	X	X	
	4.4: Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen zur Verantwortungsübernahme und Selbstorganisation durch die hauptverantwortliche Person oder einen anderen (auch externen) Akteur unterstützt?			X	X	X	
	4.5: Wissen die NutzerInnen, wer die hauptverantwortliche Person ist?			X	X	X	
	4.6: Sind die NutzerInnen zufrieden mit der Aufteilung und Beschreibung der Verantwortlichkeiten in der Wohnform?			X	X	X	
	4.7: Wissen die NutzerInnen, welche Akteure in welcher Anzahl in der Wohnform tätig sind?			X	X	X	
Sicherung der Zusammenarbeit vielfältiger Akteure	4.8: Kennen die NutzerInnen die im Wohnprojekt aktiven Akteure?			X	X	X	
	4.9: Gibt es Kooperationen des Wohnangebots mit den Akteuren im Sozialraum/Gemeinwesen?			X	X	X	

Qualitätsmerkmal 4: Koordination							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher selbstverantwortet (II)
Schaffung zuverlässiger Regelungen zur Kooperation	4.10: Gibt es Vereinbarungen über die Art der Kooperation?			X	X	X	
	4.11: Gibt es ein integriertes Organisationskonzept zur Steuerung des Gesamtprozesses?			X	X	X	
	4.12: Gelingt der Informationsfluss zwischen den Akteuren?			X	X	X	
	4.13: Sind die NutzerInnen zufrieden mit den Regelungen zur Kooperation?			X	X	X	
Konfliktmanagement	4.14: Gibt es Regelungen bei Unstimmigkeiten und Konflikten?			X	X	X	
	4.15: Wird externe Unterstützung hinzugezogen, wenn dies notwendig erscheint?			X	X	X	
	4.16: Wie zufrieden sind die NutzerInnen mit dem Umgang mit Konflikten?			X	X	X	

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
Transparenz über die einzelnen Leistungen der Wohnform	5.1: Wird eine ausführliche Beratung von an der Wohnform interessierten Personen zu ihren Möglichkeiten und Grenzen angeboten?			X	X	X	
	5.2: Erfolgt eine regelmäßige Information/Beratung der NutzerInnen über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen?			X	X	X	
	5.3: Gibt es eindeutig geregelte Vorgehensweisen zum Austausch von Informationen?			X	X	X	
	5.4: Fühlen sich die NutzerInnen gut informiert über die in der Wohnform verfügbaren Leistungen?			X	X	X	
	5.5: Fühlen sich die NutzerInnen gut informiert über alle sie betreffenden Kosten?			X	X	X	
	5.6: Fühlen sich die NutzerInnen gut über die vertraglichen Regelungen informiert?			X	X	X	
Transparenz bezüglich der Abläufe und Verantwortlichkeiten (Gesamtprozess)	5.7: Haben sich die Leistungserbringer über die Besonderheiten neuer Wohnformen informiert/qualifiziert?			X	X	X	
	5.8: Werden die NutzerInnen/Angehörigen/VertreterInnen ausreichend über die Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert?			X	X	X	
	5.9: Fühlen sich die NutzerInnen gut über Abläufe und Verantwortlichkeiten in der Wohnform informiert?			X	X	X	
Dokumentation	5.10: Liegt ein schriftliches Konzept/Leitbild/Grundsätze für die Wohnform vor?			X	X	X	

Qualitätsmerkmal 5: Transparenz							
Qualitätskriterium	Qualitätsindikator	Wohnformtypen				Wohnformträgerschaft	
		Wohnen in Gemeinschaft (1)	Wohnen mit Betreuung (2)	Wohnen mit Pflege (3)	Integrierte Wohnformen (4)	eher selbstverantwortet (I)	eher trägerverantwortet (II)
	5.11: Werden die Erreichung der Konzeptziele und die Beachtung der Grundsätze regelmäßig überprüft und wird darüber informiert?			X	X	X	
	5.12: Werden im einrichtungsinternen Qualitätsmanagement/in der internen Qualitätsberichterstattung Abläufe über die organisatorischen Gesamtprozesse dokumentiert?			X	X	X	
	5.13: Erfolgt eine Dokumentation über den Gesamtprozess in der Wohnform?			X	X	X	

Anhang 15: Ausgewählte Leitfäden für die Bestimmung von Qualitätsanforderungen

Für jeden Wohnformtypen wurden aktuelle Literatur und vor allem Leitfäden gesichtet, um auf dieser Grundlage von praktischen Erfahrungen und Expertenempfehlungen zentrale Qualitätsmerkmale für die verschiedenen Wohnformtypen zu erarbeiten.

