



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Abschlussbericht zum Projekt

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGEBERATUNG

Abschlussbericht zum Projekt „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ)“

Stand: April 2018

Projektleitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

Unter Mitarbeit von:

Nathalie Englert, M.Sc.

Dalien Stomberg, M.A.

Projektpartner:

Pflege in Not - Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen des Diakonischen Werks Berlin Stadtmitte e.V.

Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland.Pfalz e.V.

Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Osnabrück

Projektförderung:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

Projekträgerschaft:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz



Bundesanstalt für
Landwirtschaft und Ernährung

ptble

Projekträger Bundesanstalt
für Landwirtschaft und Ernährung

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

1	Das Projekt PartiziQ	1
2	Einführung	4
3	Theoretischer Hintergrund	8
3.1	Die Nutzerperspektive auf Pflegeberatung in Deutschland – Literaturrecherche und Synopse vorliegender Evaluationsberichte.....	8
3.1.1	Methodik	8
3.1.2	Ergebnisse.....	12
3.1.3	Diskussion	15
3.1.4	Zusammenfassung	17
3.2	Qualitätsentwicklung im Pflege- und Gesundheitswesen.....	18
3.3	Partizipation von Nutzer/-innen bei der Qualitätsentwicklung.....	21
3.3.1	Nutzerpartizipation im Pflege- und Gesundheitswesen – Ein Überblick	21
3.3.2	Partizipative Forschungsmethoden	26
3.3.3	Das Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung	29
4	Vorbereitung des Qualitätsentwicklungsprozesses	33
4.1	Identifikation zu beteiligender Nutzer/-innen	33
4.2	Analyse der Beratungs- und Nutzerstruktur beteiligter Beratungsangebote ..	36
4.2.1	Pflege in Not - Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.	37
4.2.2	Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen, Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz	39
4.2.3	Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück	40
4.3	Schriftliche Befragung der Nutzer/-innen.....	41
4.3.1	Methodisches Vorgehen.....	42
4.3.2	Ergebnisübersicht.....	45
4.3.2.1	Ergebnisse am Standort Berlin	45
4.3.2.2	Ergebnisse am Standort Mainz	49
4.3.2.3	Ergebnisse am Standort LK Osnabrück	53
5	Der partizipative Qualitätsentwicklungsprozess – Die lokalen Arbeitsgruppen mit den Nutzer/-innen der Beratung	57
5.1	Vorgehen zur Teilnehmergeinnung.....	57
5.2	Aufbau und methodische Gestaltung der Arbeitsgruppen	58
5.3	Ergebnisübersicht.....	62

5.3.1	Kategorie 1: Zugang zur Beratung	63
5.3.2	Kategorie 2: Beratungshaltung der Berater/-innen	65
5.3.3	Kategorie 3: Kompetenz der Berater/-innen	67
5.3.4	Kategorie 4: Beratungsinhalte/-themen	68
5.3.5	Kategorie 5: Gestaltung des Beratungsprozesses	70
5.3.6	Kategorie 6: Die Beratungsstelle als Teil der lokalen Beratungslandschaft	73
5.4	Ausarbeitung der Qualitätsmaßstäbe	74
5.5	Nutzung und Anwendung der Qualitätsmaßstäbe	77
5.6	Erarbeitung der Arbeitshilfe für andere Beratungsangebote	79
6	Zusammenfassende Betrachtung	80
6.1	Vergleich der Ergebnisse an den Standorten	80
6.2	Methodische Aspekte	81
6.3	Ausblick	82
6.4	Erkenntnisgewinn durch das Projekt Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung	84
	Literatur	87
	Anlagenverzeichnis	93

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht identifizierter Arbeiten zu Beratungsbedarfen aus der Nutzerperspektive.....	8
Tabelle 2: Stufenmodell der Partizipation nach Wright et al., 2010a.....	28
Tabelle 3: Übersicht über die zu beteiligenden Nutzergruppen (Zielgruppe) im Projekt PartiziQ.....	33
Tabelle 4: Stichprobengröße der schriftlichen Nutzerbefragung an den Projektstandorten.....	43
Tabelle 5: Relevanz der einzelnen Beratungsaspekte am Standort Berlin.....	44
Tabelle 6: Relevanz der einzelnen Beratungsaspekte am Standort LK Osnabrück.....	53
Tabelle 7: Übersicht über die Teilnehmenden der AGs an den Projektstandorten.....	56
Tabelle 8: Übersicht über den Aufbau der AG-Sitzungen.....	58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung.....	27
Abbildung 2: Beziehungsdreieck in der partizipativen Qualitätsentwicklung.....	32
Abbildung 3: Beratungsanlass am Standort Berlin.....	44
Abbildung 4: Aspekte der Beratung am Standort Berlin.....	45
Abbildung 5: Relevanz der Beratungsaspekte am Standort Mainz.....	48
Abbildung 6: Beratungsanlass am Standort LK Osnabrück.....	52
Abbildung 7: Beispielhafte Ergebnisse des ersten gemeinsamen Arbeitsschrittes am Standort LK Osnabrück.....	59
Abbildung 8: Auszug aus dem Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des LK Osnabrück.....	74
Abbildung 9: Auszug aus der Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz.....	75

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Gesellschaften
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
G-BA	Gemeinsamen Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
LK	Landkreis
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PA	Gruppe der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen
PfWG	Pflegeweiterentwicklungsgesetz
Pr. A.	Professionelle(r) Akteur(e)
IQWiG	Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organisation
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Das Projekt PartiziQ

Der hiermit vorgelegte Bericht zum Projekt „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung“ (PartiziQ) fasst die Ausgangsüberlegungen, den Verlauf und die Ergebnisse dieses vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz geförderten Projekts zusammen. Ausgangspunkt des Projekts war ein Fachgespräch 2012 im damaligen Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) zum Thema „Verbraucherschutz im Gesundheits- und Pflegemarkt“, an dem der Projektleiter des Projekts PartiziQ beteiligt war. Im Rahmen dieses Fachgesprächs wurden verschiedene Defizite in Bezug auf die Pflegeberatung in Deutschland identifiziert und Ansatzpunkte für Modellprojekte diskutiert. Einer der in diesem Zusammenhang thematisierten Gedanken war, die Pflegeberatung nicht nur als Angebot an die Bevölkerung zu betrachten, sondern die tatsächlichen und potenziellen Nutzer/-innen von Pflegeberatungsangeboten in die Konzeption und Ausgestaltung dieser Angebote mit einzubeziehen.

Das Projekt PartiziQ verfolgte das Ziel, Wege aufzuzeigen, wie diese Einbeziehung gelingen kann. Theoretisch und konzeptionell war es dazu erforderlich, drei unterschiedliche Diskussionslinien zusammenzuführen: die Diskussion um Beratung in der Pflege, die Verfahren zur Qualitätsentwicklung und –sicherung in Pflege und Gesundheitswesen sowie die Diskussion um Partizipation in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung. Aus unterschiedlichen Gründen, u.a. durch die veränderte Zuständigkeit für den Verbraucherschutz nach der Bundestagswahl 2013, die vom BMELV an das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz übergang, hat es von der ursprünglichen Projektidee bis zur tatsächlichen Realisierung etwas länger gedauert. Aus Sicht der Projektverantwortlichen war es jedoch erfreulich, dass trotz des Wechsels der Zuständigkeit das Projekt realisiert werden konnte.

Konkret bestand die Ergebniserwartung des Projekts darin,

- Anforderungen an Pflegeberatungsstellen explizit zu machen,
- Anhaltspunkte zur Identifikation und Integration der lokal vorhandenen Verbraucherperspektive zur Pflegeberatung zu geben,
- beispielhaft aufzuzeigen, wie Beteiligungsprozesse von Verbrauchern im Bereich der Pflege erfolgen können und welche Aspekte dabei besonders zu beachten sind,
- für drei Pflegeberatungsstellen Anforderungsprofile zur strukturellen Ausstattung und inhaltlichen Ausrichtung im Sinne von Qualitätsmaßstäben zu entwickeln,
- durch die entwickelten Qualitätsmaßstäbe die Diskussion an anderen Standorten zu befördern und die Initiierung ähnlicher Prozesse anzuregen,

- für die standortübergreifende Diskussion zur Qualität der Pflegeberatung den Nutzerinnen und Nutzern eine Stimme zu geben,
- einen Impuls für den kommunalen Diskurs zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit zur Zusammenarbeit von professionellen Akteuren und Verbrauchern zu geben,
- auch für andere Angebote der Pflegeberatung Anhaltspunkte zur Verbraucherorientierung und Verbraucherbeteiligung bereitzustellen,
- konzeptionelle und strukturelle Erkenntnisse für die Beteiligung von Verbrauchern an anderen Qualitätsentwicklungsprozessen in der Gesundheits- oder Langzeitversorgung zu gewinnen sowie
- aus dem Bereich der pflegerischen Versorgung einen Beitrag zur wissenschaftliche Diskussion zur partizipativen Gesundheitsforschung zu leisten.

Der vorliegende Bericht ist so aufgebaut, dass zunächst wesentliche Aspekte der drei genannten Diskussionen zur Pflegeberatung, Qualitätsentwicklung und Partizipation dargestellt werden, die das Fundament für das Projekt PartiziQ bildeten. Im Anschluss daran wird der an drei Standorten durchgeführte partizipative Qualitätsentwicklungsprozess ausführlich beschrieben. Die vorbereitende Phase umfasste die Identifikation der am Prozess zu beteiligenden Nutzerinnen und Nutzer, eine Bestandsaufnahme zur Beratungs- und Nutzerstruktur der beteiligten Projektpartner und die Durchführung einer Nutzerbefragung, die sowohl hinsichtlich des methodischen Vorgehens wie auch der Ergebnisse erläutert wird. An die Vorphase schließt sich die Darstellung des eigentlichen partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesses an. Darin wird das methodische Vorgehen in den an jedem Standort gebildeten Arbeitsgruppen beschrieben. Zudem werden übergreifende Ergebnisse vorgestellt und Möglichkeiten zur Nutzung der erarbeiteten Qualitätsmaßstäbe aufgezeigt. Der Bericht schließt mit einer Abschlussbetrachtung des Projekts und einer Einschätzung zu den ursprünglich damit verbundenen Erwartungen.

Die Ergebnisse an den einzelnen Standorten wurden bereits im Laufe des Projekts für die jeweiligen Projektpartner zusammengefasst und als Broschüre bzw. PDF-Dokument veröffentlicht. Somit konnten die Projektpartner bereits während des Projektverlaufs die partizipativ erarbeiteten Qualitätsmaßstäbe nutzen. Die drei Broschüren sind im Anhang dieses Berichts zu finden.

Damit die Erkenntnisse aus diesem Projekt auch für andere Beratungsstellen und Akteure im Bereich der pflegerischen Versorgung von Nutzen sein können, wurden das methodische Vorgehen und einige Hilfestellungen im Laufe des Prozesses in Form einer Arbeitshilfe zusammengefasst, die eine Grundlage für partizipative Qualitätsentwicklungsprozesse an anderen Orten sein kann. Diese Arbeitshilfe findet sich ebenfalls im Anhang. Vervollständigt wird der umfangreiche Anhang dieses Berichts durch Publikationen zum Projekt, in denen unterschiedliche Aspekte einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden.

2 Einführung

Das Auftreten von Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld die Umstellung bisheriger Lebensumstände und konfrontiert sie mit einer Reihe von Fragen. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Beratung zu pflegerrelevanten Themen positiven Einfluss auf die Lebenssituation der Betroffenen hat (Kraehmer et al. 2013; Rambøll Management Consulting 2011) und einen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflege leisten kann (Isfort et al. 2011; Kurz et al. 2005; Pinguart/Sörensen 2006; Schmidt/Luderer 2013). Neben der Beratungspflicht der Leistungsträger und -anbieter im Rahmen der Pflegeversicherung (§§ 7, 7a, 27, 45 SGB XI) sind pflegerische Themen auch bei der Unabhängigen Patientenberatung nach § 65 SGB V, der Beratung durch die Kommunen nach SGB XII sowie der Beratung in den Servicestellen nach SGB IX relevant. Ergänzt wird die gesetzliche Beratungsinfrastruktur durch Informations- und Beratungsangebote verschiedener Verbände und Organisationen. Hier sind insbesondere aus der Selbsthilfe resultierende Beratungsangebote zu nennen, bspw. durch die Deutsche Alzheimergesellschaft. Insgesamt kann in Deutschland also von einem recht umfangreichen und auf unterschiedliche Bedarfslagen zugeschnittenen Beratungsangebot ausgegangen werden.

Insbesondere mit der Etablierung der Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI ist die Pflegeberatung verstärkt in den wissenschaftlichen Fokus getreten. Dabei wird eine Beratungslandschaft konstatiert, die sich qualitativ höchst heterogen präsentiert. Neben verbindlichen Mindeststandards zu strukturellen und personellen Rahmenbedingungen (Kirchen-Peters/Nock 2016) fehlt es vielfach an konzeptionellen Grundlagen der Beratung, die die Perspektive Ratsuchender konsistent verfolgen und wissenschaftliche Erkenntnisse mit Beratungshandeln verknüpfen (Oetting-Roß et al. 2016). Eine bundesweite Evaluation der Beratung nach § 7a SGB XI hält fest, dass gute Beratungspraxis dann sichtbar wird, wenn professionell ausgearbeitete Grundlagen und Instrumente für die Beratungsarbeit vorliegen (GKV Spitzenverband 2011). Als Qualitätsinstrumente haben sich für die pflegerische ebenso wie für die medizinische Versorgung Qualitätsinstrumente, wie Expertenstandards oder Leitlinien zu zentralen Versorgungsaspekten oder zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen etabliert. Ihre Entwicklung folgt transparenten und wissenschaftlich fundierten Kriterien. Für Fragen der Pflegeberatung steht die explizite Formulierung von Qualitätsmaßstäben oder gar Qualitätsinstrumenten jedoch noch aus.

Das Projekt Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ) will einen Beitrag zur Entwicklung von Qualitätsmaßstäben in der Pflegeberatung leisten und dabei vor allem die Perspektive der Nutzer/-innen von Beratungsangeboten eine Stimme verleihen. Das Projekt greift unterschiedliche Diskussionslinien auf und führt sie unter einer Forschungs- und Entwicklungsperspektive zusammen. Eine Diskussion, auf die Bezug genommen wird, ist der

bei der Entwicklung der Pflegeversicherung explizite Gedanke einer Co-Produzentenschaft der Dienstleistung Pflege (Evers 1997; Kondratowitz 1997). Co-Produzentenschaft bezieht sich auf eine gemeinschaftliche Bewältigung von Pflegebedürftigkeit durch lebensweltliche und professionelle Unterstützungs- und Hilfeformen. Sie impliziert eine fortwährende Aushandlung und Verständigung über Häufigkeit, Umfang, Zeitpunkt und Form der Hilfen. Zwar ist diese Diskussion ins Stocken geraten, aber auf der politischen Ebene ist die Beteiligung von Nutzer/-innen bei Vorhaben zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung mittlerweile fester Bestandteil und gesetzlich in der Pflegeversicherung (§ 118 SGB XI) und der Krankenversicherung (§ 140f SGB V) verankert.

Dies gilt insbesondere für die Beteiligung an Qualitätsmaßstäben. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege beteiligt die Nutzer/-innen bei der Entwicklung der Expertenstandards zu pflegerischen Qualitätsrisiken (DNQP 2015). Ebenso sieht die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften in ihrem methodischen Vorgehen zur Leitlinienentwicklung die Berücksichtigung der Patientenperspektive vor (AWMF 2012). Auch im Rahmen des Programms zur Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin wird die Beteiligung von Patientenvertretern als Qualitätskriterium für hochwertige Leitlinien ausgewiesen (ÄZQ 2016). Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass die Formen der Einbeziehung und die Vorstellungen darüber, zu welchen Fragen und in welcher Form eine Beteiligung stattfindet, recht uneinheitlich sind. Die hohe Relevanz der partizipativen Interaktion wird zwar innerhalb der bestehenden Literatur betont, allerdings in empirischen Erhebungen kaum berücksichtigt. Somit bestehen nur wenige Analysen darüber, wie eine partizipative Qualitätsentwicklung in kontinuierliche Prozesse integriert werden kann. Die meisten Erhebungen fokussieren sich auf die Analyse der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Partizipation, das Erreichen von Qualitätszielen und dessen Bestimmung, wird in diesem Zusammenhang kaum beleuchtet. Zudem bestehen unterschiedliche Vorstellungen zu der Frage, wer zu welchem Thema aufgrund welcher Kriterien eigentlich der oder die richtige Vertreter/in der Nutzerperspektive ist (Messer 2018).

Ansatzpunkte zu einer gelungenen Qualitätsentwicklung unter Beteiligung von Nutzer/-innen finden sich im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. In zwei Projekten der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung wurde der Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung entwickelt und dabei Wege aufgezeigt, wie professionelle Akteure und Nutzer/-innen bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben zusammenwirken können (Wright 2010). Partizipative Qualitätsentwicklung versteht sich als Zweig der Aktions- bzw. Handlungsforschung und verbindet deren Kernintention, Forschung nicht *über* die Praxis, sondern *in Zusammenarbeit mit* der Praxis zu betreiben (Bradbury 2015)

mit Elementen der Qualitätsentwicklung. Ziel ist „eine ständige Verbesserung von Maßnahmen [...] durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Projekt, Zielgruppe, Geldgeber und ggf. anderen wichtigen Akteuren.“ (Wright et al. 2010). Die partizipative Forschung verfolgt den Anspruch, diejenigen Menschen an Projekten zu beteiligen, die im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen und die unmittelbar betroffen sind (Bergold/Thomas 2012). Die Arbeiten aus dem Bereich der partizipativen Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention bieten, wie im Verlauf dieses Berichts (s. Kap. 2.3.3) noch ausführlicher dargelegt wird, einen guten Rahmen für die partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung

Im Projekt PartiziQ wurden erstmals Nutzer/-innen bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben für die Beratung in der Pflege beteiligt. Ziel war es dabei, den Nutzer/-innen im Sinne höchstmöglicher Partizipation die Entscheidungsmacht über das definierte Qualitätsniveau zu geben, während der wissenschaftliche Teil des Vorgehens in der Vorbereitung und methodischen Begleitung des Prozesses sowie der Aufbereitung der Ergebnisse bestand. Um die Vielfalt der Beratungslandschaft widerzuspiegeln wurde das Projekt PartiziQ in Kooperation mit drei Beratungsangeboten durchgeführt, die jeweils zu eigenen Schwerpunkten tätig sind und die unterschiedliche Rahmenbedingungen repräsentieren. Beteiligt waren der Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück (LK Osnabrück), die Beratungsstelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen des Diakonischen Werks Berlin Stadtmitte (Pflege in Not) sowie das Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz. Die jeweils in den Beratungsangeboten tätigen Mitarbeiter/-innen wurden ebenfalls als gleichberechtigte Partner/-innen im Projekt betrachtet (im Folgenden als Praxispartner/-innen bezeichnet) und waren an Entscheidungsprozessen beteiligt.

Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Ausrichtung der Beratungsangebote bestand der Anspruch des Projekts nicht darin, einen einheitlichen Qualitätsmaßstab zu entwickeln, der für alle Beratungsangebote in der Pflege Gültigkeit besitzt. Vielmehr war die Grundannahme, dass unterschiedliche Beratungsanlässe auch andere Bedürfnisse Ratsuchender mit sich bringen (vgl. dazu Englert et al. 2017). Gleichzeitig ist der Beratungsbedarf immer auch von lokalen Bedingungen abhängig, wie etwa einer ländlichen oder städtischen Wohnsituation der Betroffenen. Ziel war es also, unter Beteiligung tatsächlicher Ratsuchender Qualitätsmaßstäbe zu entwickeln, die auf die jeweiligen Beratungsangebote zugeschnitten sind. Darüber hinaus sollten Erkenntnisse generiert werden, wie partizipative Prozesse in der Qualitätsentwicklung im Pflegesektor gestaltet werden können.

