nS&C
Nursing Science & Care GmbH

Betreutes Wohnen in der Schweiz

Grundlagen eines Modells

Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz

Prof. Dr. Lorenz Imhof, Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof

Kontaktadresse
Nursing Science & Care GmbH
Obertor 8
8400 Winterthur
052 213 65 65
Lorenz.imhof@ns-c.ch

CURAVIVA.CH senesuisse PRO SENECTUTE GEMEINSAM STÄRKER Überall für alle SPITEX Schweiz

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage 4

1.1 Fragestellungen 6

1.2 Methodisches Vorgehen 6

2 Literaturreview 7

2.1 Barrierefreie Wohnung 7

2.2 Die Unterstützungsangebote 8

2.2.1 Leistungen zur Sicherheit 9
2.2.2 Leistungen zur Entlastung 9
2.2.3 Leistungen der Pflege und Betreuung 9
2.2.4 Leistungen zur Aktivierung 10

2.3 Nutzerinnen und Nutzer des Betreuten Wohnens 10

2.4 Ziele der Bewohnenden und Erwartungen an das Betreute Wohnen 10

2.5 Limitierung des Betreuten Wohnens 11

2.6 Zusammenfassung 11

3 Thesen zum Betreuten Wohnen 12

3.1 Population 13

3.2 Zweck und Ziele des Betreuten Wohnens 14

3.3 Unterstützungsleistungen 14

3.4 Strukturen 15

3.5 Qualität 15

4 Ein klienten-zentriertes Modell von Betreutem Wohnen 15

4.1 Vulnerabilität und Self-Care-Fähigkeit 16

4.2 Unterstützungshandlungen zwischen Entlastung und Prävention 17

4.2.1 Entlastung 18
4.2.2 Prävention/Förderung 18

5 Betreutes Wohnen: Ein Modell mit vier Stufen 19

5.1 Die vier Stufen 20

5.1.1 Kategorie D 20
5.1.2 Kategorie C 21
5.1.3 Kategorie B 21
5.1.4 Kategorie A 22

5.2 Qualitätskriterien 22

5.2.1 Niederschwellige Angebote 22
5.2.2 Fachliche Qualität der Leistungserbringer 23
5.2.3 Planung, Dokumentation und Evaluation der Leistungen 24

6 Referenzen 25

7 Anhang: Delphi-Thesen 30

Mitglieder der Projektgruppe

Christina Affentranger Weber	Leiterin Fachbereich Menschen mit Behinderung, CURAVIVA Schweiz, Bern
Prof. Dr. Lorenz Imhof	Nursing Science & Care GmbH, Winterthur
Sonya Kuchen	Leiterin Fachstellen, Pro Senectute Schweiz, Zürich
Dr. Markus Leser	Leiter Fachbereich Alter, CURAVIVA Schweiz, Bern
Ursula Ledermann Bulti	Leiterin Bildung, Spitex Schweiz, Bern
Christian Streit	Geschäftsführer, senesuisse, Bern

Interviewte Expertinnen

Christina Brunnschweiler	CEO Verein Spitex Zürich Limmat, Zürich
Prof. Dr. Carlo Knöpfel	Dozent, Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung, Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Muttenz
Maja Nagel Dettling	Organisationsberaterin, Mitglied Stiftungsrat Paul Schiller Stiftung, Stäfa
Heike Schulz	Direktorin der Bethesda Alterszentren AG, Küsnacht
Dr. Matthias Wächter	Hochschule Luzern, Co-Leiter Forschungsprogramm Öffentliches Gesundheitsmanagement, Luzern

Lektorat: Dore Wilken, dwilken@gmx.de

Zitation des Berichts: Imhof L., Mahrer-Imhof R. (2018). Betreutes Wohnen in der Schweiz:
Grundlagen eines Modells. Studie im Auftrag von CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz.
Winterthur: Nursing Science & Care GmbH.

Zusammenfassung

Wird der Alltag im Alter beschwerlich oder droht die Gestaltung der Alltagroutine gar zu scheitern, bieten ambulante (Spitex Schweiz) und stationäre Angebote (Heime) ihre Unterstützung an. In den letzten Jahren wird zunehmend auch Betreutes Wohnen, als dritte Form der Langzeitpflege, genannt. Doch der Begriff des Betreuten Wohnens, blieb unklar. Gesetzliche Regelungen fehlen, grosse regionale Unterschiede im Angebotsumfang und in der Trägerschaft von Institutionen behindern die Diskussion.

CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz und Spitex Schweiz haben deshalb in einem gemeinsamen Projekt den Begriff des „Betreuten Wohnens“ untersucht. Erkenntnisse aus der Fachliteratur wurden zusammengefasst, Interviews mit Expertinnen und Experten geführt und eine Umfrage bei Personen der Langzeitpflege und der Politik in einer Arbeitsgruppe ausgewertet.

Über das Wohnangebot im Betreuten Wohnen ist man sich einig. Es umfasst vorwiegend barrierefreie 1-, 2- und 2½-Zimmer mit eigener Küche, Bad/WC. Neu wird pflegerisch-betreuerische Unterstützung im Betreuten Wohnen in vier Stufen definiert. Auf der Stufe D wird lediglich Entlastung im Haushalt angeboten. Auf Stufe C wird der Erhalt und die Förderung eigener Fähigkeiten ins Zentrum gestellt. Eine Fachperson steht als Ansprechpartner zur Verfügung. Auf Stufe B werden alle Aspekte pflegerisch-betreuerischer Aufgaben übernommen. Vorhandene Ressourcen der Person und ihrer Angehörigen sowie relevante Gesundheitsfaktoren und -risiken werden systematisch erfasst. Dafür stehen Fachpersonen rund um die Uhr zur Verfügung.
Betreutes Wohnen auf der Stufe A ermöglicht das Verbleiben in der Wohnung bis zum Lebensende. Das Unterstützungsteam wird durch spezialisierte Fachpersonen für Palliativpflege, für Demenz, für psychische Krankheiten oder Suchterkrankung ergänzt.
Auf den Stufen A und B wird der Effekt auf die Selbstpflege-Fähigkeiten und die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner systematisch evaluiert. In allen Stufen gilt als Qualitätskriterium inwieweit Würde, das Gefühl der Selbstständigkeit und Autonomie im Betreuten Wohnen erhalten werden können.

1 Ausgangslage

Mit der Pensionierung beginnt aus sozialpolitischer Sicht das Alter. Heute gehören 18.2 % der Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz zu dieser Altersgruppe 65+, rund 220’671 mehr als noch im Jahr 2010[1]. Die Gruppe der älteren Menschen über 65 Jahre ist nicht homogen. Unterteilt wird sie in zwei Abschnitte: Personen im dritten Lebensalter meist zwischen 65–80 Jahren und im vierten Lebensalter über 80 Jahre[2,3].
Personen im dritten Lebensalter werden als aktive und leistungsfähige Seniorinnen und Senioren gesehen. Sie werden als neue zahlungsfähige Kunden in einem wachsenden „Altersmarkt“ umworben. Anders ist die Sicht auf das vierte Lebensalter, in welchem vier von fünf Menschen eine Zunahme der Vulnerabilität und gleichzeitig eine Fragilisierung erleben, d.h., ihre Möglichkeiten, auf Veränderungen zu reagieren, nehmen ab, sie sind zunehmend auf Unterstützung im Alltag angewiesen[4]. Diese Gruppe ist seit 2010 um 61.390 Personen auf 5.1 % der Bevölkerung angestiegen[1].

Das vierte Lebensalter, mit einer Zunahme der Fragilisierung, wird wegen der benötigten Ressourcen für die Unterstützung im Alltag als Belastung für die Sozialwerke angesehen[5]. Begriffe wie „Überalterung“ markieren die veränderte Diskussion über das Alter und über die gesellschaftliche

Verantwortung gegenüber jenen, die auf Unterstützung angewiesen sind. Die betreuerischen Unterstützungsleistungen werden dabei häufig der Selbstsorge und der Selbstverantwortlichkeit zugewiesen. Der gesellschaftliche Auftrag zur Sorge wird privatisiert[6].

Gemäss Bundesverfassung Artikel 112c sind die Kantone verpflichtet, für die Hilfe und Pflege von Betagten und Menschen mit Behinderung zu Hause zu sorgen[7]. Traditionell geschieht dies im ambulanten Bereich durch die Spitex und die Pro Senectute und im stationären Bereich durch die Alters-, Pflege- und Behindertenheime. Im Jahr 2017 nutzten 295'054 Personen ambulante Pflegeleistungen der Spitex Schweiz, 122'317 Personen erhielten hauswirtschaftliche oder sozialbetreuerische Hilfe[8] und 153'046 Personen erhielten Unterstützung als Bewohnende einer stationären Pflegeeinrichtung[9]. In den letzten Jahren markierte die Umwandlung von Altersheimen in Pflegeheime einen Rückzug der öffentlichen Hand aus der Verantwortung für die Betreuung. Niederschwellige Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten fielen weg und die Organisation von Betreuung und Hilfe wurde reprivatisiert.

Gleichzeitig hat sich die Diskussion um neue Wohnformen wie das Betreute Wohnen intensiviert; eine Wohnform, die zuweilen auch als moderner Ersatz für die wegfallenden Altersheime interpretiert wird[11]. Das Betreute Wohnen wird daher als intermediäre Form zwischen dem klassischen Heimbereich und der ambulanten Spitex bezeichnet[12]. Damit wird dem Betreuten Wohnen ein Auftrag nach pflegerischen und betreuerischen Unterstützungsleistungen zugewiesen[13,14]. Betreutes Wohnen ist damit Teil der Langzeitpflege.

Aufgrund fehlender Definition ebenso wie fehlender gesetzlicher Regelungen in der Schweiz liegen keine genauen Zahlen zum Betreuten Wohnen vor. Schätzungen zufolge bieten in der Schweiz rund 843 Einrichtungen Alterswohnungen für zirka 16'000 Menschen an[12]. In der Realität dürften es aber bedeutend mehr sein. Basierend auf Angaben aus 10 Kantonen wird geschätzt, dass für 6.3 % der Personen über 80 Jahre ein Platz im Betreuten Wohnen zur Verfügung steht.

Die Diskussion zum Betreuten Wohnen wird oft aus der Perspektive von Organisationen und den Tätigkeitsfeldern der involvierten Berufsgruppen geführt. Dabei werden unterschiedliche theoretische Konzepte verwendet, die eng mit politischen und finanziellen Fragestellungen verbunden sind und bestehende Zusammenarbeitsformen in der Praxis repräsentieren.
Die Debatte um Betreutes Wohnen ist zudem geprägt durch die Verwendung immer neuer, ungenügend erklärter Begriffe wie Wohnen mit Services, Wohnen mit Dienstleistungen, Wohnen plus. Zuweilen kann nicht verhindert werden, dass in Diskussionen Äpfel mit Birnen verglichen werden. Auch im Zusammenhang mit der Ausgestaltung von Finanzierungsmodellen wird deshalb eine Definition von Betreutem Wohnen dringend benötigt[15].

Das vorliegende Projekt setzte hier an. Es untersucht, was hinter dem Begriff des „Betreuten Wohnens" als integrierter Teil einer umfassenden Langzeitversorgung älterer Menschen steht. Es stellt die Ziele und den Fokus Betreuten Wohnens aus der Sicht der Klientinnen und Klienten dar und benennt ausserdem Strukturen, Inhalte und Beurteilungskriterien, die als Merkmale für das Betreute Wohnen in Zukunft wichtig sind. CURAVIVA Schweiz, senesuisse, Pro Senectute Schweiz und Spitex Schweiz initiierten dieses Projekt, um folgende Fragestellungen zu bearbeiten.

1.1 Fragestellungen

- Welche Modelle und Konzepte zum Betreuten Wohnen werden in der Literatur verwendet?
- Welches sind die strukturellen, inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen, die als Minimalstandards eingehalten werden müssen, damit von Betreutem Wohnen gesprochen werden kann?

1.2 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragen wurden drei Prozesse kombiniert: erstens eine Literaturrecherche zu Modellen und Konzepten des Betreuten Wohnens; zweitens Delphi-Befragungen zu Qualität und Standards von Betreutem Wohnen und drittens die Synthesediskussion in einer Arbeitsgruppe, unterstützt durch Expertenmeinungen (Interviews).