Quellen für den Wohnformtyp „Ambulante (selbstständige) gemeinschaftliche Wohnformen“

Insgesamt wurden folgende 12 Leitfäden analysiert:

- Arbeitsgemeinschaft für zeitgemäßes Bauen e.V. (ARGE) (2015): Leitfäden für Gruppenwohnprojekte, Kiel.
- Fedrowitz, M. (2016): Gemeinschaftliches Wohnen in Deutschland, in: Nachrichten der ARL 1/2016, 9–12.
- Mensch, K./Novy-Huy, R. (2008): Raus aus der Nische – rein in den Markt! Ein Plädoyer für das Produkt „gemeinschaftliches Wohnen“, Darmstadt & Hattingen.
- Forum gemeinschaftliches Wohnen e.V. (2014a): Wohnprojekte in Niedersachsen, Hannover.
- Forum gemeinschaftliches Wohnen e.V. (2014b): Wenig Aufwand – viele Chancen, Hannover.
- Forum gemeinschaftliches Wohnen e.V. (2014c): Hohe Nachfrage inklusive, Hannover.
- Forum gemeinschaftliches Wohnen e.V. (2017): Starke Gemeinschaften, neue Ideen, Hannover.
- Netzwerk selbstorganisierter Wohnprojekte Bielefeld (Hrsg.) (2016): Wohnprojekte in Bielefeld: Einsam, zweisam, gemeinsam, Bielefeld.
- Schader Stiftung (2013): Fragen und Antworten zum gemeinschaftlichen Wohnen, Darmstadt.
- Scheffka, H. (2016): Mit Freu(n)den leben – Gemeinschaftlich wohnen, selbstbestimmt leben! Hamburg.
- Urbanes Wohnen e.V. München (2006): Praxis-Leitfaden zur Selbstorganisation und Partizipation, München.
- Wohnbund-Beratung NRW (Hrsg.) (1999): Kooperation zwischen Wohngruppen und Wohnungsbauunternehmen – ein Leitfaden für die gemeinsame Realisierung von neuen Wohnformen, Bochum.

Quellen für den Wohnformtyp „Ambulant betreute Wohnformen“

Folgende 5 Leitfäden wurden ausgewertet

- Bayerische Stiftung für Qualität im Betreuten Wohnen BSQBW e.V. (Hrsg.) (2017): Betreutes Wohnen im Alter – Standards, München.
- Beuth-Verlag (2006): DIN 77800:2006-09 Qualitätsanforderungen an Anbieter der Wohnform 'Betreutes Wohnen für ältere Menschen', Berlin.
- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2004): Betreutes Wohnen im Alter. Fachliche, bauliche und rechtliche Anforderungen an Wohnanlagen des Betreuten Wohnens in Hessen, Wiesbaden.
- Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.) (2006): Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für ältere Menschen Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Kuratorium Qualitätssiegel Betreutes Wohnen für Senioren Baden-Württemberg und Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.) (2003): Betreutes Wohnen für Senioren Informationen zu einer neuen Wohnform mit Fragebogen zum Prüfen und Vergleichen von Angeboten, Stuttgart.

Quellen für den Wohnformtyp „Ambulante Pflegewohnformen“

Folgende 19 Literaturquellen/Leitfäden wurden bei der Bestimmung von Qualitätsanforderungen berücksichtigt wurden:

- Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V.; Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (2007): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Ein Leitfaden für Angehörige, Hamburg.
- Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. (2012): Menschen mit Demenz in Wohngemeinschaften – selbst organisiert und begleitet. Ein Leitfaden und mehr. 2. Aufl., Potsdam.
- Amt für Soziale Sicherung München (2014a): Ambulant betreute Wohngemeinschaften in München. Leitfaden für Initiatorinnen und Initiatoren, München.
- Amt für Soziale Sicherung München (2014b): Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften, München.
- Bank für Sozialwirtschaft (2010): Ambulant betreute Wohngemeinschaften – Konzepte, Rechtsgrundlagen und Finanzierungsaspekte. BfS Arbeitshilfe, Köln.
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) "Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften" (o. J.): Checkliste – Qualitätskriterien für Wohngemeinschaften, Berlin.