Im folgenden Projektbericht werden in Kapitel 2 wissenschaftliche Grundlagen bzw. bereits vorliegende Erkenntnisse zu den relevanten Themensträngen Beratung, Qualitätsentwicklung

und Partizipation im Projekt dargestellt. Zunächst wird der Themenbereich der Pflegeberatung näher betrachtet und der Frage nachgegangen, welche Aussagen sich zu den Qualitätsvorstellungen der Nutzer/-innen von Beratungsangeboten zum gegenwärtigen Zeitpunkt treffen lassen. Es folgt eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der Qualitätsentwicklung und wie diese im Kontext von Pflegeberatung zu verorten ist. Im Anschluss wird der dritte Themenstrang, Nutzerpartizipation im Pflege- und Gesundheitswesen beleuchtet, wobei auch auf die theoretische Rahmung des Projekts, das Konzept der partizipativen Qualitätsentwicklung, näher eingegangen wird.

Der nachfolgende Teil des Projektberichts schildert das Vorgehen zur Erarbeitung der Qualitätsmaßstäbe an den drei Projektstandorten. Dazu werden in Kapitel 3 zunächst die vorbereitenden Maßnahmen im Projekt dargestellt. Begonnen wurde mit dem Aufbau einer Zusammenarbeit zwischen dem wissenschaftlichen Team und den kooperierenden Beratungsangeboten. Es folgte der zentrale Arbeitsschritt der Identifikation der am partizipativen Prozess zu beteiligenden Nutzer/-innen. In Vorbereitung der Arbeitsphase mit den Nutzer/-innen vor Ort wurde weiterhin eine schriftliche Befragung durchgeführt, deren Ergebnisse ebenfalls vorgestellt werden.

In Kapitel 4 wird ausführlich über das Herzstück des Projekts berichtet: die partizipative Arbeitsphase mit den drei Nutzergruppen. Dazu werden zunächst methodische Vorbereitungen geschildert und anschließend die Ergebnisse der Arbeitsphase vorgestellt. Weiterhin wird die Aufbereitung der Ergebnisse in Form der erarbeiteten Qualitätsmaßstäbe präsentiert und auf die Ausarbeitung einer Arbeitshilfe eingegangen, anhand derer andere Beratungsangebote ebenfalls einen partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess durchlaufen können.

Eine zusammenfassende Betrachtung in Kapitel 5 vergleicht die Ergebnisse an den Standorten und beleuchtet die gewonnenen Erkenntnisse in Hinblick auf die Qualitätsentwicklung für Beratungsangebote in der Pflege. Des Weiteren wird auf die methodischen Einschränkungen der Projektergebnisse ausführlich eingegangen. Das Kapitel schließt mit einem Ausblick und Handlungsempfehlungen.

3 Theoretischer Hintergrund

3.1 Die Nutzerperspektive auf Pflegeberatung in Deutschland – Literaturrecherche und Synopse vorliegender Evaluationsberichte

Das folgende Kapitel trägt bislang vorliegende Erkenntnisse zum Beratungserleben der Nutzer/-innen zusammen und geht dabei der Frage nach, wie sich Beratungsbedarfe aus der Nutzerperspektive darstellen lassen. In einem zweiten Schritt werden die Erkenntnisse dahingehend geprüft, ob sich ein beratungsspezifisches Qualitätsverständnis der Ratsuchenden ableiten und für die Entwicklung von Qualitätskriterien nutzen lässt.

Die dargestellten Ergebnisse der Literaturrecherche wurden als wissenschaftlicher Beitrag in einer Fachzeitschrift publiziert¹.

3.1.1 Methodik

Zur Identifikation von Arbeiten, die Beratung zu Themen im Kontext der Langzeitversorgung fokussieren und das Beratungserleben aus der Nutzerperspektive untersuchen, wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken CareLit und Livivo sowie in SpringerLink durchgeführt. Verwendet wurden die folgenden Suchbegriffe, die anhand Boole'scher Operatoren verknüpft wurden: Pflegestützpunkt, Pflegeberatung, Beratung, Pflege, Evaluation, Angehörige. Da ein Einblick in die Situation in Deutschland Ziel dieses Beitrags ist, konzentrierte sich die Recherche auf die genannten Datenbanken. Um zu prüfen, ob englischsprachige Artikel für den deutschen Kontext vorliegen, wurde anhand entsprechender englischer Begriffe zusätzlich in PubMed recherchiert. Die Konzentration auf Literatur mit Bezug auf den deutschen Kontext basiert nicht zuletzt auf der Erkenntnis aus den Recherchearbeiten für die Entwicklung des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) (Büscher et al. 2016), dass die internationale Beratungsforschung und der deutsche Beratungskontext nur geringe Schnittmengen aufweisen. Insgesamt konnte durch die Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken nur wenig Literatur zusammengetragen werden. Dagegen lag bereits zu Beginn der Recherche eine Reihe von Evaluations- bzw. Projektabschlussberichten zur Entwicklung der Pflegestützpunkte vor, die vermuten ließ, dass ein Großteil der relevanten Literatur zu Beratung in der Pflege durch Evaluations- und Projektabschlussberichte repräsentiert wird. Auch damit bestätigte sich eine Erkenntnis aus dem genannten Projekt (Büscher et al. 2016) deren Autoren darauf hinweisen, dass Berichte zu Pflegeberatung in Deutschland über Datenbanken kaum zu identifizieren sind. Daher

¹ Englert et al. (2017). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. *Z Gerontol Geriat, online first*

erfolgte eine breit angelegte Internetrecherche mittels der Suchmaschinen Google und MetaGer. Dabei wurde zunächst nach Projektabschluss- und/oder Evaluationsberichten zur Umsetzung der Pflegestützpunkte gesucht, um die Auswahl bereits vorliegender Berichte zu vervollständigen. Im nächsten Schritt wurde nach Berichten zu Angeboten gesucht, die sich an gesetzlichen Beratungsanlässen im Rahmen des SGB orientieren. Im Einzelnen wurden die Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI, Pflegekurse nach §45 SGB XI sowie die Unabhängige Patientenberatung nach §65b SGB V berücksichtigt. Ebenfalls in die Suche einbezogen wurden Berichte zu Angeboten, die ohne gesetzlichen Auftrag agieren. Abschließend wurde anhand der diversen Quellenverzeichnisse geprüft, ob im Schneeballverfahren weitere Literatur identifizierbar ist.

Mit der dargestellten Vorgehensweise konnten insgesamt 17 Arbeiten identifiziert werden, die die Beratungsangebote aus der Perspektive der Nutzer/-innen empirisch analysieren. Von diesen 17 Arbeiten sind lediglich vier in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert (Büscher et al. 2010; Nickel et al. 2010; Reichert et al. 2016; Schmidt/Luderer 2013). Sieben Arbeiten setzen sich mit der Beratung in Pflegestützpunkten auseinander (Döhner et al. 2011; Joost/Metzenrath 2012; Kraehmer et al. 2013; Michell-Auli et al. 2010; Rambøll Management Consulting 2011; Rothgang et al. 2012; Schmidt/Luderer 2013). Davon sind sechs Arbeiten im Rahmen einer Evaluation der Implementierungsphase der Pflegestützpunkte auf Landesebene entstanden, eine Arbeit wurde als Forschungsbeitrag publiziert (Schmidt/Luderer 2013). In zwei Projektberichten wird die Pflegeberatung nach §§7 und 7a SGB XI auf bundesweiter Ebene evaluiert (COMPASS 2011; GKV Spitzenverband 2011), in einem weiteren auf Landesebene (Böttcher et al. 2013). Eine Arbeit berichtet über die Entwicklung und Evaluation von Bildungs- und Beratungsangeboten beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege in Anlehnung an §45 SGB XI (Gröning 2011), in einer weiteren Arbeit wird die Umsetzung häuslicher Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI analysiert (Büscher et al. 2010). Zwei Arbeiten setzen sich mit Beratungsangeboten zu Pflege Themen auseinander, die keinen gesetzlich vorgegeben Beratungsanlass aufgreifen (Esslinger 2009; Reichert et al. 2016), drei weitere thematisieren den Beratungsbedarf Betroffener unabhängig von einem spezifischen Angebotskontext (Ehlers 2010; Mischke /Meyer 2008; Nickel et al. 2010). Eine Übersicht über die identifizierten Arbeiten bietet Tabelle 1.

Das gewählte methodische Vorgehen zur Annäherung an die Nutzerperspektive ist überwiegend quantitativ geprägt, durch eine schriftliche oder telefonische Befragung der (potentiellen) Nutzer/-innen der Beratungsangebote. Befragungsinhalte waren die Beratungsanlässe aus Nutzerperspektive, das Inanspruchnahmeverhalten, die Zufriedenheit der Nutzer/-innen sowie umgesetzte Veränderungen nach der Beratung. Insbesondere in den

Arbeiten, die nicht die Evaluation von Beratungsangeboten auf Landes- oder Bundesebene zum Gegenstand haben, wurde ein qualitativer Zugang gewählt und Beratungsbedarfe sowie das Erleben der Beratung fokussiert. Nutzer/-innen wurden in allen Arbeiten als Pflegebedürftige und deren Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer definiert, wobei oftmals eine reine Konzentration auf pflegende Angehörige erfolgte oder nur wenig Pflegebedürftige erreicht werden konnten.

Tabelle 1: Übersicht identifizierter Arbeiten zu Beratungsbedarfen aus der Nutzerperspektive

Quelle	Forschungsgegenstand
Böttcher et al. (2013) Wissenschaftliche Evaluation zum Konzept der Vernetzten Pflegeberatung im Land Sachsen-Anhalt. Berichtsteil I: Endbericht. Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, Magdeburg.	Pflegeberatung nach §§7/7a SGB XI, landesweit
Büscher et al. (2010). Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).	Häusliche Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI
COMPASS Private Pflegeberatung GmbH (Hrsg.). (2011). Bericht zur Pflegeberatung, Köln	Pflegeberatung nach §§7/7a SGB XI, bundesweit
Döhner et al. (2011) Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg, Hamburg.	Beratung in Pflegestützpunkten
Ehlers (2010) Gesamtbericht zur Angehörigenbefragung. Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen – Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT), Dortmund.	Beratungsbedarf Betroffener unabhängig von einem spezifischen Angebotskontext
Esslinger (2009) Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter. Vernetzung und Kooperation im Blickwinkel der Strukturierung. Gabler, Wiesbaden.	Beratungsangebote ohne gesetzlich vorgegebenen Beratungsanlass
GKV Spitzenverband (Hrsg.) (2011) Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, Berlin.	Pflegeberatung nach §§7/7a SGB XI, bundesweit
Gröning (2011) Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's. Evaluation der durchgeführten Pflegetrainings und Initialpflegekurse im Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Dezember 2010. Universität Bielefeld, Bielefeld.	Bildungs- und Beratungsangebote in Anlehnung an §45 SGB XI
Joost/Metzenrath (2012) Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium, Frankfurt a. M.	Beratung in Pflegestützpunkten

Kraehmer et al. (2013) Wissenschaftliche Evaluation der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Neubrandenburg.	Beratung in Pflegestützpunkten
Michell-Auli et al. (2010). Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.	Beratung in Pflegestützpunkten
Mischke/Meyer (2008) Beratung Pflegenden Angehöriger. Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus der Perspektive Pflegenden Angehöriger. Projektabschlussbericht. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken.	Beratungsbedarf Betroffener unabhängig von einem spezifischen Angebotskontext
Heinrich et al. (2013) Pflegeberatung aus Sicht ratsuchender Bürgerinnen und Bürger – eine qualitative Erfassung von Beratungsanliegen und Informationsbedürfnissen. informationsdienst altersfragen, 40 (01), 3–9.	Beratungsbedarf Betroffener unabhängig von einem spezifischen Angebotskontext
Rambøll Management Consulting (2011) Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.	Beratung in Pflegestützpunkten
Reichert et al. (2016) Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige. Z Gerontol Geriat 49:181–186.	Beratungsangebote ohne gesetzlich vorgegeben Beratungsanlass
Rothgang et al. (2012) Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Bremen.	Beratung in Pflegestützpunkten
Schmidt/Luderer (2013) „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern. Informationsdienst altersfragen 40:10–18.	Beratung in Pflegestützpunkten

Im Folgenden werden nun zunächst die Beratungsbedarfe aus der Perspektive (potentieller) Nutzer/-innen beleuchtet. Anschließend folgt eine Annäherung an das Qualitätsverständnis der Nutzer/-innen, welches sich aus der Literatur ableiten lässt. Die Diskussion der Ergebnisse verfolgt insbesondere das Ziel, Forschungslücken bezüglich der Nutzerperspektive auf Beratungsangebote aufzuzeigen. Das Kapitel schließt mit einer kurzen Zusammenfassung.

3.1.2 Ergebnisse

Aus den vorliegenden Berichten und Untersuchungen lässt sich der Beratungsbedarf anhand der Beratungsanliegen, der nachgefragten Themen und der Erwartungshaltung der Ratsuchenden konkretisieren.

Für die Nutzer/-innen der Beratungsangebote nach §§7 und 7a SGB XI sind Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung ein zentrales Beratungsanliegen (GKV Spitzenverband 2011). Dabei werden sowohl konkrete Leistungsansprüche im Rahmen des SGB XI sowie deren Finanzierungsoptionen nachgefragt (Kraehmer et al. 2013). In einem engen Zusammenhang dazu stehen Fragen rund um das Einstufungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Rothgang et al. 2012). Vielfach nachgefragt werden auch Informationen zu lokalen Pflegeangeboten, insbesondere zu ambulanten Pflegediensten (Döhner et al. 2011; Kraehmer et al. 2013). Vorliegende Befunde deuten darauf hin, dass bei der Beratung in Pflegestützpunkten psychosoziale Themen oder pflegfachliche Beratung eine untergeordnete Rolle spielen. Vielmehr nimmt diese Beratung eine wichtige Lotsenfunktion durch die Versorgungslandschaft ein. Im Vordergrund steht für die Ratsuchenden dabei die Unterstützung zur Bewältigung und Verbesserung der häuslichen Pflegesituation mit dem Ziel, einen Wechsel von der ambulanten in die stationäre Versorgung so lange wie möglich zu vermeiden (Döhner et al. 2011; GKV Spitzenverband 2011). Analog identifizieren Nickel et al. im Rahmen einer qualitativen Untersuchung vier zentrale Kategorien, die den Beratungsbedarf der Nutzer/-innen widerspiegeln. Dies sind Informationen zum Versorgungssystem, Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem, Informationen zu regionalen Dienstleistern sowie situations- und krankheitsspezifische Fragen, wobei letzteres auch die Versorgung mit Hilfsmitteln einschließt (Nickel et al. 2010).

Die Auseinandersetzung mit Beratungsangeboten abseits der Pflegestützpunkte fördert weiteren Beratungsbedarf zutage. So werden in den häuslichen Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI pflegepraktische Hinweise und Unterstützung als besonders hilfreich empfunden, was einen Bedarf an praktischen Schulungen für pflegende Angehörige unterstreicht (Büscher et al. 2010; Gröning 2011). Die Evaluation einer Mobilen Demenzberatung (Reichert et al. 2016) führte zu der Erkenntnis, dass diejenigen Nutzer/-innen, die noch keine weiteren Beratungsangebote in Anspruch genommen hatten, zunächst Informationen zum Krankheitsbild Demenz abfragten. Konkrete Versorgungs- und Betreuungsoptionen gewinnen erst in Folgeberatungen an Relevanz, wenn das Verständnis krankheitsspezifischer Informationen den Ratsuchenden eine Einordnung der Pflegesituation erlaubt. Darauf verweisen auch Ergebnisse von Rothgang et al. (2012), wonach die Inhalte der nachgefragten Informationen von der Höhe der Pflegestufe abhängig sind. Auch Mischke und Meyer (2008) halten in ihrer qualitativen Untersuchung mit Pflegenden Angehörigen fest,

dass Beratungsbedarfe stark situativ sind vom Stadium der „Pflegerkarriere“ bestimmt werden. So besteht zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ein hoher Informationsbedarf, während im Verlauf der Pflege vor allem Kontinuität, Unterstützung bei bürokratischen Verfahren und pflegepraktische Hinweise gefragt sind.

Wenngleich psycho-soziale Themen der Beratung auch hier aus Nutzersicht nachrangig erscheinen, ist zu vermuten, dass in spezifischen Pflegesituationen diese für die Betroffenen oberste Priorität haben. Beratungsexperten konstatieren jedenfalls einen erhöhten Bedarf an psychosozialen Themen und Themen im Kontext „krisenhafter Lebenssituationen“ (ZEFIR 2013). Dies unterstreicht auch die rege Nachfrage der Berliner Beratungsstelle Pflege in Not e.V., deren Mitarbeiter/-innen insbesondere psycho-soziale Unterstützung in konfliktbelasteten Pflegesituationen leisten und zu entsprechenden Themenstellungen beraten (Pflege in Not e.V. 2014).

So vielschichtig die Beratungsanliegen sind, lässt sich doch über alle Angebote hinweg eine Gemeinsamkeit identifizieren. Viele der Ratsuchenden fühlen sich mit der Pflegesituation überfordert, sei es aufgrund einer zu komplexen und undurchsichtigen Versorgungslandschaft oder der multiplen Belastungen, die insbesondere für Angehörige aus der Pflege resultieren. Sie wünschen sich, Informationen gebündelt und leicht verständlich zu erhalten und dabei nicht in einem energieraubenden Prozess verschiedene Institutionen anlaufen zu müssen, bevor sie alle benötigten Informationen oder das für sie passende Beratungsangebot gefunden haben (Ehlers 2010).

Ein zentrales Anliegen der Inanspruchnahme von Beratung ist der Wunsch nach einem festen Ansprechpartner, der die Betroffenen in ihrer individuellen Situation begleitet und damit Rückhalt und ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann (Ehlers 2010; GKV Spitzenverband 2011; Kraehmer et al. 2013; Rambøll Management Consulting 2011). Letzteres kann als notwendiger psychosozialer Anteil der Beratung in der Langzeitversorgung verstanden werden, verbunden mit dem Bedürfnis nach Kontinuität und einer vertrauensvollen Beziehung zu den Berater/-innen.

Welche Leistungsmerkmale sind für Nutzer/-innen in Anbetracht der Individualität ihrer Beratungsanliegen schließlich entscheidend und bewirken ein hilfreiches Erleben der Beratung? Der Blick auf die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen ist zwar erfreulich, scheint aber zunächst nur wenig erkenntnisreich: Wie im Gesundheits- und Pflegewesen üblich erreichen die evaluierten Angebote durchgehend hohe bis sehr hohe Zufriedenheitswerte ihrer Nutzer/-innen (Döhner et al. 2011; Kraehmer et al. 2013; Michell-Auli et al. 2010; Rothgang et al. 2012) und ermöglichen wenig Rückschluss auf spezifische Beratungsaspekte, die das Qualitätsurteil beeinflussen.

Bei eingehenderer Betrachtung fällt auf, dass Aspekte der Beratungsinfrastruktur, wie etwa die räumliche Erreichbarkeit (Joost/Metzenrath 2012), tendenziell schlechter bewertet werden. Analog beziehen sich Verbesserungsvorschläge seitens der Nutzer/-innen vorrangig auf infrastrukturelle Aspekte. So wird bspw. ein besserer Zugang zur Beratungsstelle oder mehr Privatsphäre bei der Beratung angeregt (Rothgang et al. 2012). Festzuhalten bleibt jedoch, dass der wahrgenommene Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Infrastruktur nicht die Gesamtzufriedenheit der Nutzer/-innen schmälert.