1) Die Literaturreview synthetisierte 32 Artikel zum Thema Betreutes Wohnen. Wissenschaftliche Artikel bis hin zu politischen Berichten und Statements bildeten die Grundlage dieser Synthese. Die Aussagen wurden analysiert und kategorisiert bezüglich Definition und Modell von Betreutem Wohnen, Charakteristiken der Bewohnenden, Leistungen und deren Verfügbarkeit, Anforderungen an den Wohnraum, finanzielle Regelungen und rechtliche Aspekte.
   Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus zwei Delegierten von CURAVIVA Schweiz und je einer Delegierten oder einem Delegierten von senesuisse, Pro Senectute Schweiz und Spitex Schweiz, diskutierte erste konzeptionelle Überlegungen basierend auf dieser Literaturreview.
2) Fünf Expertinnen und Experten aus Heimen und Spitex, Hochschulen und Interessengruppen wurden interviewt. Zur Vorbereitung eines Workshops wurden Grundsätze, basierend auf der Literaturreview und den Expertenmeinungen, formuliert.
   An einem Workshop in Bern im Mai 2018, an dem 26 Personen teilnahmen, wurden diese präsentiert und als Grundlage für einen Delphi-Prozess([1]) mit zwei Runden zur Diskussion gestellt. Die Personen stammten aus den folgenden Bereichen (Mehrfachnennungen möglich): Betreutes Wohnen (n = 1), Heime (n = 7), Spitex (n = 3), Betreuung (n = 5), Behörden (n = 2), Verbände (9) und Andere (4). In Gruppendiskussionen wurden 13 Thesen entwickelt, welche Kernaussagen zu den Zielen von Betreutem Wohnen, den notwendigen Strukturen, den Unterstützungsprozessen und der Ausrichtung auf bestimmte Klientengruppen enthielten. In einem Ratingprozess beurteilten die Anwesenden die Bedeutung dieser Aussagen für die Entwicklung eines Models des „Betreuten Wohnens“. Das Rating bestätigte neun Thesen mit einer Zustimmung von mehr als 70 %. Diese Thesen wurden der Arbeitsgruppe zur weiteren Diskussion mitgegeben.
   Die Arbeitsgruppe formulierte weitere 16 Thesen zur Präzisierung der Aussagen. Diese wurden an die 26 Teilnehmenden des Workshops und an zusätzliche Personen aus dem Heimbereich (+ 1), dem Betreuten Wohnen (+ 2) und der Spitex (+ 1) verschickt. Mit einer Responserate von 53 % wurden 13 der 16 Thesen unterstützt und schriftlich kommentiert. Nach dieser zweiten Delphi-Runde konnten 22 Thesen mit einer Zustimmungsrate von mehr als 70 % der teilnehmenden Personen für die weitere Entwicklung des Models verwendet werden (Anhang 1: 22 Thesen zu Betreutem Wohnen).

[1] Die Delphi-Methode ist ein mehrstufiges Befragungsverfahren mit Rückkoppelung, um Gruppenmeinungen zu erfassen[16,17]. Sie nutzt eine wiederholte Befragung von Expertinnen und Experten aus verschiedenen Fachbereichen, um vorhandene Meinungen zu verdichten und breit unterstützte Aussagen zum Thema zu erhalten.

3) Erkenntnisse aus der Literatur und die Thesen der Delphi-Runden wurden in der Arbeitsgruppe weiter diskutiert, um verwendete Begriffe zu klären und damit eine gemeinsame Sprache zu finden.
An mehreren Sitzungen synthetisierte die Arbeitsgruppe die vorhandenen Unterlagen, Literaturreview, Experteninterviews und die Thesen der Delphi-Runde zu einem verbindlichen Rahmen für die weitere Modellentwicklung.
Das Modell wurde in einer abschliessenden Vernehmlassung der Arbeitsgruppenmitglieder beurteilt.

2 Literaturreview

Ein Blick zur Situation in der Schweiz zeigt, dass lediglich in sieben Kantonen (VD, VS, LU, TG, AI, AR, BS) gesetzliche Regelungen für Betreutes Wohnen bestehen, diese in zwei Kantonen (GR, JU) ausgearbeitet, aber noch nicht in Kraft sind und in einem weiteren Kanton (AG) ausgearbeitet werden. Die Westschweiz hat deutlich mehr Regelungen, die in Kraft sind[18]. Gesamtzahlen zum Angebot in der Schweiz existieren nicht. Daten aus zehn Kantonen zeigen grosse regionale Unterschiede im Angebot von Betreutem Wohnen. So stehen Alterswohnungen für 13 % der über 80-Jährigen im Kanton Basel-Stadt, für 6 % im Kanton Neuenburg, aber für nur rund 2 % in den Kantonen Glarus und Jura zur Verfügung[12].

Auch bei der Trägerschaft von Betreutem Wohnen sind regionale Unterschiede zu beobachten. Die OBSAN-Studie zu intermediären Strukturen (Betreutes Wohnen, Tagesstrukturen, Kurzzeitaufenthalte in Pflegeheimen) schätzt, dass durchschnittlich rund 60 % der Institutionen des Betreuten Wohnens für ältere Menschen durch eine gemeinnützige Trägerschaft betrieben werden, mit einem hohen Anteil von 93 % in Basel-Stadt und 100 % im Kanton Zug[12]. Wie viele Institutionen durch die Spitex Schweiz betrieben werden, wird in der Statistik nicht ausgewiesen. Nach Expertenmeinung ist dies z.B. im Kanton Genf bei einem grossen Teil der Institutionen der Fall. Von Pflegeheimen betrieben werden 15 % der betreuten Wohnungen. Der Kanton Graubünden zeigt dabei mit 78 % den höchsten Wert. 14 % werden durch die Gemeinden betrieben, wobei im Kanton Uri 50 % aller Betreutes-Wohnen-Plätze durch die Gemeinden betrieben werden. Rund 11 % der Institutionen werden durch eine privatrechtliche Trägerschaft betrieben, wobei der Kanton Genf den höchsten Anteil von 35 % zeigt[12].

Wenn die Institutionen für Betreutes Wohnen angeschaut werden, so fällt auf, dass 25 % der Alterswohnungen neben einer barrierefreien Wohnsituation keine zusätzlichen Leistungen anbieten[12]. Auf der anderen Seite des Spektrums stehen 50 % der Institutionen, die mit acht oder mehr verschiedenen Leistungen die Bewohnenden unterstützen. Trotz unterschiedlicher Begriffe wie „Wohnen mit Service“, „begleitetes Wohnen“, „Alterswohnungen“ oder „intermediäre Strukturen“ werden zwei Elemente immer als Bestandteil für Betreutes Wohnen beschrieben: 1) die barrierefreie Wohnung und 2) ein vorhandenes Unterstützungs- und Pflegeangebot[18].

2.1 Barrierefreie Wohnung

Betreutes Wohnen ist an spezifische Bedingungen betreffend die Gestaltung des Wohnraums und der Umgebung gebunden. Dazu gehören eine eigene Küche und ein Bad/WC, welche zur privaten Wohneinheit gehören. Angeboten werden vorwiegend 1-, 2- und 2½-Zimmer-Wohnungen[19]. Die Wohnung muss barrierearm oder barrierefrei sein. Vereinzelt werden entsprechende Normen

genannt, wie etwa die SIA-Norm 500, die Fachstelle hindernisfreie Architektur oder die PROCAP-Empfehlungen[20]. Das Angebot schliesst Gemeinschaftsräume oder Gemeinschaftsgärten mit ein, welche soziale Teilhabe ermöglichen. Vereinzelt wird auf die Bedeutung einer guten Wohnumgebung, der Nachbarschaftskontakte, Einkaufsmöglichkeiten, Anbindung an den öffentlichen Verkehr, Verkehrssicherheit, öffentliche Sicherheit oder Ruhe im Quartier hingewiesen[21].

Damit entsprechen die Anforderungen an den Wohnraum nicht spezifischen, nur für ältere Menschen wichtigen Kriterien. Vielmehr erfüllen sie auch die Anforderungen, die das Wohnen für junge Menschen mit Beeinträchtigungen oder für Familien mit Kindern vereinfachen. Daher wird postuliert, dass gutes Wohnen mehr sein sollte als Barrierefreiheit. Es schliesst sinnhafte Alltagsaktivitäten, soziale Kontakte und das Vorhandensein finanzieller Mittel ein[22].

2.2 Die Unterstützungsangebote

Die Diskussion in der Schweiz, ob und welche Unterstützungsangebote gemacht werden sollen, damit von Betreutem Wohnen gesprochen werden kann, zeigt grosse Parallelen zu den Diskussionen in anderen Ländern. In den USA war bereits in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts ein Boom des Betreuten Wohnens (assisted living) zu beobachten. Dieser entfachte eine heftige Diskussion, welche Eigenschaften erfüllt sein müssen, um als Betreutes Wohnen anerkannt zu werden[23,24].

Wird angenommen, dass Betreutes Wohnen ein Angebot der Langzeitpflege sein soll, unterscheiden sich Alterswohnungen ohne Unterstützungsleistungen deutlich von Anbietern, welche barrierefreies Wohnen und Unterstützungsleistungen kombinieren. Diese Unterscheidung genügt aber nicht, da es auch bei letzteren selbst Unterschiede gibt.

In den Diskussionen werden die Unterstützungsleistungen in Leistungen der Pflege und jene der Betreuung unterteilt[25,26]. Diese durch das Finanzierungssystem verursachte Trennung produziert nicht nur einen unklaren Begriff „Betreuung“, sondern auch eine praxisfremde Definition der Pflege[27].
So wird Pflegebedürftigkeit auf die Tätigkeiten in Zusammenhang mit Essen, Aufstehen, An- und Ausziehen, zur Toilette gehen sowie Baden/Duschen reduziert. Die Bewertung ist relevant z.B. für die Gewährung der Hilflosenentschädigung oder für Statistiken der nationalen Gesundheitsbefragung.
Der Bundesrat selbst hält aber fest, dass

> „....Pflege eine umfassende vielschichtige und mehrdimensionale Tätigkeit ist, die darauf abzielt, Patienten und Patientinnen, deren Autonomie in ihren alltäglichen Lebensverrichtungen eingeschränkt ist, darin zu unterstützen, dass sie ihr Alltagsleben wieder aufnehmen, weiterführen, angepasst fortsetzen oder neu aufbauen können“[28].

Diese Definition wird sinngemäss auch in der Diskussion um eine Transformation der Versorgungsstrukturen aufgegriffen[29].
Die Pflege auf KVG-Leistungen zu reduzieren, widerspricht dieser Definition des Bundesrats. Da der Begriff der Betreuung immer wieder als Sammelbegriff für sogenannt „nichtpflegerische“ Leistungen dient[30], bleibt der damit verbundene Begriff der Betreuung ebenfalls unklar.

Die Unterstützungsleistungen lassen sich inhaltlich in vier Kategorien einteilen. Es handelt sich um 1) Leistungen zur Erhöhung der Sicherheit in Notsituationen, 2) Leistungen zur Entlastung der

Betroffenen und der Angehörigen, 3) Leistungen der pflegerischen Grundversorgung (Pflege/Betreuung, Tagesstrukturen), 4) Leistungen im Bereich Aktivitäten und Veranstaltungen.

2.2.1 Leistungen zur Sicherheit

Sicherheit ist eines der zentralen Anliegen, das sowohl in den kantonalen Reglementen als auch in den Publikationen genannt wird.
Bei Leistungen der Sicherheit wird von einer potentiellen Gefährdung ausgegangen. Dazu gehört in dieser Altersgruppe sicherlich der Sturz, angesichts der rund 80'000 Stürze älterer Personen, bei denen jedes Jahr rund 1'200 Menschen ums Leben kommen[31].
Die meist genannte Unterstützungsleistung bezieht sich auf die Sicherheit, jemanden alarmieren zu können. Elektronische Notrufsysteme werden heute in allen Kantonen und in 70 % der Institutionen genutzt[12]. Im Jahr 2013 hatten 2 % der 75–79-Jährigen und 9 % der über 80-Jährigen ein Notrufsystem[21]. Geschätzt wird, dass heute rund 50'000 solcher Geräte im Einsatz sind[32]. Die Personen, die auf den Notruf reagieren, variieren je nach Anbindung des Betreuten-Wohn-Angebotes. Es kommt zum Weiterleiten an eine externe Stelle oder Notdienstzentrale, zur Spitex oder zu anwesenden Pflegefachpersonen, wenn das Betreute Wohnen einem Heim angegliedert ist. Die Notrufsysteme werden in 51 % der Institutionen auf Wunsch der Bewohnenden durch Kontrollbesuche und aktives Überprüfen eines Lebenszeichens ergänzt.

2.2.2 Leistungen zur Entlastung

Die zweite Gruppe an Unterstützungsleistungen betrifft die Entlastung der Bewohnerinnen und Bewohner und der Angehörigen in Alltagsaktivitäten. Einzelne Aktivitäten werden ganz oder teilweise abgegeben, weil sie für die Bewohner und Bewohnerinnen selbst oder deren Angehörige zu anstrengend sind. Am häufigsten handelt es sich um drei Tätigkeiten im Bereich der Haushilfe: die Wäsche waschen (50 % der Institutionen), die Reinigung der Wohnung (51 % der Institutionen) und Leistungen der Gastronomie, Einkaufen, Mahlzeitendienst oder die Mahlzeit im vor Ort vorhandenen Restaurant (64 % der Institutionen).

2.2.3 Leistungen der Pflege und Betreuung

In der dritten Kategorie, Leistungen einer pflegerischen Grundversorgung mit Pflege und Betreuung, zeigen sich grosse Unterschiede in Umfang und Qualität.
In den meisten kantonalen Reglementen wird Pflege/Betreuung explizit als mögliche Leistung erwähnt. In 23 Kantonen und in 58 % der Institutionen werden diese Leistungen angeboten[12].
Es existieren Vorschriften, wenn die Spitex oder Heime diese Aufgaben in Alterswohnungen übernehmen. So brauchen im Kanton Thurgau jene Heime, die in Alterswohnungen Pflege- und Betreuungsaufgaben übernehmen, eine Spitex-Bewilligung und im Kanton St. Gallen ist eine Kooperation mit der Spitex oder einem Pflegeheim Vorschrift.
Die Beschreibung der Unterstützungsleistungen in der Kategorie Pflege/Betreuung bleibt meistens auf die Begriffe beschränkt und wird nicht weiter ausgeführt. In der internationalen Literatur finden sich gesetzliche Grundlagen, welche Unterstützungsleistungen Betreutes Wohnen in speziellen Situationen z.B. zur Alltagsgestaltung im Zusammenhang mit Demenz, zur Palliativpflege, zum Umgang mit Depression oder bei schwerer Herzinsuffizienz anzubieten hat[23,33]. Diese spezialisierten Unterstützungsangebote, die einen Umzug in eine stationäre Pflegeinstitution verhindern sollen, gehören in der Schweiz nur in einem beschränkten Mass zum Angebot. Pflege und Betreuung werden nicht definiert und nur in einzelnen Fällen, wie etwa im Kanton Wallis, werden Zielsetzungen von

Unterstützungsleistungen, wie zum Beispiel die Verhinderung von Isolation oder die Unterstützung der Autonomie, konkret benannt[18].