- URL: <http://www.wg-qualitaet.de/qualitaetskriterien/>; Abruf: 29.10.2016
- Diakonisches Werk Württemberg e.V. (2008): Leitfaden für ambulant betreute Wohngemeinschaften, Stuttgart.
- Freie Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2017): Wohnen mit Demenz in Hamburg – Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – Ein Leitfaden für Angehörige, Hamburg.
- Hasenau, Claudius; Michel, Lutz H. (2006): Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten, finanzieren, umsetzen. Reihe Management, Bd. 11, Hannover.
- KIWA Koordinationsstelle für innovative Wohn-Pflegeformen im Alter in Schleswig-Holstein; Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (2010): Gepflegt alt werden – selbstbestimmt und privat leben: Qualitätsempfehlungen und Planungshilfen für ambulant betreute Wohn-Pflege-Projekte in Schleswig-Holstein, Kiel.
- Klie et al. (2017): Ambulant betreute Wohngruppen –Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen, Berlin
- Kremer-Preiß, Ursula; Stolarz, Holger (2006): Ambulant betreute Wohngruppen: Arbeitshilfe für Initiatoren, Köln.
- Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2014): Neue Wohnformen. Leitfaden für betreute Wohngruppen und selbstorganisierte Wohngemeinschaften, Mainz.
- Leben wie ich bin – Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit Demenz e.V. (2012): Praxishandbuch „Es selbst in die Hand nehmen!“. Wie Angehörige eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz aufbauen und sich die Verantwortung mit einem ambulanten Pflegedienst teilen, Potsdam.
- Niedersächsische Fachstelle für Wohnberatung (o. J.): Qualitätskriterien und Empfehlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften in Niedersachsen, Hannover.
- Verbraucherzentrale Berlin in Kooperation mit den Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen und Brandenburg (2008): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz, Berlin.
- Verein für selbstbestimmtes Wohnen im Alter e.V. (2006): Qualitätskriterien für ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz – eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe, Berlin.
- Wohnen in Gemeinschaft NRW e.V. (2015): WiG-Information – Überblick: Was sind Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz? Wohnen in

Gemeinschaft NRW e.V. (o. J.): Qualität in ambulant betreuten Wohnformen. Leitlinie zur Qualitätsentwicklung des ‚Wohnen in Gemeinschaft‘ (WiG) NRW e.V., Gelsenkirchen.

- Wolf-Ostermann, Karin; Gräske, Johannes (2014): Ambulant betreute Wohngemeinschaften: Praxisleitfaden zur Qualitätsentwicklung, Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Quellen für den Wohnformtyp „Ambulante integrierte Wohnformen (vor allem Quartierskonzepte)“

Folgende 10 Leitfäden wurden für die Analyse ausgewählt:

- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR); (Hrsg.) (2017): Quartiersmanagement Soziale Stadt. Bonn, Berlin.
- Deutscher Städtetag und Gemeindebund (Hrsg.) (2012): Lebensräume zum Älterwerden – Anregungen und Praxisbeispiele für ein neues Miteinander im Quartier, Dokumentation Nr. 110, Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2011): Eckpunkte des Deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum. DV 35/11 AF IV, Berlin.
- Diakonie Rheinland Westfalen Lippe et al. (Hrsg.) (2011): Einfach entwerfen – Wohnviertel für die Zukunft – WohnQuartier4 – Der Schlüssel für altersgerechtes Wohnen, Beteiligung, Bildung, Kultur, Düsseldorf.
- Evangelisches Johanneswerk (2017): Qualifiziert fürs Quartier, Bielefeld.
- Evangelischen Stiftung Alsterdorf; Nordmetall Stiftung (o. J.): Q8 – Quartiersentwicklung, Hamburg.
- Mehnert, Thorsten; Kremer-Preiß, Ursula (2014): Handreichung Quartiersentwicklung. Praktische Umsetzung sozialraumorientierter Ansätze in der Altenhilfe, Köln.
- Michell-Auli, Peter; Kremer-Preiß, Ursula (2013): Quartiersentwicklung. KDA-Ansatz und kommunale Praxis, Köln.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2013): Masterplan altengerechte Quartiere NRW. Strategie- und Handlungskonzept zum selbstbestimmten Leben im Alter, Düsseldorf.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) (Hrsg.) (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 3: Soziale Wirkung und „Social Return“, Gütersloh.