Eine differenzierte Betrachtung der Nutzergruppen bringt ebenfalls Unterschiede zutage. So sind Nutzer/-innen, die ein umfangreiches Fallmanagement in Anspruch genommen haben, zufriedener als jene, die nur eine Beratung im Sinne einer Kurzzeitintervention erhalten haben (GKV Spitzenverband 2011). Entsprechend erleben deutlich mehr Fallmanagementkunden auch eine subjektive Verbesserung der häuslichen Pflegesituation. Die Autoren der genannten Studie führen diese Ergebnisse darauf zurück, dass die Breite und Intensität der Beratung den größten Einfluss darauf hat, wie hilfreich die Beratung von Nutzer/-innen empfunden wird (GKV Spitzenverband 2011). Über die verschiedenen Beratungsanlässe in Pflegestützpunkten hinweg (Information, Beratung, Fallmanagement) fühlen Ratsuchende sich besser informiert, je intensiver der Beratungskontakt erlebt wird. Entsprechend wird die Beratung schlecht bis gar nicht angenommen, wenn der Eindruck entsteht, dass die Berater/-innen sich nicht um Unterstützung bemühen oder die persönlichen Wünsche der Nutzer/-innen unberücksichtigt bleiben.

Die zentrale Rolle der Berater/-innen konnte auch Esslinger (2009) herausarbeiten. Das Ergebnis einer Faktorenanalyse zeigt, dass zum einen das Wissen, die Höflichkeit und die Vertrauenswürdigkeit der jeweiligen Berater/-innen, zum anderen das Ausmaß, in dem die Handlungs- und Problemlösefähigkeit der ratsuchenden Person gestärkt wurde, den bedeutsamsten Einfluss auf das Qualitätsurteil haben. Damit kommt der Beziehungsgestaltung zwischen Berater/-in und ratsuchender Person eine entscheidende Bedeutung zu. Dies gilt umso mehr, je komplexer der Hilfe- und Unterstützungsbedarf ist. In einer Untersuchung mit mehrfach erkrankten Nutzer/-innen von Pflegestützpunkten konnten Schmidt und Luderer (2013) aufzeigen, dass das aufgebaute Vertrauensverhältnis zentraler Bestandteil einer als hilfreich erlebten Beratung ist. Die Unterstützung durch die Beratung ermöglicht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Alltagsgestaltung und vermittelt ein Gefühl von Sicherheit, nicht zuletzt auch dadurch, dass die Ratsuchenden sich durch die Berater/-innen anwaltschaftlich vertreten fühlen. Damit wird die Beziehungsgestaltung und -intensität als Schlüsselfaktor für eine subjektiv erlebte Stabilisierung der Pflegesituation beschrieben. Hier bestätigt sich, wie bereits eingangs erwähnt, dass die Beratungsforschung nur bedingt konstitutiv für die deutsche Beratungspraxis ist. In untersuchten Konzepten zur Beratung im

Rahmen der Pflegeversicherung ist der stabilisierende Einfluss kontinuierlicher Beratungsbeziehungen kaum berücksichtigt worden (Oetting-Roß et al. 2016).

3.1.3 Diskussion

Die dargestellten Erkenntnisse liefern zentrale Hinweise zu Beratungsbedarfen und Qualitätsansprüchen aus Nutzersicht. Dennoch bleiben wichtige Fragen offen.

So findet überwiegend keine Differenzierung zwischen den Ratsuchenden statt, vielmehr werden die Anliegen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in einer Perspektive vermengt oder der Fokus ausschließlich auf ratsuchende Angehörige gelegt (vgl. auch (Oetting-Roß et al. 2016)). Die wenigen vorliegenden Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die beiden Nutzergruppen zwar die gleichen Themenspektren abfragen, aber abweichende Schwerpunkte setzen. So informieren sich Angehörige deutlich häufiger über Entlastungsangebote für Pflegende als selbst Betroffene (COMPASS 2011) und suchen vermehrt präventiv die Beratung auf (Böttcher et al. 2013). Pflege- und Hilfebedürftige erleben eine Beratung dann als besonders hilfreich, wenn sie ihre Rechte gestärkt sehen, während pflegende Angehörige besonderen Nutzen daraus ziehen können, wenn ihnen konkrete Handlungsoptionen und Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung aufgezeigt werden (Böttcher et al. 2013). Trotz einiger aussagekräftiger Befunde bleibt das Beratungserleben der Pflege- und Hilfebedürftigen in der Forschung stark unterrepräsentiert. Dies korreliert mit der Erkenntnis, dass Beratung zu Pflege Themen überwiegend von Angehörigen in Anspruch genommen wird (COMPASS 2011; Döhner et al. 2011; Joost/Metzenrath 2012). Da in einer Vielzahl der analysierten Literatur der Zugang zu den Nutzer/-innen über die Beratungsstellen erfolgt, ist es naheliegend, dass kaum Pflegebedürftige erreicht wurden. Hier könnten weitere Untersuchungen sinnvoll sein, deren methodischer Zugang die besondere Situation Pflegebedürftiger stärker berücksichtigt.

Unberücksichtigt bleiben auch Genderaspekte, was gerade in höheren Altersklassen mit traditionellen Rollenbildern von Bedeutung sein kann (Ehlers 2010). Nicht zu unterschätzen ist auch der kultur- und sprachensible Beratungsbedarf, was sich an der Evaluation des türkisch- und russischsprachigen Beratungsangebots der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland zeigt (Horn/Schaeffer 2013). Insbesondere bleiben die Beratungsbedarfe von Familien mit pflegebedürftigen Kindern unberücksichtigt, keine der Arbeiten greift die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher auf. Hier spiegelt sich ein reales Problem wieder, da spezifische Beratungsangebote für diese Nutzergruppe nur unzureichend vorhanden sind (Büscher et al. 2010; Kofahl/Lüdecke 2014; Wingenfeld et al. 2013).

Abseits der genannten Einschränkungen hinsichtlich der verschiedenen Nutzergruppen wird auch der Einbezug der individuellen Pflegesituation vernachlässigt. Zwar finden sich zahlreiche Studien zum Erleben von Beratung in Pflegestützpunkten, wenig differenziert betrachtet wird dabei der Umfang des Beratungsbedarfs, der schließlich in die verschiedenen Beratungsarten mündet. So bleiben Ratsuchende, die „nur“ Informationen wünschen, aufgrund der Kürze ihres Beratungskontakts in Evaluationen oftmals unberücksichtigt (Joost/Metzenrath 2012; Rothgang et al. 2012). Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass ein hoher Teil der Ratsuchenden als sogenannte Informationsklienten eingestuft wird (GKV Spitzenverband 2011), sind weiterführende Erkenntnisse hier von hohem Interesse. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Nutzer/-innen spezifischer Beratungsangebote entsprechend individuelle Bedarfe aufweisen, die bspw. verstärkt psychosoziale Unterstützung und damit auch entsprechende Beratungskompetenz erfordern. Insbesondere hinsichtlich des Tabuthemas Gewalt in der Pflege ist zu vermuten, dass drängende Bedarfe oft unausgesprochen bleiben und es an dieser Stelle weiterführender Untersuchungen bedarf (ZQP 2014). Erste Erkenntnisse aus der Zusammenarbeit mit Nutzer/-innen der Beratungsstelle Pflege in Not weisen darauf hin, dass ein hoher Bedarf an psychosozialen Entlastungsgesprächen besteht, das Resultat hoch belasteter Pflegesituationen insbesondere im häuslichen Umfeld ist. Quantifizierbare Aussagen liegen diesbezüglich in der Empirie nicht vor.

Hinsichtlich der Nutzergruppen von Beratungsangeboten muss darüber hinaus die Frage aufgeworfen werden, ob auch Leistungsanbieter der pflegerischen Versorgungslandschaft als Nutzer/-innen zu berücksichtigen sind. So zählt bspw. das Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., welches seinen Beratungsschwerpunkt bei pflegerechtlichen Fragen setzt, auch Pflegestützpunkte oder Pflegedienstleister zu seinen Beratungskontakten (Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. 2016). Hierzu liegen keinerlei empirische Erkenntnisse vor, da Nutzer/-innen von Beratungsangeboten bislang ausschließlich über die privaten Pflegehaushalte definiert werden.

Beratungsanliegen werden im Regelfall retrospektiv erfasst. Dies gilt es bei der Interpretation der durchgeführten quantitativen Nutzerbefragungen zu berücksichtigen, insbesondere da die Befragten meist aus einer Liste auszuwählender Beratungsanlässe wählen können. Dabei bleibt die Frage offen, ob und wie Nutzer/-innen ihren Beratungsbedarf auch vor einer Beratung konkretisieren können. In der Perspektivenwerkstatt zu Erarbeitung eines Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) berichteten Experten aus der Beratungspraxis, dass Ratsuchende häufig nicht in der Lage seien, ihre Bedarfe zu benennen oder aber diese entweder verharmlosen oder „verklausulieren“ (Büscher/Oetting-Roß 2016). Dies deckt sich mit Ergebnissen einer

qualitativen Studie von Mischke und Meyer, die darlegen konnten, dass Pflegende Angehörige eine Konkretisierung ihrer Bedarfe erst rückblickend vornehmen können (Mischke/Meyer 2008). Insbesondere können Bedarfe dann erst formuliert werden, wenn positive Erfahrungen einen diesbezüglichen Rückschluss erlauben. Aus settingübergreifenden Evaluationen von Beratung ist bekannt, dass insbesondere ältere Menschen und solche mit niedrigerem Bildungsstand weniger stark ihre Unterstützungsbedarfe formulieren, wobei ältere Menschen zusätzlich dazu neigen, einmal festgestellte Bedarfe seltener in die tatsächliche Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten münden zu lassen (ZEFIR 2013). Die Schwierigkeit, eigene Bedarfe zu erkennen und zu formulieren, bietet einen möglichen Erklärungsansatz für den hohen Teil von Nutzer/-innen, die die Beratung erst in einer auch subjektiv wahrgenommenen Überforderungssituation aufsuchen (GKV Spitzenverband 2011; Reichert et al. 2016). Untersuchungen, die sich damit auseinandersetzen, wie und ob Ratsuchende ihren Bedarf vor der Inanspruchnahme der Beratung formulieren können, können damit weiterführende Rückschlüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten, aber auch auf notwendige Kompetenzen der Berater/-innen möglich machen.

3.1.4 Zusammenfassung

Die Motive zur Inanspruchnahme der Beratung sind vielfältig und lassen sich sowohl aufgrund der methodischen Heterogenität vorliegender Studien als auch der jeweils betrachteten Beratungsanlässe nur schwer vergleichen (vgl. auch Kirchen-Peters/Nock 2016). Je nach Beratungsanlass und individueller Situation deuten sich andere Schwerpunkte an.

Zur Frage nach Beratungsbedarfen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen konnten in den vergangenen Jahren im Rahmen der Etablierung der Pflegestützpunkte zahlreiche Erkenntnisse zusammengetragen werden. Dennoch muss festgehalten werden, dass die Empirie sich vorrangig auf eben dieses Beratungsangebot bezieht und wenig Differenzierung zwischen den Nutzergruppen erfolgt. Auch wurde bislang nicht diskutiert, wer überhaupt als Nutzer/-in von Beratung zu Pflege Themen zu definieren ist. Je spezifischer sich das Beratungsangebot gestaltet, umso naheliegender ist es, dass auch Personen abseits der privaten Pflegehaushalte die Expertise der jeweiligen Beratungsstelle in Anspruch nehmen.

Festhalten lässt sich abschließend, dass Nutzer/-innen aus privaten Pflegehaushalten Beratung zu pflegerischen Themen dann als positiv erleben, wenn ein kontinuierlicher Ansprechpartner ein Gefühl der Sicherheit vermitteln sowie Problemlagen in ihrer Komplexität reduzieren und Lösungswege aufzeigen kann. Dabei nimmt über alle Nutzergruppen und Beratungsanlässe hinweg, die Berücksichtigung der jeweils individuellen Situation durch die Berater/-innen den zentralen Stellenwert ein.

3.2 Qualitätsentwicklung im Pflege- und Gesundheitswesen

Sich Gedanken um die Qualität der eigenen Arbeit zu machen, kann mittlerweile als weitgehend selbstverständlich in Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung angesehen werden. Zu unterscheiden sind die Anforderungen, denen zugelassene Versorgungseinrichtungen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und daraus folgender Verordnungen zu genügen haben und die als Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bezeichnet werden, von Anforderungen der internen Qualitätsentwicklung, die sich auf in den Einrichtungen initiierte Maßnahmen beziehen, durch die die Qualität der eigenen Leistungen verbessert und gesichert werden soll.

Im Rahmen der externen Qualitätssicherung hat vor allem die Gesetzgebung in den letzten zehn Jahren für den Aufbau eines umfassenden Systems der Qualitätsentwicklung und –sicherung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung gesorgt. Innerhalb der Krankenversicherung kommt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Hauptverantwortung für Fragen der externen Qualitätssicherung zu. Er wird dabei unterstützt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), welches das Gutachten über den Nutzen medizinischer Maßnahmen verfasst, die dem G-BA als Entscheidungsgrundlage dienen und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG), welches für die Entwicklung von Verfahren der externen Qualitätssicherung und der Qualitätsdarstellung im SGB V verantwortlich ist. Mittlerweile kann innerhalb des SGB V von weitgehend etablierten Verfahrensweisen ausgegangen werden, mit denen eine qualitätsvolle Versorgung sichergestellt werden soll.

Innerhalb der Pflegeversicherung sind die Verfahren nicht gleichermaßen differenziert entwickelt, sondern es lassen sich zwei Zäsuren der gesetzlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung identifizieren. Einen bedeutenden Schub für die Qualitätssicherung gab es im Jahr 2008 durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG), das eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätssicherung enthielt. So wurde eine jährliche Qualitätsprüfung aller Pflegeheime, ambulanter Pflegedienste und teilstationärer Einrichtungen eingeführt. Zudem sollte durch die Pflege-Transparenzvereinbarungen sichergestellt werden, dass die Bevölkerung in verständlicher Art und Weise über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen informiert wird und diese Informationen bei der Auswahl eines Pflegeheims oder eines ambulanten Pflegedienstes berücksichtigen kann. Die Pflege-Transparenzvereinbarungen brachten das System der Pflegenoten mit sich, das seit seiner Einführung erheblicher Kritik ausgesetzt war (Hasseler/Wolf-Ostermann 2010; Weidner et al. 2011; Theuerkauf 2011; Igl 2011). Ausgelöst wurden die umfangreichen Reformen zur Qualitätssicherung im PfWG I durch den 2. Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des

Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS 2007), der neben positiven Entwicklungen zur Qualität in der Pflege auch auf bestehende Qualitätsmängel hinwies, die von verschiedenen Medien in vielfach skandalisierender Art und Weise aufgegriffen wurden und politischen Druck erzeugten.

Im Laufe der Jahre verdichteten sich die Anzeichen, dass die Reformen von 2008 ihren Intentionen nicht im erwünschten Maße Rechnung tragen konnten. So bewegen sich die Pflegenoten der Pflegeheime und Pflegedienste bundesweit im Bereich von 1,0 -1,5 und sind kaum noch in der Lage, differenzierte Informationen zur Qualität der Pflege zu vermitteln. Verschiedene Gerichte – so auch das Bundessozialgericht – haben sich mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen befassen müssen und dabei zwar die grundsätzliche Legitimität der Veröffentlichung der Transparenzberichte bestätigt, gleichzeitig aber darauf hingewiesen, dass methodische Weiterentwicklungen und Verbesserungen des Systems der Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung wünschenswert wären. Dieser Impuls wurde durch den Gesetzgeber in den Pflegestärkungsgesetzen, insbesondere im Pflegestärkungsgesetz II, aufgegriffen. So wurde zunächst aus der bestehenden Schiedsstelle ein Qualitätsausschuss Pflege gebildet, dem die Aufgabe zukommt, mit Unterstützung durch wissenschaftliche Institutionen neue Verfahren der Qualitätsprüfungen und der Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege zu entwickeln und zu vereinbaren. Die entsprechenden Arbeiten sind jedoch zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht abgeschlossen.

Die kurze Übersicht über die gesetzgeberischen Maßnahmen zeigt, dass vielfältige Maßnahmen ergriffen wurden, um ein hohes Maß an Versorgungsqualität zu gewährleisten und die Bevölkerung vor unsachgemäßer Versorgung zu schützen. Für den Bereich der pflegerischen Versorgung wäre kritisch anzumerken, dass die eingeleiteten Maßnahmen ihrem Anspruch nicht gerecht werden konnten. Zudem wurden Fragen der Qualitätssicherung, vor allem im Hinblick auf die Anbieter professioneller Pflegeleistungen, diskutiert. Andere wichtige Bestandteile der pflegerischen Versorgung, wie die Beratung zu Fragen der Pflege, haben bislang keine oder bestenfalls eine nachgeordnete Rolle gespielt. Zwar wurde durch die Pflegestärkungsgesetze auch ein Prozess zur Entwicklung von Qualitätskriterien für die Pflegeberatung initiiert, dieser ist aber ebenfalls zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht abgeschlossen.

Interne Qualitätsentwicklung

Die gesetzlich initiierten Maßnahmen haben für die Anbieter von Pflegeleistungen eine hohe Bedeutung, da sie verpflichtet sind, sich an den Verfahren der externen Qualitätssicherung zu beteiligen. Insbesondere die regelmäßigen Qualitätsprüfungen haben eine realitätsbildende Wirkung entfaltet. Etwas in den Hintergrund geraten sind demgegenüber die Bestrebungen zur internen Qualitätsentwicklung, die Pflegeeinrichtungen ergreifen, um die Qualität ihrer Arbeit sichtbar zu machen, zu verbessern und über längere Zeiträume zu beobachten. Die interne Qualitätsentwicklung der Anbieter von Beratungsangeboten in der Pflege steht im Mittelpunkt des Projekts PartiziQ.

Diskussionen zur internen Qualitätsentwicklung bewegen sich in der Regel zwischen zwei Enden eines Kontinuums, bei dem das eine Ende in einem sehr subjektiven Qualitätsverständnis besteht, das gut in dem Satz „Qualität entsteht im Auge des Betrachters“ zusammengefasst werden kann. In diesem Verständnis sind es vor allem die Adressaten eines Produkts, Prozesses oder einer Dienstleistung, denen die Definitionshoheit darüber zugesprochen wird, was als qualitativ angesehen wird und was nicht. Im Kontext professioneller Gesundheits- und Pflegeleistungen wird oftmals davon ausgegangen, dass die Nutzerinnen und Nutzer dieser Dienste aufgrund fehlenden Fachwissens nur bedingt die Qualität der verfügbaren und in Anspruch genommenen Leistungen beurteilen können. Wie im nächsten Kapitel verdeutlicht wird, wurden deshalb verschiedene Formen der Beteiligung von Selbsthilfe- und Verbraucherorganisationen etabliert.

Auf der anderen Seite des Kontinuums steht das Verständnis einer sehr verobjektivierten Qualität wie sie in der DIN ISO-Definition „Qualität ist der Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ zum Ausdruck gebracht wird. Nach diesem Verständnis wird Qualität durch einen höchst möglichen Erfüllungsgrad offen formulierter Anforderungen erreicht. Die Anforderungen können selbst entwickelt, professionell oder wissenschaftlich erarbeitet oder durch gesetzliche Vorgaben bestimmt sein. Aus Sicht derjenigen, die Qualität für ihre Dienstleistungen entwickeln wollen, ergibt sich daraus die Herausforderung, die eigenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu analysieren und vor dem Hintergrund der Anforderungen zu bewerten. Auf Basis der Bewertung ergeben sich dann in der Regel konkrete Hinweise auf bestehenden Anpassungs- und Veränderungsbedarf. Für Qualitätsentwicklungsprozesse verweist diese Perspektive auf die Notwendigkeit, Ziele explizit zu formulieren sowie Anforderungen konkret zu beschreiben und Bewertungskriterien festzulegen, anhand derer die Zielerreichung evaluiert werden kann.

Das Projekt PartiziQ setzt an dieser Festlegung von Anforderungen an die Pflegeberatung an. Die Formulierung von Kriterien und Maßstäben für unterschiedliche Beratungsangebote zu Aspekten der Pflege soll dabei explizit vor allem die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer berücksichtigen. Sie sollen die entscheidenden Akteure bei der Festlegung der Kriterien sein.