2.2.4 Leistungen zur Aktivierung

Leistungen im Bereich Aktivitäten und Veranstaltungen erschienen prominent im Werbematerial für Betreutes Wohnen. Eine breite Palette von Angeboten steht dafür zur Verfügung. In 21 Kantonen und in 68 % der Institutionen nehmen „Aktivitäten und Veranstaltungen" einen Spitzenplatz unter den angebotenen Unterstützungsleistungen ein.
Zu Veranstaltungen, Ausflügen oder Treffen in den Gemeinschaftsräumen werden oft auch Bewohnende der Umgebung eingeladen. Aktivitäten, die eine aktive Teilnahme am sozialen Leben ermöglichen, werden als Massnahme gegen Einsamkeit und soziale Isolation eingesetzt[19,20,34].
Leistungen in dieser Kategorie sind häufig in den Wohnungsmieten oder den erhobenen Pauschalen inkludiert.

2.3 Nutzerinnen und Nutzer des Betreuten Wohnens

Trotz der emotionalen Hürde, die eigene Wohnung zu verlassen und in eine Institution des Betreuten Wohnens umzuziehen, konnte zwischen 2003 und 2013 ein Anstieg der Bereitschaft dazu bei alten Menschen beobachtet werden[21]. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen waren 40 % der Personen grundsätzlich dazu bereit. Diese Zustimmung hing in hohem Masse von gesundheitlichen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten ab.

Heute können laut Köppel[35] trotz grosser Heterogenität zwei Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern (Gruppe A und B) unterschieden werden. Bei Personen der Gruppe A handelt es sich um Personen im dritten Lebensalter, häufig Paare, die weder auf ein Notrufsystem noch dringend auf andere Unterstützung angewiesen sind. Oft wird in dieser Gruppe durch bauliche Gegebenheiten der Verbleib in der angestammten Wohnung für die betroffene Person oder deren Partner respektive Partnerin erschwert und darum Betreutes Wohnen als Alternative gewählt. Personen der Gruppe B hingegen leben oft alleine und sind häufig über 80 Jahre alt. Sie benötigen Unterstützung im Bereich Pflege und Hilfe zu Hause ([2]). Die Verweildauer dieser Bewohnenden im Betreuten Wohnen ist verglichen mit der Gruppe A wesentlich kürzer.
Eine Unterteilung in zwei Gruppen macht Sinn, da die formalen und informellen Unterstützungsleistungen im vierten Lebensalter (Gruppe B) zunehmen, während sie im dritten Lebensalter (Gruppe A) gleichbleibend sind und v.a. Aktivierung und soziales Engagement betreffen[36].

2.4 Ziele der Bewohnenden und Erwartungen an das Betreute Wohnen

Einige Studien aus dem Ausland untersuchten die Wünsche und Erwartungen an das Betreute Wohnen von älteren Menschen und beeinflussende Faktoren. Eine schweizerische Studie konnte dazu nicht gefunden werden. Die Zielsetzungen von Menschen im Betreuten Wohnen sind, im angestammten Umfeld alt zu werden, nicht (nochmals) umziehen zu müssen, im Betreuten Wohnen bis zum Tod leben zu können[23,37,38]. Jeder Umzug, ob ins Betreute Wohnen oder in eine Pflegeinstitution stellt hohe Anforderungen an die Person und ihre Fähigkeiten zur Neugestaltung

[2] Der Begriff „Pflege und Hilfe zu Hause" wird hier stellvertretend für Unterstützungsleistungen verwendet, die von verschiedenen Berufsgruppen im Bereich der medizinisch-pflegerischen Leistungen, der Haushalthilfe oder sozialbetreuerischer Aufgaben übernommen werden.

des Alltags. Es wird beschrieben, dass der Schritt von den Institutionen deshalb mit der nötigen Sorgfalt geplant wird und dass spezielle Regelungen für einen einfacheren Übertritt von Personen aus dem Betreuten Wohnen in ein Pflegeheim existieren sollten[34,39].
Studien aus Deutschland verglichen die Erwartungen vor dem Einzug ins Betreute Wohnen mit den Erfahrungen nach drei Jahren[35]. Die Beurteilung, Unterstützung in gesundheitlichen Belangen zu erhalten, viel negativ aus. Nach drei Jahren erwarteten weniger als die Hälfte Pflege und Hilfe im Alltag rund um die Uhr. Nur noch die Hälfte der Befragten äusserte die Erwartung, im Betreuten Wohnen bis zum Tod gepflegt und versorgt zu werden, und rund 60 % erwarteten noch, dass bei Desorientierung und Verwirrtheit für sie gesorgt werde. Die Personen waren jedoch überzeugt, dass durch ihre Wohnsituation ein Heimeintritt zumindest herausgeschoben werden kann.

2.5 Limitierung des Betreuten Wohnens

Betreutes Wohnen eignet sich nicht für alle Personen. Je nach Anbieter werden Unterstützungsleistungen limitiert und damit auch die Zielgruppe eingeschränkt. In Situationen, in denen Personen z.B. längerfristig mehrmals täglich Leistungen benötigen, unter Inkontinenz leiden, verwirrt sind, sozial auffälliges Verhalten zeigen oder einen Bedarf an Pflegeleistungen in der Nacht haben, kann Betreutes Wohnen an seine Grenzen stossen[34,35,39–41]. Vor allem wenn die Unterstützungen im Bereich der Pflege auf die KVG-pflichtigen Anteile reduziert werden und nicht auf die gesundheitliche Vulnerabilität umfassend reagieren können, greifen die Angebote des Betreuen Wohnens zu kurz.

2.6 Zusammenfassung

Die Literatur bietet eine erste Übersicht über das heute vorhandene Angebot und eine Sammlung von Merkmalen der verschiedenen Institutionen. Diese Merkmale beschreiben einerseits die Anforderungen an den Wohnraum von Alterswohnungen und andererseits das Angebot an Unterstützungsleistungen.

Die Merkmale der Wohnungen unterscheiden sich wenig und sind innerhalb einer Preisklasse vergleichbar. Bei den Unterstützungsleistungen hingegen erschweren das Angebot, Umfang und Qualität einen Vergleich. So reicht das Angebot von 0–9 Leistungen. Der Umfang dieser Leistungen variiert zwischen 10 Minuten/Tag bis zur 24h-Bereitschaft und die Qualität bietet einen Telefondienst bis hin zum persönlichen Kontakt mit einer qualifizierten Fachperson.

Der Begriff des Betreuten Wohnens wird für unterschiedliche Unterstützungsleistungen verwendet. Er dient als Sammelbegriff, um sogenannt „nichtpflegerische“ Leistungen darzustellen. Die Trennung zwischen Pflege und Betreuung erlaubt die Darstellung von Finanzierungsmechanismen im heutigen System. In der Praxis wird diese Trennung aber weder der Pflege gerecht, wie sie der Bundesrat definiert, noch können betreuerische Aufgaben in eine klienten-orientierte Versorgung integriert werden[42].

Die fehlende Präzisierung der Leistungen ist für Betreutes Wohnen problematisch. Sie lässt kaum konkrete Rückschlüsse auf die Eintrittsbedingungen, die Gestaltung der Serviceleistungen oder die Grenzen des Angebots zu.

In der Zielpopulation von Betreutem Wohnen kann nebst dem Angebot für Menschen mit lebensbegleitender Behinderung zwischen einer jüngeren Gruppe, meist im Alter zwischen 65 und 80

Jahre, die eine beschränkte Palette von Unterstützungsleistungen beansprucht, und einer älteren Gruppe, vorwiegend im Alter über 80 Jahre, alleinstehend, mit einem über Zeit zunehmenden Unterstützungsbedarf, unterschieden werden. An welche Personengruppe sich das Angebot Betreutes Wohnen wenden soll, wird unterschiedlich eingeschätzt und beeinflusst die Definition des Begriffs.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die Bereitschaft, in ein Betreutes Wohnen umzuziehen, mit zunehmendem Unterstützungsbedarf steigt. Bewohnende und ihre Angehörigen profitieren von mehr Sicherheit, einer Entlastung in Alltagshandlungen, Pflege und Hilfe zu Hause und einem Angebot an Aktivitäten, welches soziale Kontakte ermöglicht. Betreutes Wohnen bietet Unterstützung an, die auch von den anderen Bereichen der Langzeitpflege, der Spitex Schweiz, den Pflegeheimen oder der Pro Senectute Schweiz angeboten wird.

Betreutes Wohnen ist, der internationalen Definition entsprechend, eine klienten-zentrierte Unterstützung im Bereich der Alltagsaktivitäten, welche auch einen nicht geplanten Bedarf abdecken kann[24]. Nicht alle Anbieter von Unterstützungsleistungen erfüllen diese Ansprüche. Dies zeigt sich in der personellen Ausstattung, die sehr variiert. In 61 % der Institutionen stehen keine Ansprechpersonen rund um die Uhr zur Verfügung. Die notwendige Einschätzung der Lebens- und Gesundheitssituation oder der Einsatz einer fallführenden Fachperson wird nur selten oder nur im Zusammenhang mit der Finanzierung erwähnt[39,43].

Das beschriebene Wohn- und Unterstützungsmodell des Betreuten Wohnens ist nicht für alle Personen konzipiert. Die Literatur benennt verschiedene chronische Krankheiten, bei welchen die Unterstützungsleistungen nicht bedarfsgerecht erbracht werden können, weil sie bauliche Gegebenheiten, einen bestimmten zeitlichen Umfang oder die Qualifikation des Personals übersteigen. Die im vierten Lebensalter hohe Vulnerabilität im Bereich der Gesundheit macht deshalb immer wieder Übertritte in den Heimbereich notwendig. Dies entspricht nicht dem Wunsch der Bewohnenden, welche die Sicherheit in Notfallsituationen, Autonomie und Selbstständigkeit, soziale Nähe und die Vermeidung eines Umzugs in ein Pflegeheim als wichtigste Gründe für einen Wechsel in Betreutes Wohnen bezeichnen.

3 Thesen zum Betreuten Wohnen

In der internationalen Literatur werden verschiedene Arten von Betreutem Wohnen unterschieden. Diese Typisierung erfolgt aufgrund der Population, die Betreutes Wohnen nutzt; angesichts theoretischer Überlegungen über Zweck und Ziele; hinsichtlich der Unterstützungsprozesse und der vorhandenen Strukturen[24]. Im Rahmen dieses Projekts wurden 26 Fachpersonen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen aus der Schweiz zu einem Workshop eingeladen, um sich über diese Merkmale von Betreutem Wohnen auszutauschen und entsprechende Thesen zu formulieren. In Anlehnung an den Delphi-Prozess[17] wurden diese Thesen ein erstes Mal auf ihre Akzeptanz bewertet, anschliessend inhaltlich durch weitere Thesen erweitert und in einer zweiten Online-Befragung erneut beurteilt.
Zweiundzwanzig Thesen wurden letztlich bei einer Zustimmung von mindestens 70 % als wichtige Merkmale für Betreutes Wohnen angenommen (Anhang 1: 22 Thesen zu Betreutem Wohnen). Sie wurden entsprechend ihren Inhalten den vier Bereichen Zielpopulation, theoretische Überlegungen (Zweck, Ziel), Unterstützungsleistungen und Struktur (Organisation/Qualität) zugeordnet (Tabelle 1: Theseninhalte).

Tabelle 1: Theseninhalt (geordnet nach Bereich)

Bereich	***Thema***
Population	Bedarf wird durch Vulnerabilität und Fragilität definiert
	Keine Kriterien bezogen auf das Alter
	Keine Limitierung durch Einkommen oder Vermögen
Zweck und Ziel	Förderung der Wohnfähigkeit in 3 Bereichen Physisches Wohnen Persönliches Wohnen Soziales Wohnen
	Gelingender Alltag (Routine)
	• Sicherheit
	• Würde
	• Autonomie
	• Soziale Partizipation
Unterstützungsleistungen	substituierend und entlastend präventiv durch Erhalten und Fördern der Self-Care-Fähigkeiten
	berücksichtigen Ressourcen
	sind bedarfsgerecht bezogen auf Gesundheit, Alltagsgestaltung (ADL, IADL) ([3]) und soziale Partizipation
	sind geplant
	verhandelt basierend auf Beziehungsgestaltung
	berücksichtigen Bedürfnis und Bedarf
Strukturen	sind Teil der Langzeitpflege
	gestalten flexible Übergänge
	verlangen Kontinuität in der Finanzierung
Qualität	ist multiprofessionell
	basiert auf fachlicher Kompetenz und zeitlicher Verfügbarkeit
	evaluiert die Qualität von Handlungen und die Effekte auf den Alltag und die Lebensqualität

3.1 Population

Das Angebot von Betreutem Wohnen soll allen Personen unabhängig vom Alter und den finanziellen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Als Eintrittskriterium wurde in den Diskussionen der Unterstützungsbedarf priorisiert. Vulnerablen ([4]) Personen mit hoher gesundheitlicher Fragilität soll der Zugang zu Betreutem Wohnen ermöglicht werden (Zustimmung > 80 %). Eine Limitierung des Zugangs aufgrund nicht vorhandener finanzieller Ressourcen, aber auch aufgrund von Vermögen soll vermieden werden. Bei fehlenden Ressourcen muss eine Finanzierung sichergestellt sein. Die Finanzierung von Betreutem Wohnen wird in diesem Sinne als Service Public verstanden. Diese finanzielle Garantie verhindert, dass Personen sich für einen Heimeintritt entscheiden (müssen), weil Betreutes Wohnen ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigt.