3.3 Partizipation von Nutzer/-innen bei der Qualitätsentwicklung

3.3.1 Nutzerpartizipation im Pflege- und Gesundheitswesen – Ein Überblick

Als Basis zur Bestimmung des Begriffs Partizipation werden oftmals Erfahrungen aus Stadtentwicklungsprojekten herangezogen, die maßgeblich durch Arnstein (1969) geprägt wurden. Demnach waren Gemeindeprojekte und Bürgerinitiativen dann erfolgreich und konnten nachhaltige Veränderungen bewirken, wenn die betroffenen Bürger/-innen in die entsprechenden Projekte eingebunden waren. In der Gesundheitsförderung und Prävention wurde der Begriff der Partizipation maßgeblich durch die Ottawa Charta der World Health Organisation (WHO) geprägt, die die Teilhabe der von Projekten angesprochenen Zielgruppe als grundlegendes Prinzip formuliert (WHO 1986). Kernelement des WHO-Verständnisses von Partizipation ist die Beteiligung von Betroffenen mit Definitions- als auch Entscheidungsmacht: „Participation is a process by which people are enabled to become actively and genuinely involved in defining the issues of concern to them, in making decisions about factors that affect their lives, in formulating and implementing policies, in planning, developing and delivering services and in taking actions to achieve change.“ (WHO 2002). Bezogen auf den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention steht der Gedanke der Partizipation in diesem Verständnis entgegen der herkömmlichen Präventionspraxis, die allein Fachleuten die Expertise einräumt, gesundheitsschädliches bzw. gesundheitsförderliches Verhalten zu definieren. Vielmehr geht der partizipative Ansatz davon aus, dass Gesundheit nur subjektiv bewertet werden kann und will die Betroffenen befähigen, an der Gestaltung gesundheitsfördernder Maßnahmen mitzuwirken (*empowerment*). Die gezielte Partizipation sozial benachteiligter Gruppen kann wesentlich zur Effektivität entsprechender Maßnahmen beitragen und das Präventionsdilemma überwinden, demnach gerade die Gruppen, die über schlechtere Gesundheitschancen verfügen auch schlechter von gesundheitsförderlichen/präventiven Programmen erreicht werden (Bauer 2005; Hurrelmann et al. 2014).

Auch wenn die Partizipation der Zielgruppe in der Prävention und Gesundheitsförderung einen prominenten Stellenwert einnimmt, ist die Notwendigkeit zur Beteiligung der Nutzer/-innen von Gesundheits- und Pflegeleistungen mittlerweile genereller Bestandteil gesetzlicher Bestimmungen zur Gestaltung des Gesundheitssystems. Sowohl im Bereich der Kranken- als auch der Pflegeversicherung ist die Beteiligung von Interessenvertretungen der Nutzer/-innen

in Entscheidungsgremien und bei der Erarbeitung von Richtlinien vorgesehen (§ 140f SGB V, § 118 SGB XI). Die Beteiligungsformen variieren dabei von einer Einbeziehung der Nutzerpräferenzen bis hin zu Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Francke und Hart (2001) / Hart (2005) definieren dazu folgende Formen der Partizipation:

- Umfragebeteiligung: Erkenntnisgewinn über Präferenzen und Einstellungen von Nutzer/-innen
- Verfahrensbeteiligung: Anhörungs-, Stellungnahmerechte zur Erweiterung der Informationsbasis der Entscheider
- Beratungsbeteiligung: Recht auf Diskussionsbeteiligung und Verfahrensbeteiligung
- Entscheidungsbeteiligung: Recht auf Mitentscheidung

Andere Vertreter sehen Partizipation erst dann als gegeben an, wenn die Zielgruppe Definitions- und Entscheidungsmacht besitzt. Arnstein (1969) stellte dazu ein Stufenmodell der Partizipation vor, welches zwischen „echter“ Partizipation und Scheinpartizipation differenziert. Es folgten weitere Definitionen und Modelle (etwa Hart 1992; Trojan 1988/2003), auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll. Allerdings wird das Stufenmodell der Partizipation, welches im Zuge des Ansatzes der partizipativen Qualitätsentwicklung durch Wright, Block und Unger (2010) formuliert wurde, im nachfolgenden Kapitel 2.3.3 ausführlich vorgestellt.

Die Effekte einer Beteiligung von Nutzer/-innen von Gesundheits- und Pflegeleistungen sind vielfältig. Besonders gut untersucht ist der Bereich der Partizipativen Entscheidungsfindung, auch bekannt als *shared decision making*. Das Konzept setzt voraus, dass mindestens Ärztin/Arzt und Patient/-in am Entscheidungsprozess partizipieren und eine gegenseitige Bereitstellung von Informationen gewährleistet ist. Eine systematische Literaturrecherche ergab, dass *shared decision making*-Interventionen eine Wissenszunahme, realistischere Erwartungen über Therapieverläufe, eine intensivere Beteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess, weniger Entscheidungskonflikte und geringere Unentschlossenheit der Patient/-innen gegenüber dem therapeutischen Vorgehen sowie eine Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation und der Risikowahrnehmung der Patient/-innen bewirken (Loh et al. 2007). Weitere Ziele der Beteiligung von Nutzer/-innen an der Versorgungsgestaltung sind die Steigerung der Nutzerzufriedenheit, eine Verbesserung der Legitimation von Entscheidungsprozessen und nicht zuletzt eine Verbesserung der Effektivität und Qualität von Behandlung und Pflege (Prognos AG 2011).

Im Folgenden werden einige Beispiele vorgestellt, die Nutzer/-innen insbesondere bei Qualitätsentwicklungsvorhaben beteiligen. Vor dem Hintergrund eines Partizipationsverständnisses, wonach nur die Möglichkeit zur Mitgestaltung über Definitions-

und Entscheidungsmacht als „echte“ Partizipation gilt, lassen sich die genannten Beispiele allerdings kritisch hinterfragen.

Expertenstandards in der Pflege

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) beteiligt die Nutzer/-innen bei der Entwicklung der Expertenstandards zu pflegerischen Qualitätsrisiken (DNQP 2015). Jeder der bislang entwickelten Expertenstandards entstand unter Federführung einer Expertenarbeitsgruppe, die auf Basis einer umfangreichen Literaturstudie zum gewählten Qualitätsthema den Erkenntnisstand bewerten und in Kooperation mit dem wissenschaftlichen Team an der Hochschule Osnabrück Qualitätskriterien formulieren. Die Expertenarbeitsgruppen bestehen in etwa zu gleichen Teilen aus Vertreter/-innen der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis. Zusätzlich können Patientenvertreter/-innen und Vertreter/-innen des Verbraucherschutzes als Teil der Expertenarbeitsgruppe die Nutzerperspektive einbringen, haben bei der Konsensfindung allerdings keine Abstimmungsrechte. Die Verabschiedung neu entwickelter oder aktualisierter Expertenstandards findet auf den sogenannten Konsensuskonferenzen statt, bei der die Fachöffentlichkeit inkl. der Vertreter/-innen von Verbraucherschutz und Patientenverbänden die Gelegenheit hat, die Inhalte des Standards kritisch zu kommentieren. Diese Rückmeldungen fließen in die abschließende Fassung des Expertenstandards ein.

Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sieht in ihrem methodischen Vorgehen zur Leitlinienentwicklung die Berücksichtigung der Patientenperspektive vor (AWMF 2012). Die Leitlinien der AWMF sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärztinnen und Ärzte zur Entscheidungsfindung zu konkreten Fragestellungen. Auch hier sind sogenannte Leitliniengruppen federführend verantwortlich für die Recherche vorhandener Evidenz und deren Bewertung, auf deren Basis graduierte Empfehlungen für das Vorgehen in spezifischen Situationen ausgesprochen werden. Beteiligt an der Leitliniengruppe sind neben den Anwender/-innen der Leitlinien auch Vertreter/-innen der entsprechenden Patientenzielgruppen. Sehr viel Wert wird zudem auf die Erarbeitung verständlicher, evidenzbasierter Patienteninformationen gelegt, die einen Beitrag zur informierten Entscheidungsfindung leisten sollen. Wie deren Beteiligung ausgestaltet ist, erschließt sich aus dem Regelwerk zur Leitlinienentwicklung nicht.

Programm für Nationale Versorgungsleitlinien

Auch im Rahmen des Programms zur Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien (NVL) des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wird die Beteiligung von Patientenvertreter/-innen als Qualitätskriterium für hochwertige Leitlinien ausgewiesen (ÄZQ 2016). NVL richten sich ebenfalls vorrangig an Ärztinnen und Ärzte aller Versorgungsbereiche sowie an alle weiteren Fachberufe im Gesundheitswesen, an betroffene Patient/-innen und ihr persönliches Umfeld, sowie an Herausgeber strukturierter Behandlungsprogramme und an die medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die NVL unterscheiden sich von klinischen Leitlinien insofern, dass über thematisch eingegrenzte Fragestellungen einzelner medizinischer Fachgebiete hinaus verschiedene Versorgungsbereiche betreffende Fragen aufgegriffen werden. Parallel werden zu den NVL Patientenleitlinien entwickelt, die die Inhalte nutzergerecht aufbereiten und damit den Patient/-innen die gleiche Entscheidungsgrundlage ermöglichen wollen, wie den ärztlichen Anwender/-innen der NVL. Die Berücksichtigung der Patienteninteressen wird über verschiedene Arbeitsschritte gewährleistet, die neben der gezielten Erfassung von Erfahrungen, Anliegen und Erwartungen an die Qualität der Versorgung und einer Evaluation der Versorgungsqualität die Einbindung eines Patientenvertreters/einer Patientenvertreterin in das Expertengremium vorsieht, welches für die Entwicklung der NVL verantwortlich zeichnet (Sänger 2008). Eine Konsultationsfassung wird der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und die eingehenden Kommentare bei der Fertigstellung der NVL berücksichtigt.

Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Das vom Bundesgesundheitsministerium initiierte Projekt „Entwicklung einer Leitlinie zur Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen“ beabsichtigt ebenfalls eine partizipative Beteiligung von Nutzer/-innen bei der Entwicklung von Leitlinien. In Kooperation mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM) und der Universität Hamburg wurde mit der Erstellung einer evidenzbasierten Leitlinie eine Qualitätsverbesserung von Gesundheitsinformationen für Patientinnen und Patienten angestrebt². Analog zu den medizinischen Leitlinien der AWMF enthält diese Leitlinie Qualitätskriterien für die Ersteller von Gesundheitsinformationen, um solche Informationen für die Patienten/-innen verständlicher und transparenter dazustellen. Die Berücksichtigung von Patienteninteressen wurde durch den Einbezug von Patienten- und Verbrauchervertreterinnen innerhalb des Entwicklungs- und Evaluationsprozesses gewährleistet. Die strukturierte Konsensfindung erfolgte innerhalb einer Leitlinien-Entwicklungsgruppe unter Beteiligung von Vertreterinnen

² Zu finden unter www.leitlinie-gesundheitsinformation.de

und Vertretern der beteiligten Berufsgruppen einerseits sowie von Patienten- und Verbraucherorganisationen andererseits (Leitlinie Gesundheitsinformation 2017).

Gutachten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellt fachlich unabhängige, evidenzbasierte (beleggestützte) Gutachten zu Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden, Verfahren der Diagnose und Früherkennung sowie Behandlungsleitlinien und Disease Management Programmen. Darüber hinaus betreibt das IQWiG eine Website mit allgemeinverständlichen Gesundheitsinformationen für die Nutzer/-innen³. Die Beteiligungsmöglichkeiten für Patient/-innen richten sich nach den verschiedenen Arbeitsfeldern des IQWiG, umfassen aber im Wesentlichen Anhörungsmöglichkeiten über Stellungnahmen. Für den Bereich der Health Technology Assessments können Patient/-innen eigene Themenvorschläge einbringen⁴.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält seine Legitimation durch § 91 SGB V und legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Einzelnen übernommen werden. Zudem entwickelt der Ausschuss Vorgaben zu Behandlungsstandards, Strukturen und Abläufen für nach SGB V definierte Leistungsbereiche. Als oberstes Beschlussgremium mit Richtlinienkompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung wird der G-BA von vier Spitzenorganisationen im deutschen Gesundheitswesen gebildet: der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband. Daneben sind Patientenvertreter/-innen antrags-, jedoch nicht stimmberechtigt an allen Beratungen beteiligt. Derzeit dürfen vier bundesweit tätige Patienten- und Selbsthilfeorganisationen die Interessen der Patient/-innen im G-BA vertreten: der Deutsche Behindertenrat (DBR), die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. sowie der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Beteiligung im SGB XI

Auch innerhalb der Pflegeversicherung wurden Regelungen zur Beteiligung von Verbraucherverbänden und Interessensgruppen aufgenommen. So wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen beratend mit und verfügen im

³ Zu finden unter www.gesundheitsinformation.de

⁴ Zu finden unter www.themencheck-medizin.iqwig.de

Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI über ein Antragsrecht. Ähnlich wie im SGB V besitzen die Organisationen kein Stimmrecht. Zu den maßgeblichen Organisationen zählen die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), die Verbraucherzentrale, der Sozialverband VdK, die Alzheimer-Gesellschaft und die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL).

3.3.2 Partizipative Forschungsmethoden

Neben der strukturellen Regelung von Partizipations- und Beteiligungsrechten von Nutzer- und Verbraucherorganisationen innerhalb gesetzlich oder professionell vorgesehener Verfahren der Qualitätsentwicklung, spielt die Entwicklung von konkreten methodischen Vorgehensweisen eine wichtige Rolle, wenn es um die Sicherstellung von Partizipation geht. Im Rahmen der Forschung haben sich unterschiedliche Ansätze partizipativer Forschung herausgebildet, zu denen nachfolgend ein kurzer Überblick gegeben wird.

Partizipative Forschung zielt auf eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen der Wissenschaft und der Praxis ab, um das Forschungsinteresse aus beiden Perspektiven zu betrachten und eine beidseitige Teilhabe zu ermöglichen. Als Praxis gilt in diesem Fall ein ausgewähltes Feld sozialen Handelns und Erlebens. Dabei handelt es sich um einen umfassenden Prozess, der durch Begegnungen, Wechselbeziehungen und Kommunikation zwischen den beiden Parteien geprägt ist. Dieses Handeln strebt keine einheitliche Durchführung von festen Vorgaben an, sondern zielt auf die Strategie des flexiblen Erkenntnisgewinnes von Nutzer und Nutzerinnen bzw. interessierten Bürger/-innen ab (Bergold/Thomas 2012). Somit stehen in der partizipativen Forschung die Teilnehmer/-innen mit ihren Perspektiven und Fähigkeiten im Mittelpunkt des Ansatzes. Der Ursprung des partizipativen Gedankens gründet in der Aktionsforschung, die in den 1940er-Jahren erstmals die Perspektiven der Praktiker einbezog, um gesellschaftliche Probleme zu lösen. Im Laufe der Zeit entwickelten sich unterschiedliche Begriffe und Definitionen, wie zum Beispiel die der Praxisforschung, Tatforschung oder der aktivierenden Sozialforschung (Unger 2014). Trotz der vielfältigen Entwicklungen in der partizipativen Forschung, lassen sich gemeinsame Komponenten identifizieren: Die gewonnenen Erkenntnisse werden direkt genutzt, um verbesserte Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dabei arbeiten die beteiligten Personen der Wissenschaft und Praxis gemeinsam und gleichberechtigt, um eine problemorientierte Lösung zu entwickeln.

Die partizipativen Ansätze haben sich besonders im Gesundheitswesen etabliert, da die gesellschaftlichen Problematiken im Sinne der Ottawa-Charta, dem Beschluss zur internationalen Gesundheitsförderung, von Selbstbestimmung und verbesserter Lebensqualität geprägt sind. Nach Wright (2012) gilt die partizipative Gesundheitsforschung

nicht als reine Methode, sondern als ein Ansatz der Gesundheitsforschung, der eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung anstrebt. In diesem Zusammenhang besteht der Erkenntnisgewinn darin, die alltäglichen Erfahrungen und das Praxiswissen innerhalb eines Dialoges zu erfassen. Dabei können die Praxiserfahrungen sich auf Experten und Akteure ohne professionellen Hintergrund stützen, um allen Menschen eine Teilhabe zu ermöglichen. Diese Ermöglichung von Teilhabe wird vielfach auch als Empowerment bezeichnet. Ein solcher Ermächtigungsprozess ist nach Unger (2014) als ein Kernprinzip der Partizipation anzusehen und ermöglicht eine gesteigerte gesellschaftliche Teilhabe. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven regt einen dialogischen Prozess an, der neue Blickwinkel eröffnet und somit einen Lernprozess anregt. Dabei sind die lokalen Gegebenheiten nicht nur zu verstehen, sondern auch zu verändern. Die Generierung von Handlungsalternativen – und Ansätzen bilden einen weiteren Grundwert der partizipativen Forschung. Die Allgemeingültigkeit der Ergebnisse wird dabei nicht fokussiert, vielmehr stehen die Teilhabe und die darauffolgende Verbesserung der Lage der beteiligten Menschen im Vordergrund des Forschungsgebietes (Wright 2012).

Das Forschungsfeld der partizipativen Forschung weist Herausforderungen und Besonderheiten auf, die bei der Durchführung zu berücksichtigen sind. In diesem Zusammenhang betont Unger (2014) die Herausforderungen in Bezug auf notwendige Ressourcen, um eine partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung zwischen den unterschiedlichen Teilnehmern zu ermöglichen. Die Umsetzung einer partizipativen Forschung ist zeitaufwendig und erfordert zudem ein Umdenken auf Seiten der wissenschaftlichen Akteure. Die Rollen und Aufgaben unterscheiden sich von anderen Forschungsbereichen und verlangen eine Flexibilität und Offenheit, da die Sichtweisen der nicht professionellen Forschenden im Mittelpunkt der Prozesse stehen. Die Rollenentwicklung beiderseits und die unterschiedlichen Perspektiven begünstigen Konflikte, die gemeinsam reflektiert und bearbeitet werden sollten. Als eine Voraussetzung hierfür gilt eine offene Kommunikation, die dann eine gemeinsame Reflexion zulässt (Bergold/Thomas 2012).

Auch aus methodischer Sicht bestehen besondere Aspekte, die zur Prägung der partizipativen Forschung beitragen. Somit werden durch die Wahl der Teilnehmer/-innen Weichenstellungen vorgenommen, die den Verlauf positiv oder negativ beeinflussen können. Ähnliche Herausforderungen weist die Methodenauswahl auf, die einerseits einen großen Spielraum bietet, aber andererseits auch mit Einschränkungen begleitet wird. Zu komplexe oder theoriegeleitete Verfahren erschweren hierbei den partizipativen Prozess. Zwei mögliche Verfahren bieten die Methoden des Photovoice und des Community Mappings. Das partizipative Verfahren Photovoice setzt auf den Einsatz von fotografischen Daten, welche die Lebenswelt der jeweiligen Teilnehmer/-innen abbildet. Anhand der Aufnahmen stellen die

Teilnehmer/-innen ihre Ansichten und Perspektiven zum Forschungsgegenstand vor und veranschaulichen ihre lokale Lebenswelt mit diesen einfachen Mitteln. Als Auswertungsgrundlage gilt eine anschließende Gruppendiskussion der jeweiligen Perspektiven. Das Community Mapping sieht dagegen für den Erkenntnisgewinn eine kartografische Visualisierung vor. Dabei fertigen alle Teilnehmer/-innen eine Karte von ihrer Gemeinschaft an, die in Hinblick auf das Forschungsinteresse zu erstellen ist. Dabei stehen häufig Fragen im Vordergrund, die darauf abzielen herauszufinden, wie Menschen ihr lokales Umfeld wahrnehmen. Beispiele dafür sind das Analysieren von Wohnverhältnissen, Infrastrukturen oder von Serviceangeboten. Die präsentierten Karten sowie die Gruppendiskussion gelten bei diesem Verfahren ebenfalls als Auswertungsgrundlage (Unger 2014). Die kurze Darstellung der beiden Beispiele soll die Vielfalt der Methodenauswahl verdeutlichen. Allerdings scheinen zwei Verfahren, das Interview und die Fokusgruppe, besonders häufig in der partizipativen Forschung Verwendung zu finden. Die Methode des Interviews wird häufig in Zweierteams durchgeführt, um einen situationsabhängigen und gemeinsamen Erkenntnisgewinn anzustreben. Die Fokusgruppen hingegen bilden Gruppen mit unterschiedlichen Teilnehmern/-innen, die durch den gemeinschaftlichen Austausch den Forschungsgegenstand bearbeiten. Hierbei steht der offene Dialog im Vordergrund der Methode (Bergold/Thomas 2012).