[3] ADL = Activities of Daily Living (Alltagsaktivitäten) / IADL = Instrumental Activities of Daily Living (instrumentelle Alltagsaktivitäten).

[4] **Vulnerabilität** bezeichnet die Verletzbarkeit durch einen Mangel an finanziellen, kulturellen, sozialen und gesundheitlichen Ressourcen[44].

3.2 Zweck und Ziele des Betreuten Wohnens

Die Vulnerabilität, die Fähigkeiten der Menschen und ihres Umfeldes, für sich selbst zu sorgen (Self-Care-Fähigkeiten[5]), und die Lebensziele müssen in die Planung der Unterstützungsleistungen einbezogen werden (These 3, Zustimmung 76 %). Dem Wunsch nach sozialer Teilhabe muss entsprochen werden (These 4, Zustimmung 82 %).

Die Fachpersonen sprachen sich dafür aus, dass Angebote im Bereich des physischen Wohnens (Zweckmässigkeit der Räume und Einrichtungen, die eine Routine in Alltagshandlungen erlauben) mit Überlegungen zum persönlichen Wohnen (biographische Kontinuität, Sicherheit, Kontrolle) und zum sozialen Wohnen (Darstellung der eigenen Identität, soziale Kontakte, aber auch Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten) kombiniert werden müssen (These 13, Zustimmung 79 %, These 29, 100 %). In der Diskussion erhielt Wohnen in diesem Sinne eine lebensweltliche Bedeutung. Wohnen erzeugt Alltag, in dem Erfahrungen gemacht werden können, und Wissen sowie Routine entstehen[45]. Wenn es Menschen gelingt, den Alltag aktiv und sinnvoll zu gestalten, kann von einem „gelingenden Alltag“ gesprochen werden. Ziel des Betreuten Wohnens muss sein, mit Unterstützungsleistungen diesen gelingenden Alltag für die Bewohnenden zu ermöglichen (These 26, Zustimmung 100 %). Die dafür benötigten Self-Care-Fähigkeiten sollen erhalten und gefördert werden (These 14, Zustimmung 93 %).

Unterstützungsleistungen sollen so ausgerichtet werden, dass sie Sicherheit bieten sowie ein Angebot zur sozialen Partizipation enthalten (These 4, Zustimmung 82 %). Würde und Autonomie der Bewohnenden sollen durch eine bewohnenden-orientierte Ausführung der Unterstützungsleistungen geschützt und erhalten bleiben (These 16, Zustimmung 81 %). Diese Thesen fassten die laut der Literatur wichtigsten Ziele von Bewohnenden des Betreuten Wohnens zusammen und erhielten alle mit über 80 % eine hohe Zustimmung.

3.3 Unterstützungsleistungen

Zwei Arten von Unterstützungsleistungen wurden diskutiert: 1) Leistungen, die substituierend sind (Alltagshandlungen werden bei Anfrage/Bedarf stellvertretend für die Person ausgeführt) oder 2) Leistungen, die einen präventiven Charakter haben (der Fokus liegt auf dem Erhalt und/oder der Wiederherstellung von Self-Care-Fähigkeiten). Beide Leistungsarten können je nach persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten des Bewohnenden kombiniert oder einzeln genutzt werden.

Bedarfsgerechte Leistungen bezogen auf Gesundheit, Alltagsgestaltung und soziale Partizipation werden in einen lebensweltlichen Kontext gestellt. Die Unterstützungsleistungen werden bedarfsgerecht angeboten und berücksichtigen die Gesundheit, die Alltagsgestaltung (ADL, IADL) und die soziale Partizipation (Thesen 18, 19, 20, Zustimmung 81–94 %). Gleich mehrere Thesen bestätigen die Notwendigkeit eines systematischen, professionellen Abklärungs- und Planungsprozesses (These 21, Zustimmung 87 %).

Unterstützt wird, dass die Zielsetzungen und Handlungen zwischen den beteiligten Personen verhandelt werden. Die Beziehungsgestaltung wird als wichtige Grundlage gesehen, um zu

[5] Der Begriff **„Self-Care“** wird in diesem Bericht in seiner englischen Version als Sammelbegriff verwendet. Er soll als übergeordneter Begriff die in der Literatur und in den Diskussionen z.T. berufsspezifisch verwendeten Begriffe wie Selbstpflege, Selbsthilfe, Selbstmanagement repräsentieren und damit auch Ausdruck einer Sprache integrierter Versorgung sein.

verhandelten Leistungen zu kommen (These 10 mit 74 % Zustimmung). Bedürfnisse und Bedarf müssen in eine gemeinsame Planung der Unterstützungshandlungen einfliessen und sichtbar gemacht werden. Die durch Finanzierungssysteme genutzte Trennung zwischen dem Bedürfnis (Sicht der Bewohnenden) und dem Bedarf (Sicht aus professioneller Einschätzung der Situation [Bedarf]), wurde als Dilemma, aber gleichzeitig als finanztechnisch notwendig eingeschätzt und deshalb kontrovers diskutiert.

3.4 Strukturen

Betreutes Wohnen soll als integraler/intermediärer Teil der Langzeitversorgung als Service Public zur Verfügung gestellt werden (These 15, Zustimmung 94 %). Die Einbindung des Betreuten Wohnens als intermediärer Teil der Langzeitversorgung verlangt nach der Gestaltung der Übergänge zwischen den verschiedenen Unterstützungsanbietern im ambulanten und stationären Bereich (These 15, Zustimmung 94 %). Flexible Lösungen sind wünschenswert, wenn sich der Unterstützungsbedarf bei Personen verändert und eine neue Unterstützungsform notwendig wird. Die Flexibilität soll bei der Gestaltung des Finanzierungssystems berücksichtigt werden (These 8, Zustimmung 71 %).

3.5 Qualität

Die Unterstützung der Wohnfähigkeit wird von vielen Professionen unterstützt. In einem multiprofessionellen Team verlangt dies nach einer flexiblen Gestaltung der Rollen und einer guten Kooperation und Koordination für die Betreuten und ihre Angehörigen (Thesen 22,23, Zustimmung 86 % und 79 %). Anbieter von Unterstützungsleistungen sollen mittels zweier Qualitätskriterien unterschieden werden können: 1) der fachlich-beruflichen Kompetenz der Mitarbeitenden und 2) des zeitlichen Umfangs der angebotenen Unterstützungsleistungen (These 25, Zustimmung 94 %). Während beim ersten Qualitätskriterium nachgefragt wird, ob die Fachperson Veränderungen und Situationen neu einschätzen und entsprechend, auch vorausschauend handeln kann, wird beim zweiten Kriterium nach der zeitlichen Verfügbarkeit der Leistungen, z.B. nur Bürozeiten, wenige Stunden oder 24-h-Bereitschaft, unterschieden.

Eine sehr hohe Zustimmung erhielten die Thesen, dass Unterstützungsleistungen auf ihre Qualität überprüft werden sollen. Beurteilt werden soll, ob Handlungen in einer bestimmten Qualität durchgeführt werden (These 24, Zustimmung 93 %), und ob sie einen Effekt auf den gelingenden Alltag und die Lebensqualität der Bewohnenden haben (These 26, Zustimmung 100 %).

4 Ein klienten-zentriertes Modell von Betreutem Wohnen

Basierend auf der Diskussion in der Arbeitsgruppe und der Delphi-Befragung wurde eine erste Definition für Betreutes Wohnen mit hoher Zustimmung der Beteiligten erarbeitet.
Diese Definition berücksichtigt drei in der Literatur beschriebene Aspekte des Wohnens: 1) Das physische Wohnen, die Zweckmässigkeit der Räume und Einrichtungen, die eine Routine in Alltagshandlungen erlauben; 2) das persönliche Wohnen, welche biographische Kontinuität, Sicherheit und Kontrolle ermöglicht; 3) das soziale Wohnen, welches die Darstellung der eigenen Identität, soziale Kontakte, aber auch Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten schafft, und dadurch Autonomie und Selbstständigkeit ermöglicht[46,47].
Der Einbezug dieser Aspekte setzt die Bedürfnisse der Menschen, die heute diese Leistungen beziehen, in den Vordergrund.

Bei der Entwicklung des nachfolgenden Modells standen die Fragen im Zentrum, welche Menschen in welchen Situationen mit welchem Ziel durch Betreutes Wohnen unterstützt werden.

4.1 Vulnerabilität und Self-Care-Fähigkeit

Wie die Literaturreview und die Aussagen der Fachleute zeigten, wird der Alltag im Übergang vom dritten ins vierte Lebensalter sehr stark durch Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit bestimmt. Eine erhöhte Vulnerabilität wird sichtbar und als Bedrohung empfunden[48]. Gleichzeitig können Self-Care-Fähigkeiten abnehmen. Beides zusammen fördert den Entscheid zum Umzug ins Betreute Wohnen.

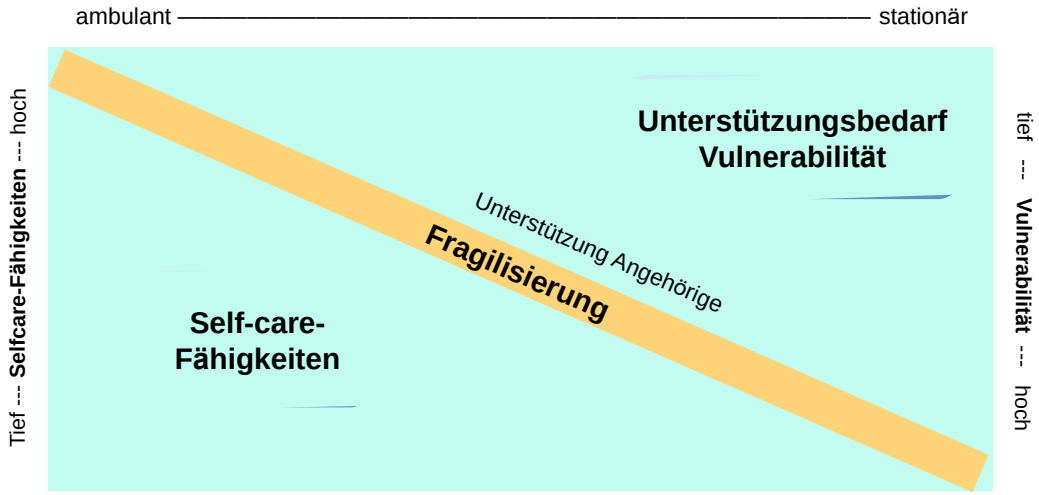
Vulnerabilität hat mehrere Dimensionen. Sie beinhaltet neben der gesundheitlichen Situation (körperliches Kapital) die finanziellen Möglichkeiten einer Person (ökonomisches Kapital), ihre Bildung (kulturelles Kapital) und die Beziehungen/die soziale Integration (soziales Kapital). Es handelt sich um Faktoren, die sich gegenseitig stark beeinflussen, sich aufheben oder auch verstärken können[44,49]. So sind vulnerable Menschen z.B. nicht nur in ihrer Mobilität eingeschränkt. Es fehlt ihnen vielleicht zusätzlich an Geld, sie leben bedingt durch das Wohnquartier isoliert und haben mit Verständnisschwierigkeiten zu kämpfen, wenn ihnen Therapiemöglichkeiten erklärt oder Behördenformulare vorgelegt werden. Kommen dann weitere körperliche Einschränkungen wie z.B. Sehprobleme oder psychische Schwierigkeiten dazu, behindert die Kombination aller Vulnerabilitätsfaktoren die Alltagsroutinen so stark, dass sie nicht mehr selbstständig erledigt werden können. Unterstützung wird notwendig, damit das normale Leben, der Alltag wieder gelingen kann.
Besteht in dieser Situation eine Diskrepanz zwischen Unterstützungsbedarf und angebotener Hilfe, entsteht ein Gefühl der Verletzlichkeit, das als „emic vulnerability“ bezeichnet wird[50].

Self-Care-Fähigkeiten beeinflussen, wie mit Veränderungen im Alltag umgegangen werden kann. Ein Zusammenspiel von Gesundheit, persönlichen Fähigkeiten und beeinflussenden Umweltfaktoren wurde bereits in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts unter dem Begriff Self-Care und Self-Care-Capacity verwendet[51,52]. Es besteht ein Zusammenhang zwischen den individuellen Fähigkeiten und Ressourcen, die für Alltagshandlungen notwendig sind, und den Umweltbedingungen, in denen dieser Alltag stattfindet[53]. Die WHO beschreibt die Fähigkeiten, die es braucht, um den Alltag gelingend zu gestalten, die physischen und psychischen Fähigkeiten eines Individuums als „intrinsic capacity“ und die Umweltbedingungen als externe Einflussfaktoren, als „extrinsic capacity“[54].