Trotz der Besonderheiten der partizipativen Forschung, überwiegen die Vorteile für eine nutzerorientierte Problemlösung. Die Teilhabe von vielen unterschiedlichen Menschen erfordert eine zielorientierte Ansprache und die aktive Einbeziehung der potenziellen Nutzer/-innen. Durch Flexibilität und die Bereitstellung von Ressourcen für eine gleichberechtigte Zusammenarbeit, können gesellschaftliche Probleme im Sinne der Betroffenen bearbeitet werden. Diese Herangehensweise kann in unterschiedlichen Bereichen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zur Anwendung kommen, um die Nutzerperspektive bei der Ausgestaltung von Versorgungsangeboten zu berücksichtigen. Um die Prozesse der Anbieter für Gesundheitsleistungen zu verbessern, erscheint eine ständige und partizipativ geprägte Qualitätsentwicklung empfehlenswert. Ein konkreter Ansatz dazu wird im nächsten Kapitel beschrieben.

3.3.3 Das Konzept der Partizipativen Qualitätsentwicklung

Ansatzpunkte zu einer partizipativen Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen von Gesundheits- und Pflegeleistungen finden sich im Konzept der partizipativen Qualitätsentwicklung. Partizipative Qualitätsentwicklung versteht sich als Zweig der Aktions- bzw. Handlungsforschung und verbindet deren Kernintention, Forschung nicht über die Praxis, sondern in Zusammenarbeit mit der Praxis zu betreiben (Bradbury 2015) mit Elementen der Qualitätsentwicklung.

Der Ansatz wurde von der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin entwickelt und überträgt international erprobte partizipative Forschungsmethoden auf die Qualitätssicherung für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (Wright et al. 2010a). Orientiert am Public Health Action Cycle bestimmt die Zusammenarbeit mit Mitarbeiter/-innen eines Projekts sowie der Zielgruppe die Qualitätsentwicklung (vgl. Abbildung 1).



Abbildung 1:
Zyklus der Partizipativen Qualitätsentwicklung
Quelle: Wright et al. 2010a

Elementare Annahme des Forschungsansatzes ist es, dass die Akteur/-innen vor Ort über lokales Wissen verfügen, welches durch partizipative Methoden der Datenerhebung und Interventionsplanung nicht nur nutzbar gemacht werden kann, sondern in die Verbesserung von Maßnahmen einfließt (Wright et al. 2010a). Damit verfolgt die partizipative Qualitätsentwicklung den Ansatz der praxisbasierten Evidenz: Im Gegensatz zur evidenzbasierten Praxis,

die sich an den „gegenwärtig besten wissenschaftlichen Erkenntnissen“ orientiert, versucht der Ansatz der praxisbasierten Evidenz in erster Linie auf der Grundlage der Erfahrungen einzelner Personen Erkenntnisse systematisch zu erzeugen. (Green 2006; Munro 2011; Wright et al. 2013). Dieser Idee bedient sich auch die partizipative Qualitätsentwicklung, die lokale Evidenz herstellt: Die Erkenntnisse werden nicht nur aus der Praxis heraus generiert, sondern sind zudem in einen spezifischen Kontext zu einem spezifischen Zeitpunkt eingebettet, sodass „die Qualität der Arbeit einer Einrichtung vor Ort verbessert werden kann“ (Wright et al. 2010a).

Wenngleich sich -berechtigterweise- im Gesundheits- und Pflegewesen zunehmend der Ansatz der evidenzbasierten Praxis durchsetzt und nicht zuletzt auch gesetzlich gefordert wird

(§ 2 SGB V, § 11 SGB XI), ist insbesondere in Bezug auf Beratung in der Pflege nicht für alle Fragen eine Evidenz verfügbar. So ist bspw. die Wirksamkeit von Beratung bzw. einzelner Beratungsbausteine als Teil eines Interventionsgeflechts nur bedingt nachweisbar (Büscher et al. 2016). In Hinblick auf die Entwicklung eines Qualitätsniveaus für die Beratung fehlt es, wie einleitend dargestellt, an Erkenntnissen über die Perspektive der Nutzer/-innen von Beratungsangeboten und wie diese eine hohe Beratungsqualität definieren.

Zentrales Merkmal der partizipativen Qualitätsentwicklung ist die Beteiligung aller Akteur/-innen, „die für die Planung, Umsetzung und Evaluation/Auswertung von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention wichtig sind“ (Wright et al. 2013). Dies bedeutet, dass mindestens zwischen den Mitarbeiter/-innen einer Maßnahme oder eines Projekts, deren bzw. dessen Zielgruppe und dem Zuwendungsgeber eine Zusammenarbeit zustande kommen muss, die allen Gruppen die Einflussnahme auf Entscheidungsprozesse gewährt (Wright et al. 2010b). Adressat des Forschungsansatzes sind die Praktiker/-innen vor Ort, die gemeinsam mit der Zielgruppe des Projekts lokale Gesundheitsprobleme definieren und Lösungsansätze entwickeln.

Partizipation wird von den Autoren um Michael T. Wright dabei nicht dichotom als Teilhabe oder Nicht-Teilhabe verstanden, sondern kann in einem Stufenmodell abgebildet werden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Stufenmodell der Partizipation nach Wright et al., 2010a

Quelle: Wright et al. 2010a

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Auf den beiden unteren Ebenen werden die Interessen der Zielgruppe entweder gar nicht berücksichtigt (*Instrumentalisierung*) oder Maßnahmen werden direktiv festgelegt (*Anweisung*). Bei den drei Vorstufen der Partizipation ist die Zielgruppe in Entscheidungsprozesse eingebunden, kann diese aber nicht direkt beeinflussen. Auf der Ebene der *Information* wird die Zielgruppe einbezogen, indem Handlungsmöglichkeiten zur

Lösung gesundheitlicher Probleme erläutert werden, bspw. bei der Aufklärungsarbeit. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, das notwendige Handlungsfeld aber ohne die Beteiligung der Zielgruppe definiert. Die *Anhörung* bezieht die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre eigene Lage ein, etwa durch Befragungen. Noch einen Schritt weiter geht die *Einbeziehung*, bei der eine Beratung der Entscheidungsträger/-innen durch die Zielgruppe stattfindet, etwa wenn Verbrauchervertreter Gelegenheit erhalten, ihre Situation ausführlich zu schildern und aus ihrer Sicht wichtige Maßnahmen aufzuzeigen. Bis auf die Ebene der Instrumentalisierung wird von Wright, Unger, and Block (2010) diesen unteren Stufen der Partizipation eine Berechtigung eingeräumt, sofern sie im partizipativen Prozess sinnvoll eingesetzt werden und kontinuierlich dahingehend hinterfragt werden, ob eine höhere Ebene der Partizipation möglich ist. Dennoch, darüber muss Klarheit bestehen, ist es das Anliegen der partizipativen Qualitätsentwicklung, Teilhabe zu schaffen, und diese wird nur erreicht, wenn die Zielgruppe aktiv auf Entscheidungsprozesse Einfluss nehmen kann.

„Echte“ Partizipation findet also nur auf den Stufen 6 bis 8 statt. *Mitbestimmung* bedeutet, dass die Zielgruppe ein Mitspracherecht bei Entscheidungsprozessen hat, Entscheidungsbefugnisse aber weiter gleichberechtigt zwischen den Akteuren verteilt sind. Ein mögliches Beispiel ist die Mitgliedschaft von Verbrauchervertreter/-innen in Entscheidungsgremien. Eine *teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz* liegt vor, wenn Vertreter/-innen der Zielgruppe für einzelne Handlungsschritte selbst verantwortlich sind, etwa für die Formulierung von Zielen einer Maßnahme oder die Gestaltung von Aufklärungsmaterialien. *Entscheidungsmacht* hat die Zielgruppe schließlich, wenn alle Aspekte eines Projektes von dieser bestimmt und mitgestaltet werden. Über die Partizipation hinausgehend ist die *Selbstorganisation*, bei der ein Projekt von der Zielgruppe selbst initiiert und organisiert wird.

Die Partizipation der Zielgruppe kann über verschiedene methodische Ansätze erreicht werden. Ein hoher Partizipationsgrad wird bspw. durch eine Arbeitsgruppe (AG) aus Zielgruppenvertreter/-innen gewährleistet, die einen partizipativen Gruppenprozess zur Planung, Steuerung, Durchführung und Evaluation von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen ermöglicht. Eine noch stärkere Partizipation sichert ein Nutzerbeirat, der institutionell verankert in Entscheidungsprozesse einer Einrichtung eingebunden ist. Aber auch niedrigere Stufen der Partizipation ohne Entscheidungsmacht, bspw. eine Nutzerbefragung, können im partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess sinnvoll eingesetzt werden⁵. Grundsätzlich sind der Phantasie aber keine Grenzen gesetzt und es können auch weitere Methoden aus dem Repertoire der qualitativen Sozialforschung bzw. der partizipativen Forschung eingesetzt

⁵ Eine Übersicht über in der Prävention und Gesundheitsförderung erprobte Methoden bietet bspw. www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de.

werden, mittels derer die Perspektive der Zielgruppe erfasst werden und in die Qualitätsentwicklungsmaßnahmen einfließen kann. Entscheidend ist die kontinuierliche Überprüfung des Partizipationsgrads, der über die gewählte Methodik erreicht wird.

Im Projekt PartiziQ wurde dieses Stufenmodell der Partizipation als Referenzrahmen für den zu initiierenden Partizipationsprozess genutzt. Die Zielrichtung dabei war es, den Partizipationsprozess an den einzelnen Standorten dahingehend zu bewerten, welche Stufe der Partizipation erreicht werden konnte. Das Modell diente dabei als begrifflicher und konzeptioneller Rahmen. Aufgrund seines generalistischen Charakters erschien das Modell geeignet, auch den Prozess der Partizipation bei der Entwicklung von Qualitätskriterien für die Pflegeberatung zu begleiten. Erreicht werden sollte ein höchstmögliches Niveau der Partizipation. Bereits durch die Projektkonzeption (s. folgende Kapitel) konnte sichergestellt werden, dass Formen der Nicht-Partizipation sowie die Vorstufen der Partizipation sicher überwunden werden konnten, da die Mitbestimmung, Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht über die zu definierenden Qualitätskriterien als explizites Anliegen des Projekts verfolgt und nach Ansicht der Projektverantwortlichen auch erreicht wurden. Nicht explizit intendiert und auch nicht erreicht wurde die Etablierung einer selbständigen Nutzerorganisation, die über den Projektverlauf Bestand hat. Die Hinweise in der Arbeitshilfe (s. Anhang 1) können genutzt werden, entsprechende Prozesse auch andernorts zu initiieren und eine Partizipation der Nutzerinnen und Nutzer zu ermöglichen.

4 Vorbereitung des Qualitätsentwicklungsprozesses

4.1 Identifikation zu beteiligender Nutzer/-innen

Die partizipative Qualitätsentwicklung lebt von der gleichberechtigten Zusammenarbeit aller Akteure, die ein Interesse an der Weiterentwicklung eines Projekts oder einer Maßnahme haben. In diesem Sinne muss zunächst definiert werden, welche Personenkreise über ein derartiges Interesse verfügen.

Die partizipative Qualitätsentwicklung geht davon aus, dass Verantwortliche oder Mitarbeiter/-innen eines Beratungsangebotes zu pflegerischen Fragen sich dazu entschließen, die Qualität ihrer Beratung in einem Maßstab zu definieren und diesen zu Evaluationszwecken zu nutzen. Damit sind zwei wesentliche Akteursgruppen bereits vorbestimmt: Die Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes als **Praktiker/-innen bzw. Vertreter/-innen des Projekts** sowie die Verantwortlichen des Beratungsangebotes, die in der Regel auch über die Vergabe finanzieller Mittel entscheiden und als **Geldgeber/-in** fungieren. Eine dritte zentrale Akteursgruppe sind die Nutzer/-innen des Beratungsangebotes und damit die **Zielgruppe**. Damit ist die kleinste Einheit der Zusammenarbeit definiert (vgl. Abbildung 2), die in jedem Fall zustande kommen muss. Wright et al. (2010b) definieren die Praktiker/-innen als Adressaten von Partizipativer Qualitätsentwicklung, da diese „für die Konzipierung und Durchführung von Maßnahmen“ im Sinne der Zielgruppe zuständig sind, in diesem Fall für die Durchführung der Pflegeberatung. Durch Anwendung partizipativer Methoden sollen sie in die Lage versetzt werden, ihre Arbeit qualitativ weiterzuentwickeln, was durch eine möglichst starke Einbeziehung der Zielgruppe erreicht werden soll.

Wright et al. (2010b) zufolge sind diese drei Gruppen in gewissem Maß aufeinander angewiesen, um die Intervention zu einem Erfolg werden zu lassen. Der/die Geldgeber/-in sorgt mit seinen finanziellen Mitteln dafür, dass die Beratung bzw. deren qualitative Weiterentwicklung überhaupt realisiert werden kann. Gleichzeitig kann die Zielgruppe nur über die Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes erreicht werden. Die Nutzer/-innen schließlich können nur dann von einer passgenauen Beratung profitieren, wenn von den Verantwortlichen und den Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes ein Angebot in ihrem Sinne gewährleistet wird. Die Zusammenarbeit kann und muss bei Bedarf um weitere Akteure erweitert werden. Denkbar ist zum Beispiel eine Kooperation mit weiteren Beratungsangeboten auf kommunaler oder Landesebene. Die Rolle der **Wissenschaft** ist nach Wright et al. (2010b) eher in

unterstützender Funktion zu sehen, bspw. in der Bereitstellung methodischer Erkenntnisse oder dem Abgleich gewonnener Einsichten mit wissenschaftlicher Literatur.

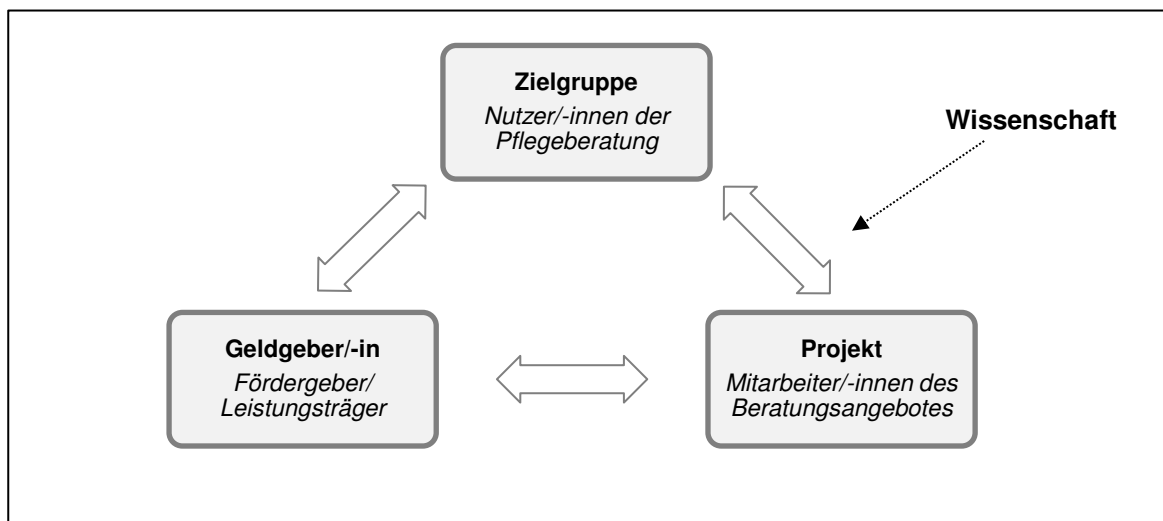


Abbildung 2: Beziehungsdreieck in der partizipativen Qualitätsentwicklung

Quelle: Eigene modifizierte Darstellung nach Wright et al. 2010b

Nachdem nun die zu beteiligenden Akteure festgelegt sind, muss im nächsten Schritt überlegt werden, wie diese zur Erarbeitung eines Qualitätsmaßstabes zusammenarbeiten können und wie insbesondere ein möglichst hoher Partizipationsgrad der Zielgruppe erreicht werden kann.

Ein erster methodischer Schritt im Projekt PartiziQ bestand darin, die am Qualitätsentwicklungsprozess zu beteiligenden Personen und Akteure zu identifizieren. Während im Regelfall recht eindeutig sein wird, welche Personen die Praktiker/-innen vor Ort sowie die Geldgeber vertreten, kann die Bestimmung der zu beteiligenden Zielgruppe und deren Vertreter/-innen mit Herausforderungen verbunden sein. Es musste definiert werden, wer a) die Zielgruppe ist und wer b) aus dieser am Projekt beteiligt werden sollte.

Ausgehend vom Gedanken, dass nur die Mitarbeiter/-innen der Beratungsangebote Aussagen über die Nutzer/-innen der Beratung treffen können, wurde die zu beteiligende Zielgruppe und deren Vertreter/-innen auch von den Praxispartnerinnen unter Berücksichtigung der oben genannten Inhalte bestimmt. Neben der praktischen Erfahrung der Praxispartnerinnen wurden an dieser Stelle auch die Jahresberichte der Beratungsangebote zur Analyse herangezogen (eine ausführliche Darstellung findet sich in Kapitel 3.2). So konnte neben den verschiedenen Nutzergruppen auch das Verhältnis dieser zueinander bewertet werden. Eine Übersicht über die verschiedenen Nutzergruppen der beteiligten Beratungsangebote bietet Tabelle 3. Die Entscheidung, nur tatsächliche Nutzerinnen und Nutzer am Prozess der Qualitätsentwicklung zu beteiligen, ist sehr grundsätzlicher Natur. Möglich wäre es ebenso, eine Auswahl von lokal relevanten Organisationen und Personen zu treffen und diese anzusprechen, die noch keinerlei Erfahrung mit der Pflegeberatung gemacht haben, sich aber grundsätzlich für soziale

Belange in ihrem Umfeld engagieren. Je nachdem, welche Entscheidung getroffen wird, beeinflusst diese den tatsächlichen Prozess. Wer nicht über Erfahrung zu Fragen der Pflegeberatung verfügt, wird nicht sehr spezifisch Qualitätskriterien dazu formulieren können. Er oder sie wäre aber vielleicht in der Lage, auf besondere Bedarfslagen oder Perspektiven spezifischer Gruppen hinzuweisen. Dass die vielfältigen Beratungsangebote zu Fragen der Pflege nicht von allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen in Anspruch genommen werden, ist aus anderen Untersuchungen (Rothgang et al. 2012; Ehlers 2010) bekannt. Offensichtlich besteht also ein Problem hinsichtlich der Inanspruchnahme von und des Zugangs zu Beratungsangeboten. Da Fragen der Qualität der Pflegeberatung jedoch darüber hinausgehen, wurde innerhalb des Projekts entschieden, nur Personen einzubeziehen, die über tatsächliche Erfahrungen verfügen und somit als Nutzer und Nutzerinnen gelten.

Die Mitarbeiter/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz beraten neben Pflegebedürftigen und Angehörigen auch andere Pflegestützpunkte oder professionelle Akteure, da die Expertise in der Pflegerechtsberatung innerhalb von Rheinland-Pfalz eine Sonderstellung einnimmt. Die Beratung von Pflege in Not Berlin steht auch Pflegeeinrichtungen sowie der Heimaufsicht und Berater/-innen aus anderen Beratungsstellen offen. Der Pflegestützpunkt des LK Osnabrück schließlich zählt auch ehrenamtlich engagierte Kräfte sowie beratende Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen zu seinen Nutzer/-innen. Damit ist die Zielgruppe über die Pflegebedürftigen und deren (pflegende) Angehörige hinaus deutlich erweitert und musste in der Zusammenarbeit berücksichtigt werden.