Dieser Zusammenhang wird in der Grafik schematisch dargestellt. Bei im Alter abnehmenden Self-Care-Fähigkeiten oder einer Zunahme der Aufgaben entsteht eine Diskrepanz zwischen Fähigkeiten und Anforderungen. Der Bereich der Vulnerabilität und damit der Unterstützungsbedarf wird grösser und von informellen Unterstützungssystemen oder durch professionelle Hilfe kompensiert (Abbildung 1).

Self-Care beinhaltet sämtliche Handlungen, die Menschen initiieren oder ausführen, um einen sinnvollen, gelingenden Alltag für sich und das soziale Umfeld zu gestalten. Dies mit dem Ziel, gesund zu bleiben, sich persönlich weiterzuentwickeln und ein Leben mit guter Lebensqualität zu führen[55].

Abbildung 1: Self-Care-Fähigkeiten und Vulnerabilität



Self-Care und Vulnerabilität
Die Grafik stellt schematisch die Fragilisierung, die alters- oder krankheits-bedingte Abnahme der Self-Care-Fähigkeiten dar. Gleichzeitig steigt die Vulnerabilität und der Unterstützungsbedarf. Diese Veränderungen werden stark durch einen lebensweltlichen Kontext beeinflusst. Der Entscheid, ob ambulante, stationäre Unterstützungsleistungen oder betreutes Wohnen sinnvoll ist berücksichtigt deshalb den Unterstützungsbedarf, die vorhandenen Ressourcen (Self-Care-Fähigkeiten, informelle Pflege) und Umgebungsbedingungen.

Heute wird der Begriff „Self-Care“ zunehmend mit dem Konzept „Empowerment“ verbunden[56]. Damit wird Self-Care mit der Befähigung der Menschen kombiniert, Veränderungen durch persönliches Verhalten zu gestalten und direkt Einfluss auf soziale Situationen und Organisationen nehmen zu können[57]. Self-Care geht über die persönliche Ebene hinaus und schliesst das soziale Umfeld ein[58].
In der deutschen Übersetzung des Begriffes kommen verschiedene Begriffe, teils auch unterteilt nach Berufsgruppen, zur Anwendung. Während die Pflegeberufe für Self-Care den Begriff Selbstpflege-Fähigkeiten oder Selbstmanagement verwenden, spricht die Soziale Arbeit auch von Selbsthilfe und meint damit sowohl individuelle Selbsthilfe als auch Tätigkeit von Selbsthilfegruppen[59].
Unterstützungsleistungen basierend auf den Konzepten Self-Care und Empowerment zielen darauf ab, das Gefühl der Sicherheit, Zugehörigkeit und Kontinuität zu erfahren. Es sollen eigene Lebensziele verwirklicht und Erfolg erfahren werden können[60,61]. Diese soziale Gestaltungsmöglichkeit bildet eine zentrale Grundlage, um drei wichtige Ziele der Bewohnenden, Selbstständigkeit, Würde und Autonomie, sicherzustellen[38,60,62,63].
Das Konzept der Vulnerabilität und der Self-Care-Fähigkeiten eignen sich, im Modell von Betreutem Wohnen den Unterstützungsbedarf und seine Ursachen zu eruieren und mit dem Alltag zu verbinden.

4.2 Unterstützungshandlungen zwischen Entlastung und Prävention

Die Unterstützungsleistungen können nach dem Ziel der Handlung und nach der Art und Weise der Durchführung unterschieden werden. Aufgrund dieser Kriterien lassen sich Unterstützungshandlungen auf einem Kontinuum zwischen den Polen „Entlastung“ und „Prävention/Förderung“ darstellen. Verschiedene Arten werden in der Praxis kombiniert und ergänzen sich zu einem Angebot.

4.2.1 Entlastung

Auf der einen Seite dieses Kontinuums dienen Unterstützungsleistungen dazu, Belastungen im Alltag zu reduzieren. In der Literatur werden Begriffe benutzt wie „Entlastung“[19,39,64], „Entlastungsangebote“[6,12], „Entlastungsleistungen“[65] oder „Entlastungspflege“[66]. Oft betreffen diese Leistungen hauswirtschaftliche Aufgaben, wie Wäsche waschen, Reinigungsarbeiten, Einkaufen und Kochen, oder Unterstützung bei finanziellen/administrativen Aufgaben. Diese Entlastung wird der Bewohnerin bzw. dem Bewohner oder dem unterstützenden familialen System angeboten. In vielen Fällen wird damit das informelle Unterstützungssystem der Angehörigen entlastet.

Entlastende Unterstützung konzentriert sich stark auf Handlungen, die Schwierigkeiten oder ein Defizit bei den Bewohnenden oder ihrem sozialen System auffangen. Handlungen werden stellvertretend durch Dritte ausgeführt. Das Ziel der Entlastung ist erreicht, wenn Professionelle oder Freiwillige die Handlung nach Auftrag substituierend übernehmen. Auch im Bereich sozialer Teilhabe, dem grössten Bereich angebotener Handlungen des Betreuten Wohnens, schafft ein regelmässiges Angebot an Veranstaltungen substituierend die Möglichkeit sozialer Kontakte. Diese umfasst Aktivitäten innerhalb des Betreuten Wohnens, Quartieranlässe und öffentliche Veranstaltungen mit anderen Organisationen. Eine Teilnahme hängt alleine von der Initiative der Bewohnenden ab.

Bei entlastenden Unterstützungsangeboten werden die Bewohnerin oder der Bewohner als Kunden gesehen, die selbstbestimmt ihre Bedürfnisse und ihren Bedarf anmelden und entsprechend Aufträge erteilen oder Angebote nutzen. Unabhängigkeit ist das oberste Prinzip und wird mit Autonomie gleichgesetzt. Betreutes Wohnen richtet sich in dieser Situation an einen Markt. Personen im Betreuten Wohnen haben die Möglichkeit, Dienstleistungen zu konsumieren. Der Umfang der Unterstützung wird entsprechend dem Angebot von den Kunden bestellt, ihnen geliefert und ist lediglich durch finanzielle Ressourcen limitiert.

4.2.2 Prävention/Förderung

Präventive/fördernde Unterstützungsleistungen werden komplexer durch das Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren der Vulnerabilität. Im vierten Lebensalter sind es v.a. gesundheitliche Einschränkungen, wie z.B. des Hörens und Sehens, der Mobilität, zunehmende Vergesslichkeit, Depression, oder auch Inkontinenz, die einen grossen Einfluss auf den Alltag haben. Damit verändert sich die Art der Unterstützungsleistungen. Sie greifen vermehrt auch in Bereiche ein, die die Identität und das Gefühl der Autonomie der Bewohnenden tangieren. Diesem Umstand Rechnung zu tragen bedeutet, präventive Massnahmen auf die Lebenswelt der Bewohnenden zu fokussieren. In der Literatur wird denn auch gefordert, dass Unterstützungsmassnahmen mit präventiven Zielsetzungen kombiniert werden müssen[5,6,13,67].

In vielen Publikationen zur Prävention bleibt die präventive Ausrichtung auf die Vermeidung medizinischer Risiken beschränkt. Im Betreuten Wohnen muss Prävention aber breiter definiert werden. Sie muss sich zum Beispiel auch auf soziale Teilhabe beziehen. So leiden in der Schweiz 7–8 % der über 80-Jährigen häufig und 25 % manchmal unter Einsamkeit[68]. Soziale Teilhabe und Nähe sind zentrale Bedürfnisse der Menschen[69]. Einsamkeit ist nicht nur ein Zeichen sozialer Vulnerabilität. Forschung bestätigt die enge gegenseitige Wechselwirkung zwischen Gesundheit und sozialer Integration[70–74]; d.h., gesundheitliche Einschränkungen reduzieren die Möglichkeit für soziale Kontakte, Isolation und Einsamkeit beeinflussen andererseits das Auftreten und den Verlauf von Krankheiten. Vor allem im dritten und vierten Alter gehört soziale Integration nicht unerwartet zu

den vier wichtigsten Zielen von Bewohnerinnen und Bewohnern. Unterstützungsleistungen können im Sinne der Prävention verstanden werden – als Massnahme zum Erhalt oder Ausbau der Self-Care-Fähigkeiten und damit zur Sicherung von Alltagsroutine. Dies verlangt nach einem integrierten Verständnis von Versorgung, welches eine Teilung in Pflege, Betreuung und Haushilfe nicht zulässt[6,27,75].

Bei präventiven Unterstützungsangeboten werden die Bewohnerin oder der Bewohner als Klienten angesehen, die in verhandelter Autonomie Bedürfnis und Bedarf mit den Fachpersonen abstimmen. In diesem Verhandlungsprozess werden Handlungen so festgelegt, dass Selbstständigkeit und Autonomie möglichst erhalten, gefördert oder wiederhergestellt werden. Dafür werden die Möglichkeiten der Institution, die individuellen Bedürfnisse der Bewohnenden und das Ziel der verbesserten Self-Care-Fähigkeiten aufeinander abgestimmt[76]. Das Festlegen der Unterstützungsleistungen erfolgt in einer beratenden persönlichen Begegnung.

Basis dieses Verhandlungsprozesses bildet eine Beziehung zwischen den involvierten Personen. Diese Beziehung erlaubt es, dass Ziele der Leistungen wie auch die Art und Weise ihrer Ausführung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern festgelegt werden[77–79]. Beziehungen zu leben und soziale Integration sind zentrale Bedürfnisse der Menschen[69] und unverzichtbare Voraussetzung für eine effiziente und effektive Unterstützungsleistung[80,81].

5 Betreutes Wohnen: Ein Modell mit vier Stufen

Die Merkmale entsprechen internationalen Empfehlungen[82]. Die Versorgung liegt in der Schweiz jedoch in der Verantwortung der Kantone und Gemeinden. Unterschiedliche Schwerpunkte im stationären und ambulanten Bereich führen deshalb zu heterogenen Versorgungsstrukturen. Es gestaltete sich schwierig, ein einziges, für alle passendes Modell für Betreutes Wohnen vorzuschlagen. Ausdruck fand dies auch in den zum Teil langwierigen und kontrovers geführten Diskussionen in der Arbeitsgruppe.

Ein Modell wird vorgeschlagen, das die bestehenden Versorgungsstrukturen, die unterschiedlichen demographischen Entwicklungen und die finanziellen Ressourcen der verschiedenen Kantone berücksichtigt.
Betreutes Wohnen soll sich als Bereich der Langzeitpflege in bestehende Strukturen und politische Realitäten einpassen und den Wunsch nach besseren Nahtstellen erfüllen. Durch Koordination kann eine sinnvolle Versorgungsstruktur entstehen. Dafür müssen die verschiedenen Dienstleister nicht künstlich getrennt sein, ihre Angebote können sich überschneiden, um Übertritte von einer zur anderen Institution zu vereinfachen oder – wo möglich – zu vermeiden. Damit werden nicht nur vorhandene Ressourcen genutzt, sondern garantiert, dass die Durchlässigkeit zwischen Wohnung und Heim in beide Richtungen funktioniert[83].

Im Modell „Betreutes Wohnen“ wird Barrierefreiheit der Wohnung vorausgesetzt. Die Unterscheidung entsteht bei den Unterstützungsleistungen, basierend auf drei Kriterien: 1) den Kontaktmöglichkeiten mit und zeitliche Präsenz von Fachpersonen, das wichtigste Kriterium für Bewohnende[84]; 2) der fachlichen Qualifikation der Leistungserbringer und 3) Planung, Dokumentation und Evaluation der Leistungen.

5.1 Die vier Stufen

Durch die Beschreibung von unterschiedlichen Versorgungsgraden lässt sich Betreutes Wohnen in vier Stufen (A–D) einteilen, wobei Betreutes Wohnen der Kategorie D das kleinste und jenes der Kategorie A das umfangreichste Angebot an Unterstützungsleistungen, Präsenz, Beratung und fachlicher Expertise anbieten (Tabelle 2). Barrierefreies Wohnen ohne ein Angebot an Unterstützungsleistungen wird nicht als Betreutes Wohnen betrachtet und in dieser Kategorisierung deshalb nicht berücksichtigt.

Tabelle 2: Darstellung der Merkmale Betreutes Wohnen A–D

		D	C	B	A
Ziele	gelingender Alltag	X	X	X	X
	Würde, Unterstützung von Autonomie	X	X	X	X
	Möglichkeit zur sozialen Partizipation	X	X	X	X
	Sicherheit	X	X	X	X
Präsenz	telefonisch (Anliegen bearbeiten oder weiterleiten)	X			
	persönlich, Bürozeiten (Anliegen bearbeiten oder weiterleiten)		X		
	24-h-Präsenz einer Fachperson (Anliegen bearbeiten)			X	X
Planung	Bedarfsabklärung ADL/IADL		X	X	X
	Bedarfsabklärung Gesundheit		X	X	X
	Bedarfsabklärung/Ressourcen soziale Netzwerke, Angehörige		X	X	X
	Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringern			X	X
Angebot	Wäsche, Haushalt	X	X	X	X
	finanzielle, administrative Aufgaben (Bank, Behörden etc.)	X	X	X	X
	Unterstützung beim Kochen/Einkauf, Mahlzeitendienst, Restaurant	X	X	X	X
	Essen, Ernährung (inkl. Diät)		X	X	X
	Körperpflege, Sich-kleiden, Mobilisation		X	X	X
	Therapien, präventiv-fördernde Massnahmen		X	X	X
	Sicherheit durch Telefon/Notrufknopf (24-h-Erreichbarkeit)	X	X	X	X
	Sicherheit durch Fachperson externe Dienste (Spitex Schweiz, etc.)	X	X		
	Sicherheit durch Im-Haus-24-h-Präsenz einer Fachperson			X	X
	Sicherheit durch regelmässige Kontrollen			X	X
	Massnahmen gegen soziale Isolation/Einsamkeit	X	X	X	X
	Freizeitanlässe, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben des Wohnorts	X	X	X	X
	spezialisierte Angebote: z.B. bei Demenz, Diabetes, Palliativpflege, psych. Leiden, Sucht				X
Doku und Qualität	Dokumentation: Bedarfsabklärung, Vereinbarung, Leistungen		X	X	X
	Evaluation Zielerreichung Self-Care-Fähigkeiten/gelingender Alltag		X	X	X
	Evaluation Sicherheit	X	X	X	X
	Evaluation Lebensqualität, Würde, Autonomie	X	X	X	X
	Evaluation interprofessionelle Zusammenarbeit			X	X

5.1.1 Kategorie D

Betreutes Wohnen der Kategorie D hat das kleinste Leistungsangebot. Betreutes Wohnen in dieser Kategorie unterstützt Bewohnende in Aktivitäten des täglichen Lebens. Dazu gehören mindestens die Unterstützung bei Haushaltsarbeiten (Reinigung, Wäsche), beim Kochen/Einkaufen oder Hilfe in

Form eines Mahlzeitendienstes/Restaurants. Ebenfalls angeboten wird Unterstützung bei administrativen Aufgaben (Umgang mit Behörden, Versicherungen), Unterstützung in finanziellen Fragen (Zahlungen tätigen, Steuererklärungen ausfüllen) und in Fragen der Lebensgestaltung (Soziale Angebote, Begleitung, Transport).
In dieser Kategorie werden Leistungen als Kundenauftrag erledigt. Die Klientin bzw. der Klient geben die substituierende Erledigung von Alltagsaufgaben in Auftrag. Für die Auftragserteilung steht der Bewohnerin oder dem Bewohner ein telefonischer Kontakt während den Bürozeiten und ein persönlicher Kontakt einer Anlaufstelle (während mind. 3 Stunden pro Woche) zur Verfügung.
Betreutes Wohnen der Kategorie D plant ein Angebot sozialer Kontaktmöglichkeiten im Haus und in der Umgebung (z.B. Begegnungsorte, Seniorentreffen etc.).
Für die Sicherheit steht ein Notfalltelefon oder Notfallknopf mit einer 24-h-Erreichbarkeit zur Verfügung. Mit der Durchführung der Unterstützungsleistungen werden Dritte beauftragt.

5.1.2 Kategorie C

Auch in dieser Kategorie werden Leistungen im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens angeboten. Das Angebot der Kategorie D wird ergänzt durch die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner in der Körperpflege, beim Sich-Kleiden, bei der Mobilisation etc. Auch die Beratung bezüglich Diäten im Rahmen der Ernährung gehört dazu.
Die Unterstützung schliesst Massnahmen der Prävention ein. Das bedeutet, dass Leistungen nicht nur im Rahmen eines Kundenauftrags substituierend bearbeitet werden, sondern bestehende persönliche Ressourcen und unterstützende Strukturen bei der Planung berücksichtigt werden. Diese Unterstützung verlangt eine professionelle Beurteilung der Self-Care-Fähigkeiten und der Vulnerabilität durch eine Fachperson mit einer Ausbildung HF/FH im Sozial- oder Gesundheitsbereich. Der Auftrag wird im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe mit den Bewohnenden ausgehandelt. Einschätzung und Leistungsvereinbarung werden dokumentiert.
Der Kontakt zwischen Bewohnenden und Anbieter wird durch eine Anlaufstelle ermöglicht, welche mindestens zu Bürozeiten einen persönlichen Kontakt garantiert. Anliegen werden von dieser Stelle bearbeitet oder an die entsprechenden Fachpersonen weitergegeben. Auch in dieser Kategorie wird Sicherheit durch ein Notfalltelefon oder einen Notfallknopf mit einer 24-h-Erreichbarkeit unterstützt. Für Notsituationen steht bei Bedarf eine Fachperson innert nützlicher Frist (15–20 Minuten) zur Verfügung.
Betreutes Wohnen der Kategorie C plant, gleich wie jenes der Kategorie D, ein Angebot sozialer Kontaktmöglichkeiten.

5.1.3 Kategorie B

Das Angebot der Kategorie B umfasst das ganze Spektrum pflegerisch-betreuerischer Aufgaben sowie die Unterstützung und Beratung von Personen bei der Durchführung von benötigten Therapien. Der präventive Charakter der Leistungen verlangt eine systematische Beurteilung der vorhandenen Ressourcen der Person (inklusive Angehörige), der Self-Care-Fähigkeiten und der für den Alltag relevanten Gesundheitsfaktoren und -risiken.
Diese Aufgaben verlangen eine 24-h-Präsenz einer Fachperson (Ausbildung HF/FH im Sozial- oder Gesundheitsbereich), welche in der Nacht auch als Pikett-Dienst gestaltet werden kann. In dieser Kategorie wird Sicherheit durch ein Notfalltelefon oder einen Notfallknopf mit einer 24-h-Erreichbarkeit garantiert. Für Notsituationen stehen Fachpersonen vor Ort zur Verfügung. Zusätzlich bietet diese Kategorie bei Bedarf Kontrollen an, um die Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner garantieren zu können.

Der Einsatz der Fachpersonen (Bedarfsabklärung, Vereinbarungen, erbrachte Leistungen) wird dokumentiert. Zusätzlich werden Massnahmen der Unterstützung auf ihren Effekt bezüglich Self-Care-Fähigkeiten und Unterstützung des gelingenden Alltags und Lebensqualität evaluiert.
Betreutes Wohnen der Kategorie B organisiert regelmässige Anlässe, die im Sinne eines Angebots für soziale Partizipation genutzt werden können. Auch dieses Angebot wird als Massnahme der Prävention gegen Isolation und Einsamkeit individuell geplant und evaluiert.
Betreutes Wohnen der Kategorie B beinhaltet zudem eine aktive Teilnahme an Massnahmen, welche die Anbindung an ein lokales System der Langzeitpflege ermöglichen. Dazu gehört die Teilnahme in koordinierenden Strukturen sowie das Zur-Verfügung-Stellen von Daten für Audits und Qualitätskontrollen.

5.1.4 Kategorie A

Betreutes Wohnen der Kategorie A ist dazu konzipiert, Menschen bis ans Lebensende Unterstützung anzubieten. Das Angebot und die Bedingungen der Kategorie A entsprechen deshalb in allen Punkten jenem der Kategorie B. Es wird aber durch pflegerisch-betreuerische Unterstützungsleistungen einzelner speziell ausgebildeter Fachkräfte (Ausbildung Experten-/Masterstufe) ergänzt, um Menschen in komplexen Krankheitssituationen fachkompetent begleiten zu können. Betreutes Wohnen ist deshalb auch für Bewohnerinnen und Bewohner geeignet, die Palliativpflege benötigen, oder einen höheren pflegerischen Versorgungsbedarf aufweisen, z.B. unter Komplikationen bei Diabetes Mellitus, unter Demenz, psychischen Krankheiten oder einer Suchterkrankung leiden.
Betreutes Wohnen der Kategorie A deklariert öffentlich, für welche Spezialaufgaben die Institution sich qualifiziert.
Dieses Angebot verlangt die 24-h-Präsenz einer Fachperson (Ausbildung HF/FH im Sozial- oder Gesundheitsbereich). Sicherheit wird durch einen Notfallknopf/ein Rufsystem mit einer 24-h-Erreichbarkeit garantiert und bei Bedarf durch regelmässige Kontrollen einer Fachperson unterstützt. Diese kann therapeutisch-pflegerische Massnahmen selbstständig durchführen.
Leistungen im Rahmen der Kategorie A werden vollumfänglich durch den Anbieter selber oder in enger Kooperation (Kooperationsvertrag) mit einer Institution der Langzeitpflege ausgeführt.

5.2 Qualitätskriterien

Abschliessend werden notwendige Qualitätskriterien zur Beurteilung von Anbietern Betreuten Wohnens formuliert, welche den Zugang zum Angebot, die fachliche Qualifikation der Unterstützungspersonen sowie die Planung, Dokumentation und Evaluation der Leistungen betreffen.

5.2.1 Niederschwellige Angebote

In der Kategorie D, basierend auf einem Kundenmodell, wird ein Angebot an Unterstützungsleistungen zur Verfügung gestellt. Dieses Angebot umfasst z.B. im Bereich der sozialen Teilhabe, dass Veranstaltungen und gemeinsame Anlässe den Kontakt unter den Bewohnenden sowie auf Quartier- oder Gemeindeebene ermöglichen.
Bei zunehmender Fragilität wird empfohlen, dass Unterstützung nicht nachgefragt werden muss, sondern zugehend angeboten wird, weil diese Menschen darauf angewiesen sind[22]. Betreutes Wohnen mit einem präventiven/fördernden Ansatz in den Kategorien A–C bedingt eine professionelle Beziehung, die garantieren kann, dass z.B. das Risiko von Einsamkeit erkannt und eine proaktivere Unterstützung, ein „zugehendes“ Angebot mit der Bewohnerin oder dem Bewohner diskutiert werden kann. „Zeit zu haben“ wird zum Qualitätsmerkmal der sorgenden Unterstützung und die aufgewendete Zeit ist immer auch ein Merkmal der Tätigkeit selbst[85,86].

Es spricht einiges dafür, die Leistungen organisatorisch im Betreuten Wohnen deshalb möglichst aus einer Hand zu erbringen, vom Notruf über die Bedarfserhebung bis zur Unterstützungsleistung im Alltag [39]. Damit wird einer starren Arbeitsteilung vorgebeugt, die zu einer „Entseelung" der Arbeit von Betreuenden führt und eine Ausrichtung auf umfassende Self-Care-Unterstützung und Verminderung von Vulnerabilitäten verunmöglicht[87–89].

5.2.2 Fachliche Qualität der Leistungserbringer

Viele Berufsgruppen wie Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter/-arbeiterinnen, Sozialbetreuerinnen/-betreuer, Sozialpädagoginnen/-pädagogen und verschiedene therapeutische Berufe haben in der Altersversorgung gemeinsam, dass sie sich auf Self-Care-Fähigkeiten, die Alltagsgestaltung und die Lebenswelt der Bewohnenden fokussieren. Sie haben dabei einen unterschiedlichen Fokus auf Vulnerabilitätsrisiken und als Konsequenz daraus unterschiedliche professionelle Praktiken und Vorgehensweisen.

Da die vier Risikofaktoren der Vulnerabilität (finanzielle Situation, Bildung, soziale Integration und Gesundheit) sich gegenseitig beeinflussen, zeigt sich die Notwendigkeit einer gemeinsamen interdisziplinären Strategie. Diese muss, wie in anderen Bereichen der Langzeitversorgung auch, Angehörigenunterstützung, Freiwilligendienste sowie professionelle Unterstützung zu einem Unterstützungsnetz verbinden[21,26,90].

Unterschiedliche Praktiken und Vorgehensweisen zu nutzen und die Synergie der vorhandenen Expertisenvielfalt, sind angesagt. Können stösst immer wieder an seine Grenzen durch die Komplexität der Lebenswelt. Es gilt, für den konkreten Bedarf der Bewohnerin oder des Bewohners Unterstützung auf der Basis des „Ich-kann" anzubieten. Es macht wenig Sinn, in der Praxis Unterstützungshandlungen mit einem Anspruch auf Ausschliesslichkeit unter die Begriffe Pflege, Sozialarbeit, Betreuung, Beratung etc. zu kategorisieren und damit ein Begriffschaos zu fabrizieren, das jede Diskussion zwischen den involvierten Fachpersonen auf die Frage „Darf ich?" reduziert.

Die Arbeitsteilung innerhalb und zwischen den Professionen und die Bildung wenig koordinierter Silos professioneller Unterstützung erhöhen den administrativen Aufwand für die Planung und die Koordination. Betreuungsarbeit lässt sich nicht als standardisiertes Produkt anbieten . Überschneidungen von Wissen und Können sind daher zu erwarten und auch erwünscht. Arbeitsteilung auf der Ebene einzelner Handlungen birgt die Gefahr, dass Fachpersonen Handlungen nicht sinnvoll kombinieren und vorhandenes Wissen und Können nicht nutzen.

Zudem erhöhen strenge Arbeitsteilungen eine Fragmentierung der Arbeit und führen tendenziell zu mehr administrativen Arbeiten[91]. Die vorhandenen personellen Ressourcen werden damit nicht oder unzureichend für eine befriedigende Versorgung von Klienten und Klientinnen genutzt[92].