Tabelle 3: Übersicht über die zu beteiligenden Nutzergruppen (Zielgruppe) im Projekt PartiziQ

Pflege in Not Berlin	Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz	Senioren- und Pflegestützpunkt im LK Osnabrück
<p>Nutzer/-innen ohne professionellen Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegebedürftige und Angehörige – Angebote der Selbsthilfe und Verbrauchervertretungen <p>Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aufsichtsbehörden – Pflege- und Leitungskräfte in Einrichtungen – Pflegestützpunkte 	<p>Nutzer/-innen ohne professionellen Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegebedürftige und Angehörige – Selbsthilfegruppen <p>Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegestützpunkte – Beratungs- und Prüfbehörden – Weitere Beratungsangebote in Rheinland-Pfalz, insbesondere Pflegestützpunkte 	<p>Nutzer/-innen ohne professionellen Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegebedürftige und Angehörige – Ehrenamtliche/ Duo-Qualifizierte <p>Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pflegedienste – Beratungsstellen der Pflegekassen – Beratungsangebote anderer gesetzlicher Bereiche (SGB IX, XII)

Im nächsten Schritt muss nun überlegt werden, welche Personen die Zielgruppe im partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess vertreten können. Dazu sollten einige Merkmale der einzelnen zu beteiligenden Personen bedacht werden, um möglichst viele verschiedene Perspektiven im Qualitätsentwicklungsprozess abzubilden. Die partizipierenden Zielgruppenvertreter/-innen sollten möglichst vielschichtig zusammengesetzt sein hinsichtlich:

- Geschlecht
- Alter
- Zufriedenheit mit der Beratung
- Lebens- und Pflegesituation bzw. Art der beruflichen Pflgetätigkeit
- Migrationshintergrund

Die Teilhabe am Qualitätsentwicklungsprozess kann für die Beteiligten mit einem hohen Aufwand verbunden sein. Gerade Pflegebedürftige und pflegende Angehörige verfügen oftmals über geringe Ressourcen, sich über die Pflege hinaus noch weiter zu engagieren. Die Gründe sind so nachvollziehbar wie vielfältig und können in eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten oder geringen zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen begründet liegen. Die Gewinnung von Teilnehmenden, die sich aktuell in einer Pflegesituation befinden, war auch im Projekt PartiziQ aus den oben genannten Gründen eine Herausforderung. Ratsuchende, die sich beruflich mit Fragen der Pflegeberatung auseinandersetzen, zeigten dagegen eine deutlich höhere Teilnahmebereitschaft, da der Zugewinn durch die Mitwirkung am Projekt für diese Nutzergruppe vermutlich offensichtlicher ist. Individuell musste also überlegt werden, welche materiellen Ressourcen oder Unterstützungsmöglichkeiten den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden können. Um Pflegebedürftige und (pflegende) Angehörige trotz ihrer knappen Ressourcen zur Partizipation zu motivieren, war ein Ausgleich für entstehende Kosten unverzichtbar. Auch die Teilnahme einer pflegebedürftigen Person ließ sich nur realisieren, da ein Krankentransport organisiert und finanziert werden konnte.

Als motivationsfördernd erwies sich die Ansprache ausgewählter Zielgruppenvertreter/-innen in einem persönlichen Gespräch mit den Praxispartnerinnen, da die Ziele des Projekts und die Idee der Partizipation von Nutzer/-innen so besser verdeutlicht werden konnten. Zwar äußerten sich nahezu alle Beteiligten zum Abschluss des Projekts sehr positiv über dessen Intention und schätzten sehr, dass sie einbezogen wurden, aber dieser Effekt scheint im Vorfeld des partizipativen Prozesses nur schwer vermittelbar zu sein.

4.2 Analyse der Beratungs- und Nutzerstruktur beteiligter Beratungsangebote

Die vorliegende Analyse der Beratungs- und Nutzerstrukturen der jeweiligen Pflegestützpunkte diente als Ausgangsbasis und zur Vorbereitung des

Qualitätsentwicklungsprozesses. Die folgenden Darstellungen der einzelnen Beratungsangebote basieren auf einrichtungsinternen Berichten und Auskünften der Projektpartner. Um die Nutzerperspektive über den Kreis der beteiligten zu erweitern, wurde an jedem Standort eine schriftliche Nutzerbefragung durchgeführt (s. Kapitel 3.3).

4.2.1 Pflege in Not - Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Pflege in Not versteht sich als Beratungsstelle für Menschen, die sich mit Konflikten und Gewalt in der Pflege älterer Menschen konfrontiert sehen. Das Beratungsangebot richtet sich neben Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen auch an professionelle Pflegekräfte. Die Beratungsstelle wurde im Jahr 1999 in Berlin gegründet und ist seitdem die einzige Beratung in der Hauptstadt, die sich diesem speziellen Thema widmet. Pflege in Not wird finanziell vorrangig vom Berliner Senat und der AOK Nordost getragen. Weitere finanzielle Unterstützung erfolgt durch verschiedene diakonische Einrichtungen, dem Verband der Evangelischen Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg sowie durch Spenden einzelner Einrichtungen und Privatpersonen. Die Beratungsanfragen sind seit Jahren steigend, so dass im Jahr 2015 insgesamt 716 Fälle bearbeitet wurden, die 2.695 Kontakte benötigten.

Zentrum der Arbeit ist die telefonische Beratung, die rund 90% aller jährlichen Beratungen einnimmt. Die telefonische Beratung kann als einzelnes Telefonat oder in mehreren entwicklungsbegleitenden Gesprächen erfolgen. Neben der telefonischen Beratung bietet Pflege in Not eine Reihe weiterer Möglichkeiten an. Hier steht zunächst die persönliche psychologische Beratung, die bei besonderen innerpsychischen Konflikten für bis zu 10 Gespräche in Anspruch genommen werden kann, was sowohl für Betroffene aus privaten Pflegehaushalten als auch für professionell Pflegenden gilt. Bei Konflikten zwischen Einzelpersonen und pflegerischen Einrichtungen besteht die Möglichkeit, eine Mediation in Anspruch zu nehmen. Für innerfamiliäre Konfliktsituationen werden Familiengespräche angeboten. Abgerundet wird das Beratungsangebot durch die Möglichkeit der Fallbesprechung, bei denen Konfliktsituationen in Pflegeeinrichtungen bearbeitet werden können. Im Jahr 2017 neu hinzugekommen ist ein Online-Beratungsangebot speziell für pflegende Kinder und Jugendliche. Neben der beratenden Tätigkeit trägt Pflege in Not durch verschiedene Aktivitäten, insbesondere intensive Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, zur Enttabuisierung des Themas Gewalt in der Pflege bei.

Die Ratsuchenden von Pflege in Not sind mit 75% überwiegend pflegende Angehörige. Pflegebedürftige Menschen selbst nehmen dagegen selten die Beratung in Anspruch (10%), was die Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle zum einen auf die begrenzte Mobilität dieser

Zielgruppe, zum anderen auf Abhängigkeitsverhältnisse der Pflegebedürftigen zu ihren Pflegepersonen und damit verbundene befürchtete Sanktionen zurückführen. 13% der Klienten sind professionelle Pflegekräfte, sowohl direkt in der Pflege Beschäftigte als auch Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen. Jeder zehnte Ratsuchende ist gesetzlicher Betreuer, wobei diese Gruppe häufig Adressaten von Beschwerden sind.

Viele Anfragen sind durch komplexe Situationen gekennzeichnet, weswegen nur 43% aller Beratungsanfragen mit einem einzelnen Kontakt gelöst werden können. Im Durchschnitt erfordert jede Beratungsleistung vier Kontakte. Die zugrundeliegenden Pflegesituationen sind oftmals in der häuslichen Pflege angesiedelt, sowohl jene mit Unterstützung eines Pflegedienstes, als auch die reine Angehörigenpflege. 30% aller Anfragen stammen darüber hinaus von Angehörigen von Heimbewohnern, diese Konfliktsituationen erfordern zudem eine hohe Anzahl von Kontakten.

Als häufigste Beratungsthemen führt Pflege in Not Überlastungsfolgen in der Familienpflege, Konflikte mit Leistungsanbietern, Konflikte in Einrichtungen sowie Informationsmangel an, wobei die Beratungen selten aus einer reinen Informationsweitergabe bestehen. Die Themenschwerpunkte unterscheiden sich dabei in Abhängigkeit von der Versorgungsart der Pflegebedürftigen. In der häuslichen Pflege erleben nahezu alle Ratsuchenden eine Überforderung (97%). Aggressionen (80%), innerpsychische Konflikte (68%) sowie Familienkonflikte (57%) sind weitere dominierende Themen. In der ambulanten Pflege sind 79% der Anfragen durch Konflikte mit dem Personal gekennzeichnet. Daneben sind Konflikte mit weiteren Institutionen (55%) sowie Aggressionen (45%) zentrale Beratungsthemen. Überforderung erlebt hier mit 30% ein deutlich geringerer Anteil der Ratsuchenden. In der stationären Pflege schließlich dominieren mit 69% innerpsychische Konfliktsituationen, die ähnlich wie in der häuslichen Pflege auf Seiten der Angehörigen aus der Beziehung zum Pflegebedürftigen und den Belastungen durch die Pflegesituation resultieren, aber auch auf erlebte Pflegemängel in den Institutionen zurückzuführen sind. 52% der Beratungsthemen sind zudem durch das Thema Aggression gekennzeichnet, weitere 52% fokussieren Konflikte mit anderen Institutionen.

Das Thema Gewalt ist unabhängig von der Versorgungsart in einem Drittel aller Fälle Beratungsthema. Oft schildern Angehörige von Heimbewohnern gewaltförmiges Auftreten des Pflegepersonals, sowohl den Angehörigen als auch den Pflegebedürftigen gegenüber. Vielfach geht Gewalt aber auch von Pflegebedürftigen gegen pflegende Personen aus oder, insbesondere in der häuslichen Pflegesituation, von den Angehörigen gegen die Betroffenen. So vielfältig die Konstellationen sind, meistens ist eine demenzielle Erkrankung des Pflegebedürftigen zentraler Bestandteil der Konfliktsituation.

4.2.2 Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen, Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Das Beratungsangebot der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz geht zurück auf die Teilnahme am Modellprogramm Altenhilfestrukturen der Zukunft des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2012). Seit dem Jahr 2003 erfolgt die Beratung landesweit, darüber hinaus ist das Angebot seit dem Jahr 2010 im Landesgesetz für Wohnformen und Teilhabe als Beschwerdestelle gesetzlich verankert (Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. 2015). Das Pflgetelefon konzentriert sich vorrangig auf juristische Beratung und ergänzt damit das sozialarbeiterisch ausgerichtete Beratungsangebot der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz.

Leitidee des Informations- und Beschwerdetelefon ist es, den Verbraucherschutz in der Pflege durch verstärkte Information und Mitsprache der Pflegebedürftigen und Angehörigen zu stärken. In diesem Sinne versteht sich das Informations- und Beschwerdetelefon nicht nur als Beratungsangebot bei individuellen Fragen, sondern insbesondere auch als anbieterunabhängiger Beschwerdeweg für Verbraucher/-innen, der diese bei der Durchsetzung ihrer Interessen unterstützt und ihre Position in außergerichtlichen Konflikten vertritt.

Das Pflgetelefon richtet sich sowohl an Pflegebedürftige und deren Angehörige, als auch an Mitarbeiter/-innen der Pflegestützpunkte. Beratungsanfragen an das Informations- und Beschwerdetelefon können entweder schriftlich (per Email oder Brief) oder telefonisch gestellt werden. Eine persönliche Beratung ist in der Konzeption des Pflgetelefon grundsätzlich nicht vorgesehen. Die erste Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle erfolgt meist telefonisch, komplexe Fälle erfordern über den telefonischen Kontakt hinaus allerdings teils umfangreichen Schriftverkehr, der im Fall von Rechtsbesorgungen bis hin zu ausführlichen Schriftsätzen reichen kann.

Im Jahr 2016 verzeichnete die Beratungsstelle insgesamt 2.487 Anfragen. Davon entfallen 17% auf den Bereich Wohnen in Einrichtungen und 83 % auf den Bereich Pflege. 32% aller Anfragen können als Beschwerde eingeordnet werden.

Zur statistischen Erfassung unterscheidet die Verbraucherzentrale zwischen Informationsanfragen, Beratungen und Fallbegleitungen. Informationsanfragen werden als Kurzauskunft definiert, während Beratungen sich mit konkreten sozial- oder zivilrechtlichen Fragen auseinandersetzen. Eine Fallbegleitung beinhaltet einen intensiven mehrmaligen Kontakt mit dem Klienten und die Involvierung auch anderer Akteure.

2016 wurden 166 Informationsgespräche (z. B. reine Adressvermittlung), 2075 rechtliche Beratungen sowie 246 Fallbegleitungen durchgeführt. Gerade die rechtlichen Beratungen und

die Fallbegleitungen erfordern eine besonders zeitintensive Sachverhaltsaufklärung mit anschließender rechtlicher Würdigung durch die Verbraucherzentrale (Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. 2016). Diese Verteilung in Kombination mit der anhaltend hohen Nachfrage des Pflegetelefons führen zu hohen Auslastungszahlen der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle, sodass im Berichtsjahr 2016 Bearbeitungszeiten von bis zu zwölf Wochen verzeichnet wurden.

Nahezu die Hälfte der Beratungsanfragen (48%) wird von Angehörigen gestellt, nur 17% der Anfragenden sind selbst Betroffene. Pflegestützpunkte stellen 28% der Beratungsanfragen. Jede zwölfte Anfrage kommt von Leistungserbringern (2%), Betreuern (2%), Behörden (1%), nicht näher definierten Außenstehenden (1%) oder sonstigen Akteuren (2%). Anfragen zur sozialen Pflegeversicherung und hier insbesondere das Thema Einstufung bei Pflegebedürftigkeit nehmen einen Großteil der Beratungen ein. Weiterhin vielfach nachgefragt sind die Bereiche Sozialhilfe und die Pflege im stationären und teilstationären Sektor. Neben dem Schwerpunkt der Beratung wirkt die Verbraucherzentrale auf eine bessere Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteure untereinander hin und arbeitet hierzu u.a. eng mit den zuständigen Prüfbehörden zusammen, um wiederholt auftretende Probleme über den Einzelfall hinaus lösen zu können.

4.2.3 Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück

Seit dem 01. Januar 2014 sind die vormals getrennt voneinander existierenden Seniorenservicebüros und die Pflegestützpunkte in die Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen zusammengeführt worden. Die Aufgaben im Bereich der Pflegeberatung orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben des §7 SGB XI und werden wie folgt definiert:

- Beratung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und sonstigen interessierten Personen zu möglichen Sozialleistungen und den dazu zuständigen Stellen
- Bei Bedarf Kontaktvermittlung zum Pflegeberater im Sinne des §7a SGB XI der zuständigen Pflegekasse
- Erstellen und Pflegen einer Angebotslandkarte nach §7c SGB XI
- Hinwirkung auf die Koordination von Hilfs- und Unterstützungsangeboten für pflegebedürftige Menschen

Eine Besonderheit der niedersächsischen Senioren- und Pflegestützpunkte ist die Qualifizierung und Vermittlung von ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/-innen im sogenannten DUO-Programm. Dieses Qualifizierungsprogramm sowie Maßnahmen zur Einrichtung und zum Betrieb der Senioren- und Pflegestützpunkte werden vom Land Niedersachsen gefördert, die weitere Finanzierung obliegt den Pflegekassen sowie den jeweiligen Kommunen. Die

Beratung durch die Mitarbeiter/-innen des Pflegestützpunktes wird telefonisch und schriftlich, persönlich in der Beratungsstelle und als Hausbesuch angeboten.

Statistische Zahlen bzgl. der Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes sind nur begrenzt verfügbar. Die vorhandenen Daten geben allerdings Auskunft über die nachgefragten Themen und Kontaktarten. „Allgemeine Beratung“ ist demnach der häufigste Beratungsanlass, wobei einschränkend zu erwähnen ist, dass hierunter auch Kontakte erfasst wurden, die sich keinem der anderen Themen eindeutig zuordnen lassen. Weiter sind insbesondere „Ambulante Pflegeleistungen“ ein häufiges Beratungsthema, ebenso wie „Wohnraumberatung“.

Im Jahr 2016 verzeichnete die Beratungsstelle insgesamt 1.748 Kontakte mit Ratsuchenden. Davon wurde die Beratung vorrangig telefonisch durchgeführt (64% aller Kontakte). Mit 23% folgt die schriftliche Beratung an zweiter Stelle. 7% der Kontakte werden als Hausbesuch durchgeführt und 6% finden persönlich im Pflegestützpunkt statt.

Der Großteil der Beratungsanfragen besteht auf Seiten der Angehörigen mit 80% und bildet somit die große Mehrheit ab. Nur 12% der Anfragen sind andere Personen, wie z.B. Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund. Die Betroffenen selbst bilden nur 8% der Anfragen ab (Pflegestützpunkt Landkreis Osnabrück, 2016).

4.3 Schriftliche Befragung der Nutzer/-innen

Quantitative Befragungen im Gesundheits- und Pflegewesen, die die Zufriedenheit der Nutzer/-innen erfassen, fallen mit fast durchgängig sehr positiven Ergebnissen auf (Seidel/Dierks 2005). Gründe hierfür lassen sich in einem traditionellen Verständnis der Patientenrolle finden, welches sozial erwünschtes Antwortverhalten begünstigt (Seidel/Dierks 2005). Dennoch können Nutzerbefragungen Orientierung hinsichtlich deutlicher Qualitätsmängel und entsprechendem Veränderungspotential bieten. Im Projekt PartiziQ wurden sie genutzt, um ein breiteres Bild der Nutzerperspektive zu erhalten. Es sollten nicht nur die am Qualitätsentwicklungsprozess Beteiligten die Möglichkeit erhalten, ihre Sichtweisen einzubringen, sondern es sollte auf einer breiteren Basis Einschätzungen sowie Anregungen zu den einzelnen Beratungsangeboten erfolgen. Diese konnten als Vergleich zwischen den Sichtweisen der Arbeitsgruppe und den der Befragten herangezogen werden, um somit mögliche Abweichungen zu identifizieren.

Aus diesen Gründen wurde zur Vorbereitung und Unterstützung des lokalen partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesses eine schriftliche Befragung der Nutzer/-innen der teilnehmenden Beratungsstellen durchgeführt. Da das Projekt PartiziQ stark an qualitative Forschungsmethoden angelehnt ist, empfiehlt es sich, die Empirie um quantitative Daten zu

ergänzen und somit ein breites Meinungsbild der Nutzer/-innen der jeweiligen Beratungsstelle zu erfassen.

Die schriftliche Befragung verlief an den Standorten unterschiedlich. Die Response Rate war an allen Projektstellen durchaus erfreulich, allerdings limitierte sich die Stichprobengröße bereits durch die Anzahl der versendeten Fragebogen. Mit einer Anzahl verwertbarer Fragebögen von 85, 61 und 45 an den Projektstellen in Mainz, LK Osnabrück und Berlin konnte eine quantitative Auswertung vorgenommen werden, die Rückschlüsse ermöglicht. Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation der Ergebnisse jedoch, dass es sich um Ratsuchende in einem bestimmten Zeitraum handelt. Inwiefern die Befragten repräsentativ für die Ratsuchenden am jeweiligen Standort sind, kann jedoch nicht gesagt werden. Sie bilden jeweils einen Teil der Personen ab, die zum Zeitpunkt der Befragung die Beratungsstelle in Anspruch genommen haben. Die Befragung der Nutzer/-innen der Beratungsstelle Pflege in Not in Berlin erstreckte sich über einen längeren Zeitraum und umfasst im Ergebnis nur 45 Personen. Die geringere Beteiligung lässt sich zum Teil mit der Besonderheit des Beratungsangebots erklären. Die Beratungsstelle wird dann in Anspruch genommen, wie der Name verdeutlicht, wenn sehr konfliktbehaftete Situationen vorliegen und die Ratsuchenden sich in einer Notlage befinden. Diese bringt es mit sich, dass das Ausfüllen eines Fragebogens oftmals in einer solchen Situation nicht wünschenswert, angemessen oder gewollt erscheint. Zum anderen war es auch nicht in allen Situationen angezeigt und sinnvoll, die Ratsuchenden um eine Beteiligung zu bitten.