Integrierte Modelle haben sich in vielen Bereichen, so auch in der Spitex, bewährt. Ein gutes Zusammenspiel der verschiedenen pflegerisch-medizinischen, hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen wirkt sich positiv auf die Sicherheit, Autonomie und Würde der Menschen aus[93,94]. Zudem zeigt sich, dass ein integriertes Modell mit funktionierender Zusammenarbeit der Fachpersonen effektiv und kostensparend ist[95,96]. Der gleiche Effekt ist auch im Betreuten Wohnen zu erwarten und eine Entwicklung in diese Richtung gefordert[97]. Damit werden nicht nur vorhandene Ressourcen genutzt, sondern garantiert, dass die Durchlässigkeit zwischen Wohnung und stationären Unterstützungsangeboten in beide Richtungen funktioniert[35].

5.2.3 Planung, Dokumentation und Evaluation der Leistungen

Ausser in der Kategorie D bieten alle Kategorien von Betreutem Wohnen Unterstützung mit einem präventiven und fördernden Anteil an. Diese Angebote basieren auf einer professionellen Bedarfseinschätzung. Bedarfsgerechte Unterstützung wird in den USA als Qualitätsmerkmal des Betreuten Wohnens bezeichnet und als Mittel gesehen, sowohl Unter- wie auch Überversorgung zu verhindern[82]. Der präventive Charakter von Unterstützungsleistungen verlangt ein bewohnerzentriertes Vorgehen, welches die Bedürfnisse der Person in die Planung integriert und entsprechende Ziele formuliert.

Die Qualitätsbeurteilung stützt sich sinnvollerweise auf die Gestaltung dieses Verhandlungsprozesses und auf das Erreichen der gesetzten Ziele (Outcome-Kriterien). Der Verhandlungsprozess gilt als erfolgreich, wenn die individuelle Sicht der Bewohnerin bzw. des Bewohners (Bedürfnis) mit der professionellen Bedarfsabklärung der Fachperson/des Anbieters (Bedarf) in einem Verhandlungsprozess verbunden werden kann. Qualitätskriterium für alle Unterstützungsleistungen ist deshalb, in welchem Grad Würde und ein Gefühl der Selbstständigkeit und Autonomie erhalten werden kann.

Bei der Beurteilung der Zielerreichung spielen Sicherheit, die Auswirkungen auf die Self-Care-Fähigkeiten und die soziale Teilhabe eine zentrale Rolle. Betreutes Wohnen der Stufe A–C nutzt diese Kriterien in der Qualitätssicherung.

Die Verbindung dieser Qualitätskriterien bildet die Grundlage einer guten Versorgung. Sie unterstützt die Bestrebungen für einen einfachen Zugang zu einem aufsuchenden Angebot. Und sie sieht die Vielfalt der vorhandenen beruflichen Expertise nicht als Problem, sondern als Chance für die Unterstützung eines gelingenden Alltags der Bewohnenden. Außerdem erzeugt sie durch eine professionelle Dokumentation und Evaluation der Leistungen die Wissensbasis für eine eventuell notwendige Weiterentwicklung. Schliesslich unterstützt sie damit auch die immer wieder verlangte Entwicklung eines Finanzierungssystems, welches der Komplexität von Pflege und Betreuung Rechnung trägt.

6 Referenzen

1. Bundesamt für Statistik. Ständige Wohnbevölkerung nach Alter, Kanton, Bezirk und Gemeinde, am 31.12.2017 [Internet]. Neuenburg: BFS; 2018. Report No.: su-d-01.02.03.06.xlsx. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch
2. Graßhoff G, Renker A, Schröer W. Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS; 2018.
3. Höpflinger F. Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen [Internet]. 2017. Verfügbar unter: www.hoepflinger.com
4. Xue Q-L. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. Clinics in geriatric medicine. 2011;27(1):1–15.
5. Leser M. Herausforderung Alter: Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben. Stuttgart: Kohlhammer; 2017.
6. Knöpfel C, Pardini R, Heinzmann C. Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme. Zürich: Seismo; 2018.
7. Schweizerische Eidgenossenschaft. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (Stand am 18. Mai 2014) [Internet]. 1999. Verfügbar unter: https://www.admin.ch
8. Bundesamt für Statistik. Spitex Statistik 2017: Synthese nach Leistungserbringertyp [Internet]. Neuenburg: BFS; 2018. Report No.: su-d-14.04.04-10.1.xlsx. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch
9. Bundesamt für Statistik. Sozialmedizinische Institutionen: Anzahl Klienten nach Alter und Geschlecht [Internet]. Neuenburg: BFS; 2018. Report No.: je-d-14.04.02.02. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch
10. Bundesamt für Statistik. Spitex Statistik [Internet]. Neuenburg: BFS; 2017. (Statstisches Lexikon der Schweiz). Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch
11. Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbrunn Kohler A. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Bern: Huber; 2011.
12. Werner S, Kraft E, Mohagheghi R, Meuli N, Egli F. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz [Internet]. Neuchâtel: OBSAN; 2016. (OBSAN Dossier 52). Verfügbar unter: www.obsan.ch
13. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz & Bundesamt für Gesundheit. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe. Bern: GDK & BAG; 2012. (Dialog Nationale Gesundheitspolitik).
14. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Langzeitpflege in den Kantonen: Drei Betreuungsmodelle. Neuchatel: Obsan; 2016 S. 1–8. Report No.: 13.
15. Bannward L, Künzi K. Untersuchung zum betreuten Wohnen - Einsparpotential, Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags. Bern: Büro Bass; 2018.
16. Vorgrimler D, Wübben D. Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. Wirtschaft und Statistik. 2003;(8):763–74.
17. Brady SR. The Delphi Method. In: Jason LA, Glenwick DS, Herausgeber. Handbook of Methodological Approaches to Community-based Research: Qualitative, Quantitive, and Mixed Methods. Oxford: Oxford University Press; 2016. S. 61–7.
18. Oesch T, Künzi K. Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. Bern: Büro Bass; 2016.
19. Meier K. Hilfe ist jederzeit zur Stelle [Internet]. Zürich: Age Stiftung; 2016 S. 19–27. (Age Dossier). Verfügbar unter: http://age-stiftung.ch/publikationen/
20. Rüegger H. Wohnformen im Alter [Internet]. Bern: CURAVIVA Schweiz. Fachbereich Menschen im Alter; 2014. Verfügbar unter: www.curaviva.ch

21. Höpflinger F, Van Wezemael J. Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zürich: Seismo; 2014.
22. Jann A. Man kann nur denken, was man kennt, und man kann nur wählen was es gibt. Eine explorative Studie des Wohn-Handelns bei alleinlebenden Menschen unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren. In: Age Report III Wohnen im höheren Lebensalter - Grundlagen und Trends. Zürich: Seismo; 2014. S. 159–67.
23. Carder P, O'Keefe J, O'Keefe C. Compendium of Residential Care and Assisted Living Regulations and Policy 2015 Edition. [Internet]. Washington (DC): U.S. Department of Health & Human Services (ASPE); 2015. Verfügbar unter: https://aspe.hhs.gov/basic-report/
24. Zimmerman S, Sloane PD. Definition and classification of assisted living. The Gerontologist. 2007;47(suppl_1):33–39.
25. Bühl H, Nagel Dettling M. Gute Betreuung im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Zürich: Paul-Schiller-Stiftung; 2018.
26. Hotz R, Ambrož F. Expertenbericht zum Postulat von S. Rigoni und L. Camenisch «Betreutes Wohnen statt verfrühter Heimeintritt» vom 12. Dezember 2016 (KR-Nr. 404/2016). Pro Senectute Kanton Zürich; 2016.
27. Imhof L, Mahrer-Imhof R. Betreuung Plus: Ein Projekt der Spitex Mittelthurgau. Winterthur: Nursing Science & Care; 2018 S. 1–30.
28. Bundesrat. Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bern: Schweizerischer Bundesrat; 2005. Report No.: 05.025.
29. Gürtler D, Schäfer C, Breit S. Take Care: Der Mensch emanzipiert sich vom Betreuungssystem. Das wird die Care-Branche revolutionieren. [Internet]. Zürich: GDI; 2018. Verfügbar unter: http://gdi.ch
30. Strohmeier Navarro Smith R, Koch U, Baumeister B, Beck T. Pflege von morgen: Wo endet die Hilfe im Haushalt, wo beginnt die Pflege? Und wer trägt die Kosten für den stetig steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf? Dringliche Fragen, die auf Antworten warten. Zürich: ZHAW Soziale Arbeit; 2016 S. 6–7. (Sozial). Report No.: 6.
31. Wiesli U, Decurtins U, Zuniga F. Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis [Internet]. Bern: Bundesamt für Unfallverhütung; 2013. (bfu-Fachdokumentation). Report No.: 2.120. Verfügbar unter: https://www.bfu.ch
32. Schweizer Radio und Fernsehen SRF. Notfallalarm: Swisscom-Tochter mit happigem Aufschlag. Espresso. SRF - Schweizer Radio und Fernsehen; 2018.
33. Hawes C, Phillips CD, Rose M, Holan S, Sherman M. A national survey of assisted living facilities. The Gerontologist. 2003;43(6):875–882.
34. Arnold U. In Sursee geht man heute ins betreute Wohnen. [Internet]. Zürich: Age Stiftung; 2016 S. 30–2. (Age Dossier). Verfügbar unter: http://age-stiftung.ch
35. Köppel R. Was Betagte sich wünschen [Internet]. Zürich: Age Stiftung; 2016 S. 5–10. (Age Dossier). Verfügbar unter: www.age-stiftung.ch
36. Schulz M. Lebensphasen: Kind, Jugend, Alter. In: Graßhoff G, Renker A, Schröer W, Herausgeber. Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS; 2018. S. 3–18.
37. Hawes C, Phillips CD. Defining quality in assisted living: Comparing apples, oranges, and broccoli. The Gerontologist. 2007;47(suppl_1):40–50.
38. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO; 2015. 1–246 S.
39. Wenger S. Pflege zwischen Haus und Heim [Internet]. Zürich: Age Stiftung; 2016 S. 33–7. (Age Dossier). Verfügbar unter: http://age-stiftung.ch
40. Lange-Lagemann D. Betreutes Wohnen für Senioren: Ein Konzept für den ländlichen Raum des Kreises Steinfurt. diplom.de; 2010. 156 S.
41. Meier K. Wir lassen Menschen mit Demenz Zeit [Internet]. Zürich: Age Stiftung; 2016 S. 38–9. (Age Dossier). Verfügbar unter: http://age-stiftung.ch/publikationen/