Trotz der genannten Einschränkungen bildete die Befragung für die Beratungsstellen eine gute Option zur Einschätzung des Status Quo der Beratungsqualität und war im Projekt hilfreich für den Abgleich der Ergebnisse aus der Arbeitsphase mit den Nutzer/-innen (s. Kapitel 4.2).

4.3.1 Methodisches Vorgehen

Die Befragung der Nutzer/-innen wurde vorrangig zur Vorbereitung, Unterstützung und Ergänzung der lokalen Qualitätsentwicklungsprozesse eingesetzt. Es besteht aufgrund der Heterogenität der drei Beratungsstellen bzw. ihrer jeweiligen Beratungsschwerpunkte nicht der Anspruch, die Ergebnisse innerhalb des Projekts bzw. zwischen den Beratungsstellen zu vergleichen. Der Fragebogen wurde auf Basis der Erkenntnisse aus der Literaturrecherche (s. Kapitel 2.1) konstruiert und umfasste die im Folgenden aufgeführten Aspekte. Aufgrund der unterschiedlichen Beratungsschwerpunkte der Beratungsstellen wurden jeweils spezifische Aspekte der inhaltlichen Ausrichtung der Beratung aufgenommen. Die Fragebögen sind diesem Bericht als Anlagen 2 bis 4 beigefügt. Nach der Entwicklung wurde jeder Fragebogen durch jeweils drei Pretests sowie Expertengespräche auf Verständlichkeit und Übersichtlichkeit geprüft. Entsprechend der Beratungsangebote wurden unterschiedliche

Frageblöcke entwickelt, die unter anderem Bewertungsfragen und Freitextfelder beinhalteten. Um die Perspektive der Nutzer/-innen zu erfassen, wurden folgende Themenbereiche innerhalb der Fragebögen formuliert:

- Anlass für die Beratung
- Form und Häufigkeit der Beratung
- Wichtige Aspekte einer Beratung
- Beurteilung des Zuganges zur Beratung
- Beurteilung des Beratungsgespräches
- Beurteilung der Berater/-innen
- Beurteilung des Informationsgehaltes der Beratung
- Beurteilung der Beziehung zum Berater/der Beraterin
- Gesamtbewertung der Beratung
- Anregungen für die Beratungsstelle

Die Befragung der Nutzer/-innen wurde vor dem Beginn der Arbeitsgruppensitzungen an den einzelnen Standorten durchgeführt, damit die Ergebnisse in den Sitzungen vorgestellt und diskutiert werden konnten. Als Nutzer/-innen werden sowohl Pflegebedürftige und ihre Angehörigen als auch Akteur/-innen mit professionellem Hintergrund definiert (vgl. Kapitel 3.1). Neben den privaten Pflegehaushalten werden also auch Personen befragt, die etwa bei Pflegediensten oder Krankenkassen tätig sind und die Beratung in Anspruch nehmen. Damit unterscheidet sich die Charakterisierung der Nutzer/-innen von Pflegeberatung im Projekt PartiziQ ganz wesentlich von bisherigen Evaluationen, die als Nutzer/-innen ausschließlich die privaten Pflegehaushalte befragten (COMPASS 2011; Döhner et al. 2011; Esslinger 2009; GKV Spitzenverband 2011; Michell-Auli et al. 2010; Rothgang et al. 2012). Ähnlich wie bereits bei der Identifikation der Nutzer/innen für den Qualitätsentwicklungsprozess wurde die Befragung ausschließlich bei Personen durchgeführt, die eines der Beratungsangebote in Anspruch genommen hatten. Der auf der Literaturrecherche konstruierte Fragebogen umfasste Elemente, die nur auf Basis bestehender Beratungserfahrungen beantwortet werden konnten.

Ob für Nutzer/-innen mit kognitiven und sprachlichen Einschränkungen eine Anfrage zur Teilnahme an der Befragung zumutbar war, entschieden die Berater/-innen persönlich und individuell. Wichtig bei der Auswahl der Nutzer/-innen war, dass die Beratung als abgeschlossen eingeordnet werden konnte. Werden die Klienten noch während der Beratung befragt, besteht aufgrund von möglicherweise subjektiv erlebten Abhängigkeitsverhältnissen ein hohes Potential, dass die Rückmeldungen zu positiv ausfallen. Zudem sollte den Nutzern ein gewisser zeitlicher Abstand zur Beratung gegeben werden, um die Beratung selbst als

auch ggf. erste positive Wirkungen besser einschätzen und beurteilen zu können. Daher sollten die Fragebögen erst ca. zwei Wochen nach Ende der Beratung versandt werden. Gleichzeitig sollte die Beratung maximal sechs Monate zurückliegen, da die Erinnerungsfähigkeit sonst als zu niedrig eingeschätzt wird.

Die Fragebögen wurden durch die teilnehmenden Beratungsstellen an die Nutzer/-innen versandt bzw. übergeben, was aus Gründen des Datenschutzes unumgänglich war. Um die Anonymität der Befragungspersonen zu wahren, erfolgte der Rückversand der Fragebogen per vorfrankiertem Rückumschlag direkt an die Hochschule Osnabrück. Aufgrund des genannten Vorgehens lässt sich abschließend nicht sicher beurteilen, inwieweit möglicherweise eine selektive Auswahl der Befragungspersonen stattgefunden hat. Die Berater/innen der Projektpartner wurden gebeten, den Fragebogen im vorgesehenen Zeitraum an alle Ratsuchenden auszuhändigen. Seitens der Hochschule erfolgten engmaschige Abfragen an den einzelnen Standorten über den Verlauf der Befragung. Insgesamt lässt sich an den Standorten Mainz und Osnabrück davon ausgehen, dass der Großteil der im Befragungszeitraum beratenen Personen einen Fragebogen erhalten hat. In Berlin war die Situation aufgrund der bereits geschilderten Umstände etwas anders, so dass der Befragungszeitraum dort deutlich erweitert wurde. Die Dateneingabe und –auswertung erfolgte mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel, damit die jeweiligen Datensätze im Nachgang den Beratungsstellen zur Verfügung gestellt werden können.

4.3.2 Ergebnisübersicht

Die folgende Tabelle 4 gibt zunächst einen Überblick über die Teilnehmerzahl der Befragung an den drei Standorten. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse auszugsweise vorgestellt. Auf eine Präsentation der Ergebnisse, die Zufriedenheitswerte der Nutzer/-innen abbilden, wird im vorliegenden Kontext verzichtet. Die ausführlichen Ergebnisse wurden den teilnehmenden Beratungsstellen individuell in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt.

Tabelle 4: Stichprobengröße der schriftlichen Nutzerbefragung an den Projektstandorten

	Versendete Fragebogen	Rücklauf	Response Rate	Gewertete Fragebogen (n)
Berlin	57	46	81%	45
Mainz	200	92	46%	85
LK Osnabrück	186	74	40%	61

4.3.2.1 Ergebnisse am Standort Berlin

84% der befragten Nutzer/-innen der Beratungsstelle Pflege in Not in Berlin sind Ratsuchende aus privaten Haushalten. Davon sind 38 Personen Angehörige von betroffenen Personen und 7 Befragte mit professionellem Hintergrund. Von den befragten Angehörigen gaben 58% an, die Beratung aufgesucht zu haben, um die Pflegesituation für sich selbst zu verbessern und 45% der Angehörigen suchten stellvertretend für einen Pflegebedürftigen die Beratungsstelle auf. Der Großteil der nachgefragten Kontaktaufnahmen mit der Beratungsstelle Pflege in Not fand mit 76 % telefonisch statt. Die übrigen Befragten suchten den Kontakt persönlich auf.

Die Mehrheit der Befragten aus Privathaushalten ist durch Medien und Werbung auf das Beratungsangebot aufmerksam geworden. Unter dem Feld „Sonstige“ wurden unterschiedliche Angaben zu den Hinweisen auf das Angebot gemacht, wie z.B. durch den Berliner Krisendienst oder auch durch Berliner Pflegeheime. Ganze 24% der Befragten gaben an, dass sie nur durch Zufall von der Beratungsstelle erfahren haben und gerne früher von dem Beratungsangebot gewusst hätten. Häufigster Beratungsanlass mit 66% war bei allen Befragten die Suche nach Hilfe bei einem Konflikt. Aber auch das reine Gespräch über die persönliche Situation der Ratsuchenden sowie das Gefühl der Überforderung wurden als häufiger Beratungsanlass genannt (vgl. Abbildung 3)

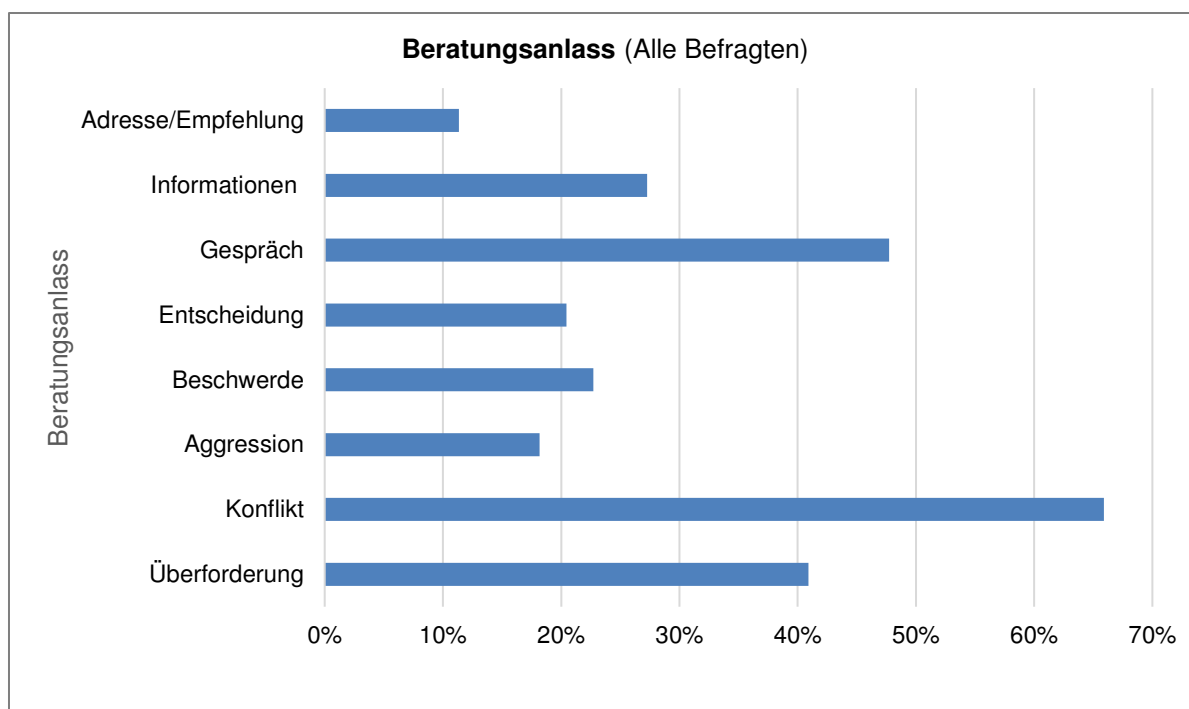


Abbildung 3: Beratungsanlass am Standort Berlin

Angaben in Prozent aller Befragten

Die Ratsuchenden wurden ebenfalls nach den relevantesten Aspekten in Hinblick auf die Beratungsstelle befragt (vgl. Tabelle 5). Dabei wurde deutlich, dass der wichtigste Aspekt für die Befragten die fachliche Kompetenz der Berater/-innen darstellt. An zweiter Stelle steht der Aspekt, sich emotional gut aufgehoben zu fühlen. Wichtige Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle sind weiterhin die Freundlichkeit der Berater/-innen, das Aufgreifen der individuellen Bedingungen sowie die Ungestörtheit während der Beratung. Am wenigsten wichtig für die Ratsuchenden erscheinen die Sprechzeiten der Beratungsstelle und die Berücksichtigung der eigenen Meinung.

Tabelle 5: Relevanz der einzelnen Beratungsaspekte am Standort Berlin

Angaben in Prozent aller Befragten

Beratungsaspekt	Anteil der Befragten
Kompetenz der Berater/-innen	47,7%
Emotional Aufgehoben	40,9%
Freundlichkeit der Berater/-innen	34,1%
Individualität der Beratung	34,1%
Zeit für die Beratung	34,1%
Schnelle und richtige Problemerkennung	31,8%
Art des Beratungskontaktes	22,7%

Ungestörtheit während der Beratung	22,7%
Wartezeit auf Beratungstermin	21,4%
Respektvoller Umgang	18,2%
Datenschutz	15,9%
Berücksichtigung der eigenen Meinung	11,4%
Sprechzeiten	11,4%

Die dargestellten Themenbereiche wurden außerdem von den Befragten nach Zustimmung der Aussagen bewertet. Diese Bewertung konnte mit Hilfe von vier Abstufungen („Trifft voll und ganz zu“ bis „Trifft gar nicht zu“) vorgenommen werden. Innerhalb dieser Bewertung wurde deutlich, dass die Bereiche des respektvollen Umgangs in der Beratung und die Freundlichkeit der Berater/-innen mit jeweils 98% die beste Einschätzung erhielten. Der Aspekt der Ungestörtheit während der Beratung wurde ebenfalls mit 94% als positiv von den Ratsuchenden bewertet. Die Aussagen über die Art des Beratungskontaktes, die Individualität der Beratung, der Berücksichtigung der eigenen Meinung, das Gefühl emotional aufgehoben zu sein sowie die Kompetenzen der Berater/-innen wurden zu 89% mit „Trifft voll und ganz zu“ beantwortet. Die insgesamt positive Bewertung der Ratsuchenden in Hinblick auf die Beratung wird in der folgenden Abbildung 4 nochmals veranschaulicht.

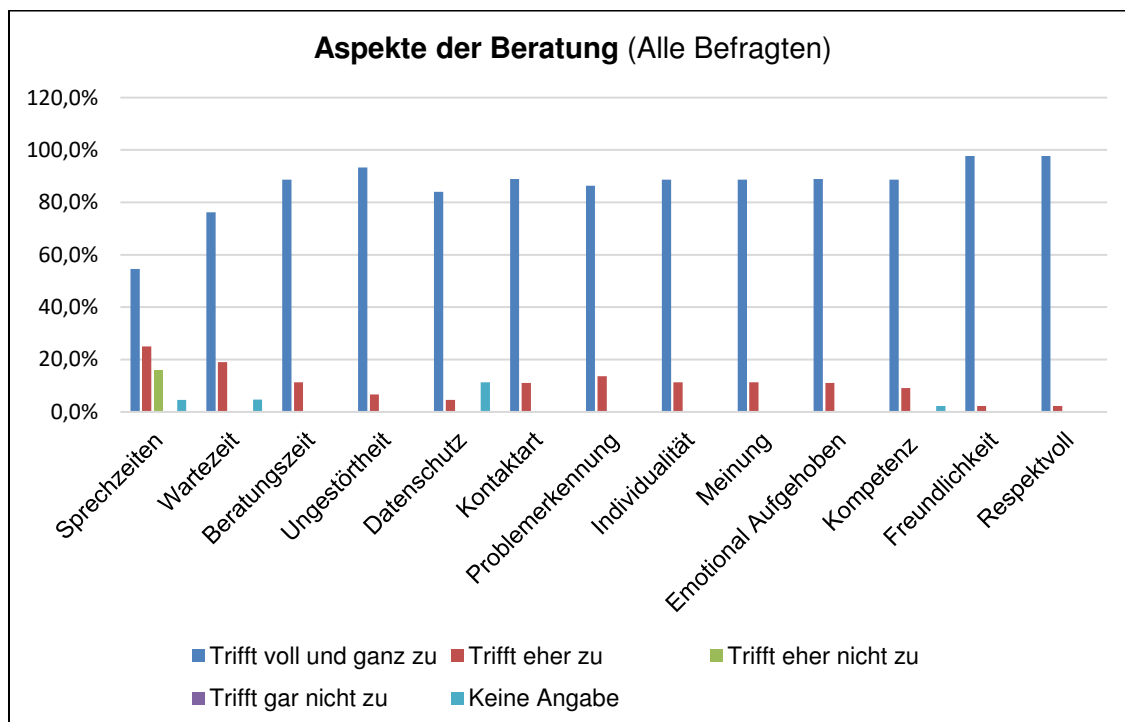


Abbildung 4: Aspekte der Beratung am Standort Berlin

Angaben in Prozent aller Befragten

Der Wunsch nach Einfühlungsvermögen und Empathie der Berater/-innen wurde als häufige Erwartung im qualitativen Teil genannt. Die Befragten aus privaten Haushalten nannten zudem die Relevanz des aktiven Zuhörens und die ausreichende Zeit innerhalb einer Beratung, um auf die individuelle Situation der Ratsuchenden eingehen zu können. Die Befragten erwarten ebenso, dass nicht nur über die Problemlage gesprochen, sondern diese auch ernstgenommen wird. In diesem Zusammenhang besteht der Wunsch nach einer Reaktion auf die individuelle Lage der Ratsuchenden innerhalb der Beratungen. Vielfach wurde ebenfalls der Wunsch nach Hinweisen auf weitere Angebote, wie z.B. Selbsthilfegruppen oder psychologische Betreuung genannt. Damit verknüpft steht der Wunsch nach Netzwerkkennntnissen, welche die Berater/-innen aufweisen sollten.

Die Befragten äußern sich insgesamt sehr positiv über die erhaltene Beratung. Die erlebten Gespräche und das Zuhören der Berater/-innen vermittelt ein Gefühl von Erleichterung und Sicherheit. In diesem Zusammenhang wurden Aspekte, wie z.B. „Probleme von der Seele reden“ oder „das Gefühl, nicht allein mit den Problemen zu sein“ beschrieben. Immer wieder verdeutlichen die Aussagen, dass die Angehörigen sich durch die Berater/-innen ernst genommen fühlten und auf die individuellen Probleme eingegangen wurde. Zudem erfolgt die Beschreibung der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle als einfühlsam, kompetent und engagiert.

Mehrere Befragte äußerten, dass sie viele hilfreiche Informationen und Lösungsvorschläge erhalten haben. Das Weiterleiten an weitere Ansprechpartner und die Selbstreflexion innerhalb der Beratung führt bei den Ratsuchenden zu einem bestärkenden Gefühl, um die vorliegende Konfliktsituation zu lösen. Ein Ratsuchender mit professionellem Hintergrund bestätigte diese Aussage und lobte die angebotenen Lösungsoptionen der Beratungsstelle, welche seine eigene Beratungssituation wiederum vorantreiben konnte. In diesem Zusammenhang wurde ebenso auf professioneller Seite die Notwendigkeit solcher Beratungsstellen genannt. Heimaufsichten sind in Konfliktsituationen häufig überfordert und eine neutrale Beratung von geschulten Mitarbeiter/-innen wird als sehr hilfreich empfunden.

Die überwiegend positiven Äußerungen der Befragten bekräftigen die Ergebnisse des quantitativen Teils. Der mehrfache Wunsch nach einer Ausweitung der Sprechzeiten sowie der Aufstockung des Beratungspersonals bestätigen diesen Eindruck. Einzelne Ratsuchende regen eine Erweiterung des Beratungsangebotes an, die eine Verbesserung der Vernetzung mit weiteren Schnittstellen vorsieht. Pflegedienste, Angehörige und Betreuer sollten schneller in den Kontakt mit der Beratungsstelle treten können, um eine verbesserte Problemlösung voranzutreiben. Ein Befragter nannte in diesem Zusammenhang den Bedarf einer gesetzlichen Änderung, um die interdisziplinäre Arbeit zu erleichtern.