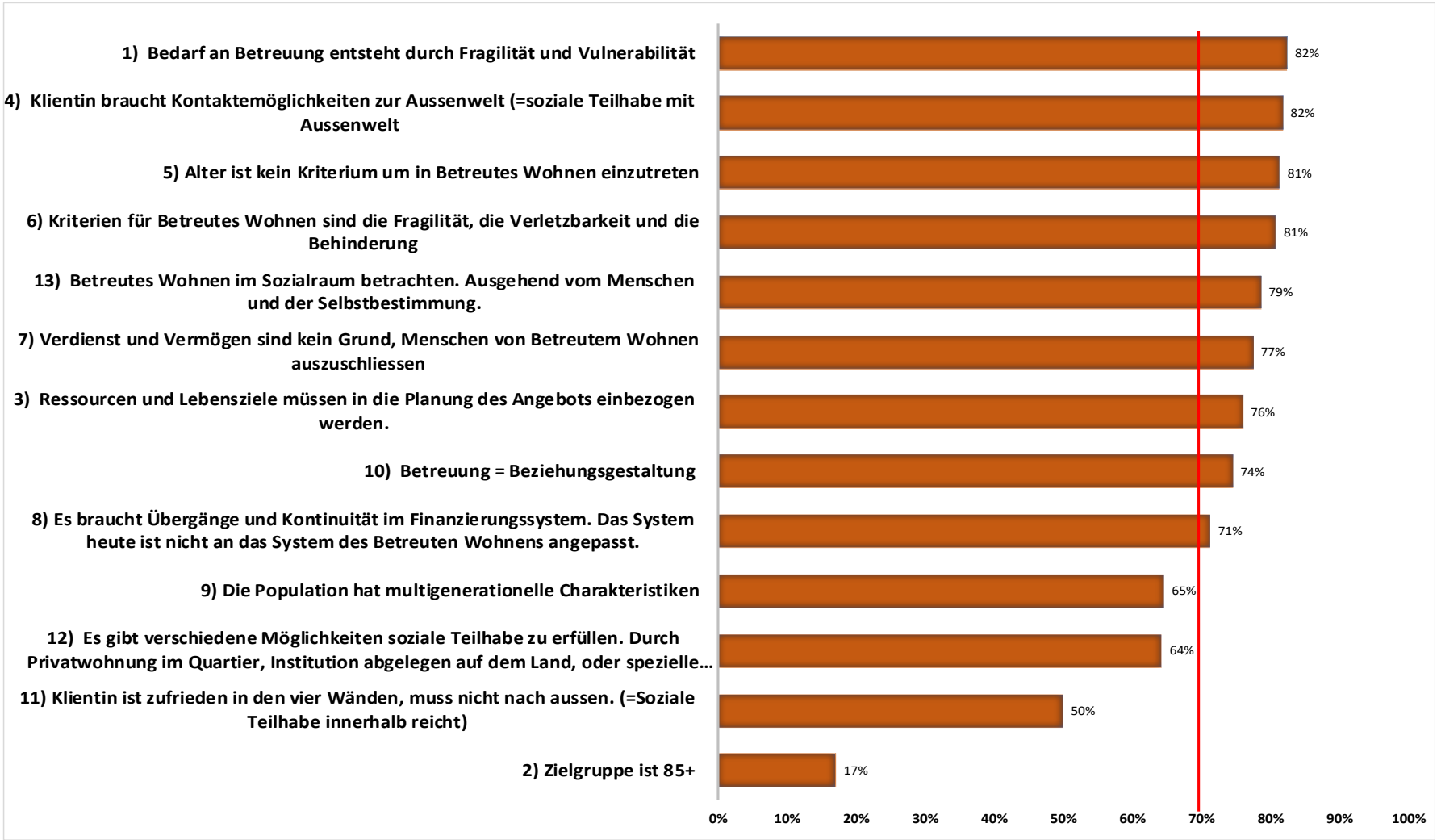
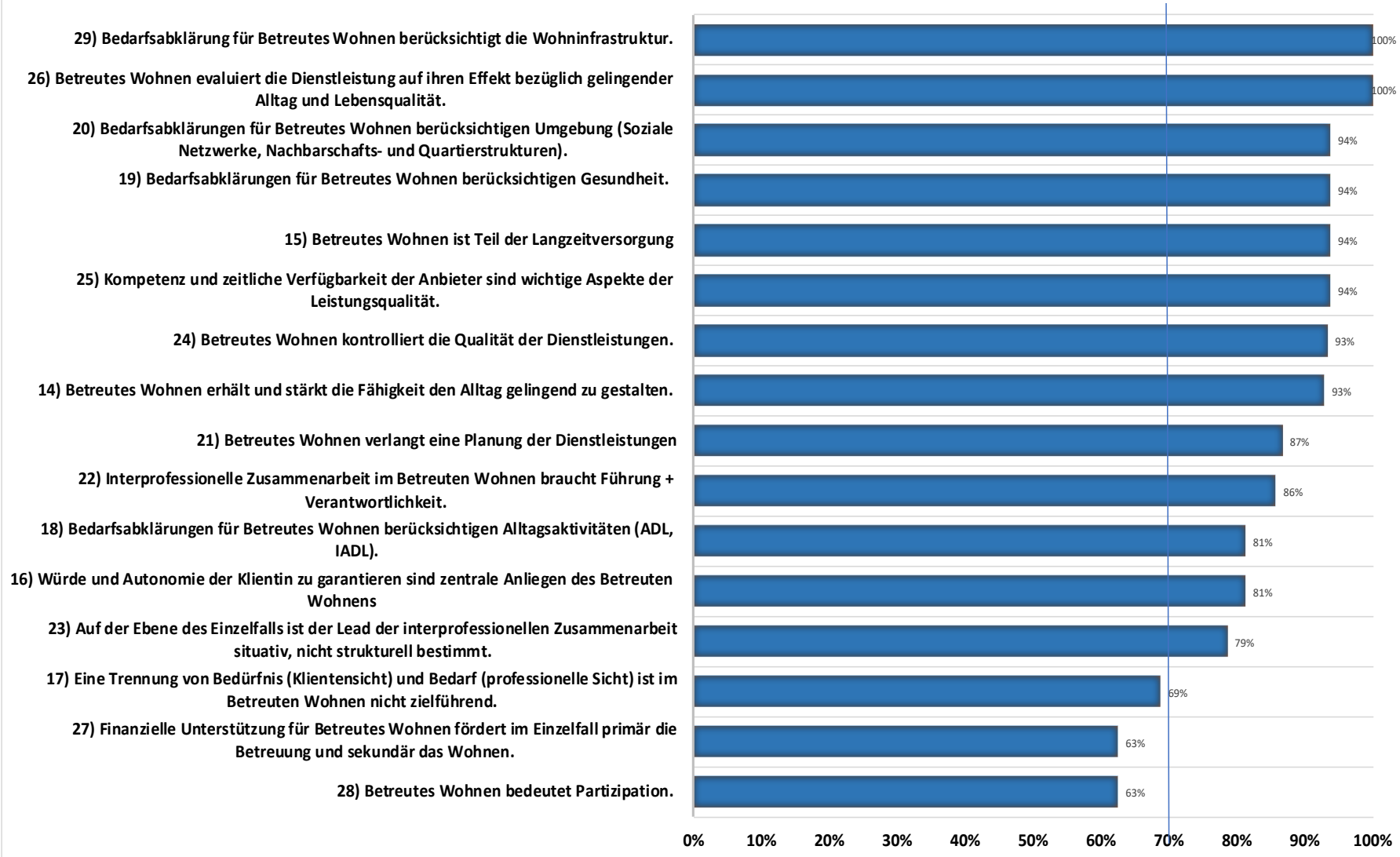
42. Gysi B. Pflege und Betreuung sind eine Einheit [Internet]. Postulat 17.3808 Bern: Schweizer Parlament - Curia Vista - die Geschäftsdatenbank; 2017. Verfügbar unter: https://www.parlament.ch
43. Cosandey J. Betreutes Wohnen mit Ergänzungsleistungen finanzieren? [Internet]. Zürich: Age Stiftung; 2016 S. 54–5. (Age Dossier). Verfügbar unter: http://age-stiftung.ch/publikationen/
44. Lenz K, Gruetter M, Haering B. Konzept Vulnerabilität [Internet]. Zürich: Pro Senectute Schweiz; 2014. Verfügbar unter: www.econcept.ch
45. Grunwald K, Thiersch H, Herausgeber. Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit: Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Aufl. Weinheim: Juventa; 2008. 496 S. (Grundlagentexte Pädagogik).
46. Dahlin-Ivanoff S, Haak M, Fange A, Iwarsson S. The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2007;14(1):25–32.
47. Imhof L. Gesundheit und Wohnen im Alter - Eine Herausforderung für die professionelle Pflege. In: Höpflinger F, Van Wezemael J, Herausgeber. Age Report III Wohnen im höheren Lebensalter - Grundlagen und Trends. Zürich: Seismo; 2014. S. 169–77.
48. Gasser N, Knöpfel C, Seifert K. Erst agil, dann fragil: Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen. Erste Auflage. Pro Senectute Schweiz, Herausgeber. 2015. 1–126 S.
49. Borg C. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. Journal of Clinical Nursing. 2006;(15):607–18.
50. Abley C. Responding to vulnerability in old age: patient-centered care. Nursing Standard. 2012;27(9):42–6.
51. LeBlanc RG, Jacelon CS. Self-care among older people living with chronic conditions. International Journal of Older People Nursing. 2018;(e12191):1–9.
52. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress. 5th Aufl. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins; 2012.
53. Krohwinkel M. Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens [Internet]. 1999. Verfügbar unter: http://www.pflegewiki.de
54. World Health Organization. Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. 2017.
55. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. St Louis, Missouri: Mosby; 1991.
56. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. International Journal of Nursing Studies. August 2009;46(8):1143–7.
57. Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. Patient Education and Counseling. 2010;79:167–72.
58. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. Health Expect. Juni 2014;17(3):303–10.
59. Borgetto B. Pflege und Selbsthilfe im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung. Pflege. Oktober 2005;18(5):313–9.
60. Nolan M. Successful ageing: keeping the «person» in person-centred care. Br J Nurs. 2001;10(7):450–4.
61. Nolan M, Brown J, Davies S, Nolan J, Keady J. The Senses Framework: Improving care for older people through a relationship-centred approach. Sheffield: University of Sheffield; 2006.
62. Rüegger H. Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen. [Internet]. 2013. Verfügbar unter: www.curaviva.ch
63. World Health Organization, Herausgeber. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: WHO; 2002. 112 S.
64. United Nations Economic Commission for Europe. Innovative, wirkungsvolle Pflegestrategien. Geneva: UNECE; 2015 S. 1–20. (UNECE Kurzdossier zum Thema Altern). Report No.: 15.
65. Jäggi J, Künzi K. Unterstützung für Hilfe-und Pflegebedarf im Alter–Ein Systemvergleich zwischen

Deutschland, Japan und der Schweiz. Bern: Büro Bass; 2015.
66. Bieri O, Amberg H, Ramsden A. Begleitende Evaluation zum Projekt Känzeli Ebikon. Schlussbericht. Luzern: Interface; 2017. Report No.: P16-40.
67. United Nations Economic Commission for Europe. Aktives Altern. Geneva: UNECE; 2012 S. 1–16. (Policy brief). Report No.: 13.
68. Höpflinger F. Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder [Internet]. 2009. Verfügbar unter: www.hoepflinger.com
69. Kahneman D, Krueger AB, Schkade DA, Schwarz N, Stone AA. A Survey Method for Characterizing Daily Life Experience: The Day Reconstruction Method. Science. 2004;306(5702):1776–80.
70. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. Am J Public Health. 2008;98(7):1215–20.
71. Hansen LR, Pedersen SB, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Ullits LR. Associations between the structural and functional aspects of social relations and poor mental health: a cross-sectional register study. BMC Public Health. 2017;17(1):860.
72. Jessen MAB, Pallesen AVJ, Kriegbaum M, Kristiansen M. The association between loneliness and health - a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. Aging Ment Health. 2017;1–6.
73. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. J Prim Prev. 2012;33(2–3):137–52.
74. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. PLoS ONE. 2017;12(7):e0181442.
75. Frey-Wettstein F, Raymann A. Imperativ der Vernetzung. Leben und Wohnen im Alter: vernetzt denken und handeln. Schweizer Gemeinde. 2018;(8):34–5.
76. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. International Journal of Nursing Studies. 2015;52(1):393–402.
77. Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring. Menlo Park: Addison-Wesley; 1989.
78. Beuthin RER. Cultivating a narrative sensibility in nursing practice. Journal of Holistic Nursing. 2015;33(1):98–102.
79. Crary P. Relatedness matters. Holistic Nursing Practice. 2016;30(6):345–50.
80. Dinç L, Gastmans C. Trust in nurse–patient relationships: A literature review. Nurs Ethics. 2013;20(5):501–16.
81. Dwarswaard J, Bakker EJM, van Staa A, Boeije HR. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. Health Expectations. 2016;19(2):194–208.
82. Assisted Living Workgroup. Assuring Quality in Assisted Living: Guidelines for Federal and State Policy, State Regulation, and Operations. Washington D.C.: US Senate Special Committee on Aging; 2003.
83. Köppel R. Alternativen zum Heim. Bewohner mit niedriger Pflegestufe [Internet]. Rikon: OrgaVisit; 2016 S. 1–55. Verfügbar unter: www.orgavisit.ch
84. Engels D. Wunsch und Wirklichkeit des betreuten Wohnens. Die Ergebnisse einer Bewohnerbefragung im Licht der sozial-gerontologischen Fachdiskussion [Internet]. Köln: ISG - Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH; 2001. Verfügbar unter: http://www.ISG-institut.de
85. Hürny C, Münzer T. Übertherapiert? Vernachlässigt? Die vierte Generation aus geriatrischer Sicht. In: Das vierte Lebensalter. Luzern: Caritas; 2011. S. 133–48. (Sozialalmanach).
86. Ryter E, Barben ML. Das vierte Lebensalter ist weiblich: Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter. Bern: Grossmütter Revolution; 2012.
87. Barben ML, Stocker M, Gurtner B. Evaluation Neuordnung Pflegefinanzierung - Pflichtenheft - Brief

an das Bundesamt für Gesundheit. 2016.
88. Madörin M. Ökonomisierung des Gesundheitswesens- Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Winterthur: ZHAW Institut für Pflege; 2015.
89. Van der Kooij C. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. 2. Aufl. Bern: Hogrefe; 2017.
90. Gedamke S, Kessler O, Wächter M, Willisegger J, Jehle K. Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026 [Internet]. Neuägeri: Schweizer Forum für Integrierte Versorgung; (Denkstoff No 4). Verfügbar unter: https://www.fmc.ch
91. Bundesamt für Statistik. Gesundheit: Taschenstatistik 2016 [Internet]. Neuenburg: BFS; 2016 S. 1–43. (Gesundheit). Report No.: 14. Verfügbar unter: https://www.bfs.admin.ch
92. Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 13. Juni 2014;14:249.
93. Aufdereggen C, Ochsner S, Pfäffli E, Ledermann Bulti U. Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen in der NPO Spitex - Eine Notwendigkeit. Die Grundhaltung des Spitex Verbandes Schweiz. Bern: Spitex Verband Schweiz; 2016.
94. Wächter M, Hafen M, Bommer A, Rabhi-Sidler S. Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick (Schlussbericht). Luzern: Hochschule Luzern; 2015.
95. Cavedon E, Minnig C, Zängl P. Übertragung des Buurtzorg-Models auf schweizerische Verhältnisse. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz; 2017.
96. RCN Policy and International Department. The Buurtzorg Nederland (home care provider) model. Observations for the United Kingdom (UK). London: Royal College of Nursing; 2016.
97. Paul-Schiller-Stiftung. Gute Betreuung im Alter: Perspektiven für die Schweiz. Zürich: Paul Schiller-Stiftung; 2018.

7 Anhang: Delphi-Thesen

Delphi-Study 1st Round: Participants N=26 / Response rate n=20, 77%. / Theses accepted 9 of 13. (German)



Delphi-Study 2nd Round: Participants N=34 /. Response rate n=16, 47%. / Theses accepted 13 of 16. (German)