4.3.2.2 Ergebnisse am Standort Mainz

71% der befragten Nutzer/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz stammen aus privaten Pflegehaushalten. 54 Befragte sind Angehörige von selbst Betroffenen. Davon geben 61% an, die Beratung stellvertretend für einen Pflegebedürftigen aufgesucht zu haben. Immerhin 48% der Angehörigen nutzten die Beratung (auch), um die Pflegesituation für sich selbst zu verbessern. Der Anteil der befragten Mitarbeiter/-innen aus Pflegestützpunkten (23 Befragte/ 27%) spiegelt den tatsächlichen Anteil dieser Nutzergruppe an der Beratungsklientel wieder (26% im Jahr 2015). Angehörige sind im Vergleich zur tatsächlichen Beratungsklientel des Informations- und Beschwerdetelefon (50%) leicht überrepräsentiert, während Pflegebedürftige in der Befragung im Vergleich zu 15% tatsächlichem Nutzeranteil unterrepräsentiert sind.

Pflegeeinrichtungen sind für Befragte aus Privathaushalten mit 25% der häufigste Hinweisgeber auf die Beratungsstelle. Vielfach haben die Befragten den Hinweis auch von Pflegestützpunkten erhalten. Immerhin 12% geben zusätzlich an, nur durch Zufall vom Beratungsangebot erfahren zu haben und dass sie dieses gerne früher in Anspruch genommen hätten.

Die Ratsuchenden wurden auch nach den aus ihrer Sicht relevantesten Aspekten der Beratung gefragt (vgl. Abbildung 5). Für fast die Hälfte der Befragten ist demnach die Kompetenz der Berater/-innen ein Aspekt, der besonders wichtig ist. Danach steht die Zeit, die für die Beratung zur Verfügung gestellt wird, an zweiter Stelle. Weit vorn rangieren auch die Verständlichkeit der Beratung sowie eine umfassende Beratung. Am wenigsten wichtig sind die Berücksichtigung der eigenen Meinung und die Ungestörtheit der Beratung. Aber auch die Sprech- und Wartezeiten sind für die Befragten von untergeordneter Relevanz. Zu bedenken gilt bei der Interpretation, dass 35% aller Befragten hier keinen für sie besonders relevanten Aspekt angegeben haben, die Verteilung zwischen den Nutzergruppen ist dabei gleich.

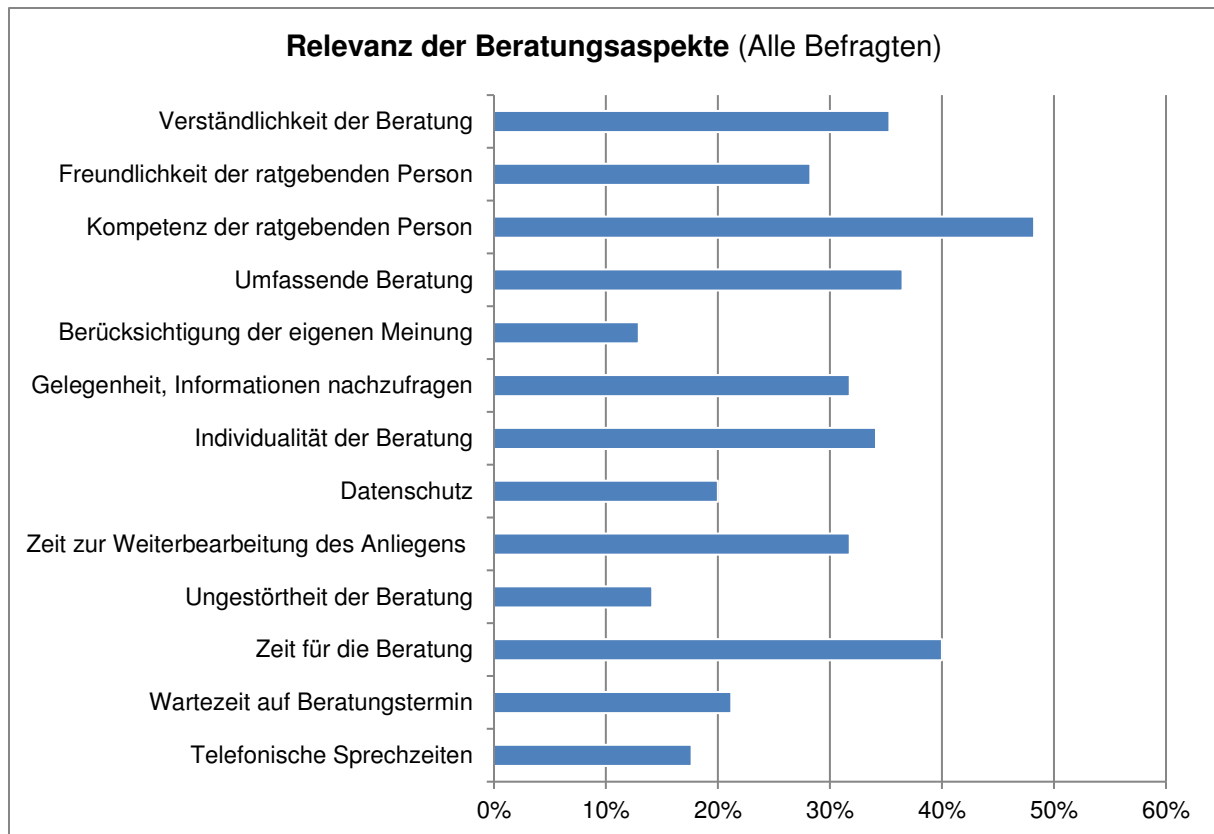


Abbildung 5: Relevanz der Beratungsaspekte am Standort Mainz
Übersicht alle Befragten

Im Zentrum der geäußerten Erwartungen der Ratsuchenden im qualitativen Teil der Befragung stehen erwartungsgemäß pflege- und leistungsrechtliche Fragen. Dabei zeigt sich, dass die Nutzer/-innen aus privaten Haushalten sich bzgl. ihrer eigenen Rechte wenig informiert fühlen: Vielfach wird der Wunsch nach Aufklärung über die Gesetzeslage und die rechtlichen Ansprüche seitens der Betroffenen geäußert. Dabei erwarten die Befragten auch, dass die Berater/-innen der Verbraucherzentrale sich für ihre Rechte einsetzen und z.B. Argumentationshilfen bei Problemen mit Pflegeeinrichtungen anbieten. Zwei der Befragten wünschen sich Informationen darüber, welche Rechte und Möglichkeiten sie als pflegende Angehörige gegenüber ihrem Arbeitgeber haben. Eng mit rechtlichen Fragen verknüpft ist der Wunsch nach Beratung rund um die Leistungen des SGB XI. Hier stehen Information und Aufklärung bzgl. des Einstufungsverfahrens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) im Zentrum der Erwartungen, was meist auch die Unterstützung beim Widerspruch gegen die bewilligte Pflegestufe bedeutet. Einige der Befragten wünschen sich Informationen zu konkreten Pflegeangeboten, wie etwa die 24-Stunden-Pflege. Informationen darüber, welche finanziellen Hilfen zur Verfügung stehen, erwarten zwei der Befragten als Bestandteil des Beratungsangebots.

Für Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund (n=19) steht ebenfalls erwartungsgemäß die Beratung zu rechtlichen Fragen im Zentrum der Erwartungen, wobei hier vielfach eine

Konkretisierung auf die Sozialgesetzbücher V und XI erfolgt. Den Befragten dieser Zielgruppe geht es dabei überwiegend um verlässliche juristische Auskunft und Unterstützung, um diese an eigene Klienten/-innen weitergeben zu können. Auch die Unterstützung bei Widerspruchs- und Beschwerdeverfahren wird mehrfach als Erwartung genannt.

Über diese pflege- und leistungsrechtlichen Fragen hinausgehende Themen werden von den Befragten nur vereinzelt als konkreter Wunsch geäußert. Exemplarisch sei hier auf das Anliegen verwiesen, Beratung rund um die Pflege bei einem schwerbehinderten Kind anzubieten.

Erwartungen bzgl. infrastruktureller Aspekte beziehen sich seitens der Nutzer/-innen aus privaten Haushalten vorrangig auf die für die Beratung zur Verfügung stehende Zeit und die schnelle Bearbeitung ihres Anliegens. Vertraulichkeit und Ungestörtheit werden jeweils von zwei der Befragten angesprochen. Hinsichtlich der Kompetenzen der Berater/-innen werden weitaus mehr Erwartungen der Pflegebedürftigen und Angehörigen geäußert. Hier steht die Fachkompetenz an erster Stelle für die Befragten, was insofern überrascht, als dies nicht das Ergebnis der quantitativen Befragung widerspiegelt. Einzelne Befragte äußern den Wunsch nach einer sachorientierten und umfassenden Beratung. Neben diesen Aspekten der fachlichen Kompetenz beziehen sich die Erwartungen an die Berater/-innen überwiegend auf personale Kompetenzen. Neben Einfühlungsvermögen, Geduld und einer freundlichen Haltung steht hier auch der Wunsch, dass die Individualität des Anliegens erkannt und alternative Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden können. Einige der Befragten wünschen sich eine konkrete Beratung bzw. die Bearbeitung konkreter Probleme, was sich dahingehend interpretieren lässt, dass sich die Nutzer/-innen eine Reduktion der Komplexität ihrer Probleme und eine entsprechende Lösung wünschen. Zwei der Befragten erwarten, dass die Beratung über die eigenen Fragen hinaus erfolgt, also dass die Berater/-innen Problemfelder ansprechen oder Hinweise setzen, die von den Ratsuchenden selbst nicht erkannt werden können.

Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund scheinen dagegen mehr Wert auf fachliche Kompetenzen zu legen, die Forderung „Fachkompetenz“ wird von jedem zweiten der Befragten eingebracht. Hier sind die Ergebnisse mit der quantitativen Befragung kongruent. Mehrfach genannt wird auch der Wunsch nach individueller Beratung und Lösung; zwei der Befragten erwarten, dass die Beratung auch für Laien verständlich gehalten ist. Hinsichtlich der infrastrukturellen Aspekte stehen für die Befragten mit professionellem Hintergrund die zeitnahe Bearbeitung ihres Anliegens und die Erreichbarkeit der Beratung im Vordergrund der Erwartungen.

Im Zentrum der positiven Rückmeldungen der Nutzer/-innen aus privaten Haushalten steht das Gefühl, in der Verbraucherzentrale endlich jemanden gefunden zu haben, der die eigenen Rechte gegenüber Pflegeanbietern oder der Krankenkasse durchsetzen kann. Immer wieder wird in den Aussagen deutlich, dass die Ratsuchenden sich dem Versorgungssystem ausgeliefert fühlen und Sorge haben, von Institutionen aufgrund eines Wissensdefizits hinsichtlich der eigenen Rechte als Verbraucher übervorteilt zu werden. So erleben viele der Nutzer/-innen die anwaltschaftliche Vertretung durch die Mitarbeitenden des Informations- und Beschwerdetelefons zum einen als große Erleichterung ihres Alltags, erhalten dadurch aber vor allem auch ein Gefühl der Sicherheit. Eine der Befragten äußert sogar, dass nur die Verbraucherzentrale dazu in der Lage sei, gegenüber politischen Vertretern im Sinne der Nutzer/-innen zu agieren und auf Pflegemissstände aufmerksam zu machen. Wie wenig Vertrauen die Ratsuchenden insbesondere dem MDK entgegenbringen, wird an der Rückmeldung einer Befragten deutlich, die erst nach einem erfolglosen Widerspruch durch das Infotelefon die Einstufung durch den MDK annehmen und akzeptieren kann.

Die Berater/-innen werden von den Befragten aus privaten Haushalten häufig als sehr kompetent beschrieben. Mehrfach wird auch geäußert, dass die individuelle Situation nicht nur verstanden, sondern auch berücksichtigt wird. Daneben werden die Mitarbeitenden als freundlich und respektvoll beschrieben und das hohe Engagement hervorgehoben. Einzelne Befragte bewerten die Arbeitsweise des Infotelefons als unkompliziert und lassen sich bei Antragsstellungen o.ä. unterstützen, um bürokratische Hindernisse in ihrem Alltag zu minimieren.

Die Ratsuchenden mit professionellem Hintergrund heben insbesondere die hohe Fach- und Multikompetenz der Mitarbeitenden des Infotelefons hervor. Sie erleben das Beratungsangebot als große Bereicherung ihrer eigenen Beratungstätigkeit, da sie „fundierte juristische“ Informationen erhalten. Die Beratung wird als sachlich, umfassend und unbürokratisch beschrieben. Zwei der Befragten erwähnen auch die gute Kooperation mit der Verbraucherzentrale. Entgegen der Bewertung im quantitativen Teil des Fragebogens geben immerhin fünf Befragte an, immer eine zeitnahe Rückmeldung auf Anfragen zu erhalten.

Überwiegend äußern sich die Befragten sehr positiv über das Informations- und Beschwerdetelefon, was die Ergebnisse des quantitativen Teils weitestgehend bestätigt. So sind die angebrachten Verbesserungsvorschläge überwiegend auch Ausdruck der hohen Wertschätzung, da mehrheitlich eine Ausweitung des Beratungsangebots gewünscht wird. Vielfach wird eine bessere telefonische Erreichbarkeit erbeten und die Forderung nach mehr Personal angebracht. Mehrfach werden auch zu lange Wartezeiten kritisiert, was meist direkt darauf zurückgeführt wird, dass die Berater/-innen unterbesetzt seien. Einzelne Befragte wünschen sich einen höheren Bekanntheitsgrad des Angebots, die Möglichkeit des

persönlichen Besuchs oder konkrete Informationen zu speziellen Rechtsthemen, wie Elternunterhalt und Vertragsbestandteile.

4.3.2.3 Ergebnisse am Standort LK Osnabrück

58 der 61 befragten Nutzer/-innen des Senioren- und Pflegestützpunktes im LK Osnabrück sind Ratsuchende aus privaten Haushalten, davon 46 Angehörige von Pflegebedürftigen und 9 Personen, die sich selbst als pflegebedürftig bezeichnen. 2 Befragte nutzten die Beratung aus ehrenamtlichem Interesse, eine befragte Person hat sich der Kategorie (Selbsthilfe-)Gruppe/ Verein/ Verband zugeordnet. 54% der Befragten geben an, telefonische Beratung in Anspruch genommen zu haben, womit diese Kontaktart am meisten nachgefragt wurde. 30% der Befragten suchten die Beratungsstelle persönlich auf und 39% nutzten das Angebot des Hausbesuchs. Die Nutzer/-innen aus privaten Haushalten sind, wie dargestellt, mehrheitlich Angehörige. 57% davon suchten die Beratung stellvertretend für einen Pflegebedürftigen auf. 68% gaben ausschließlich oder ergänzend an, die Beratung mit dem Ziel genutzt zu haben, die Pflegesituation für sich selbst zu verbessern.

Die Mehrheit der Befragten aus privaten Haushalten hat aus dem eigenen sozialen Umfeld vom Beratungsangebot erfahren. Danach folgen Pflegeeinrichtungen sowie Medien und Werbung. Unter „Sonstige“ wurden vielfältige Angaben gemacht, u.a. folgten Hinweise durch einen Seniorenbeirat, eine Krankenkasse, einen Landfrauenverein oder die Befragten sind als Mitarbeiter/-innen anderer Abteilungen des LK Osnabrück auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden. Immerhin 22% geben an, dass sie nur durch Zufall vom Beratungsangebot erfahren haben, aber gerne früher davon gewusst hätten. Häufigster Beratungsanlass mit 61% war die Suche nach Informationen (vgl. Abbildung 6). Fast die Hälfte der Befragten suchte ausschließlich oder ergänzend nach einem ausführlichen Gespräch über die eigene Situation.

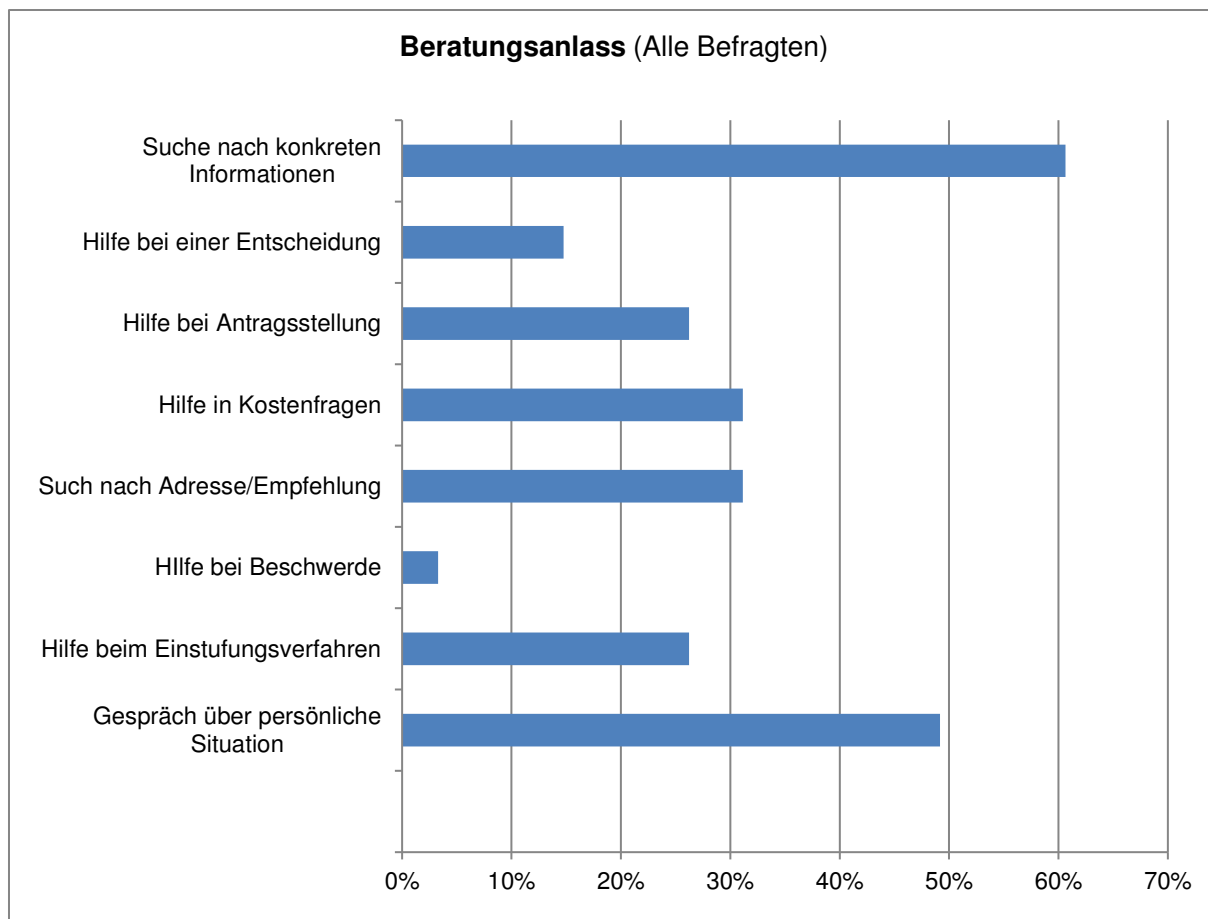


Abbildung 6: Beratungsanlass am Standort LK Osnabrück
Angabe in Prozent aller Befragten

Die Ratsuchenden wurden auch danach befragt, für wie relevant sie verschiedene Beratungsaspekte persönlich einstufen. Das Ergebnis verdeutlicht, dass sowohl die Kompetenz der Berater/-innen als auch die für die Beratung zur Verfügung stehende Zeit für die meisten Befragten die höchste Relevanz besitzt (vgl. Tabelle 6). Wichtige Aspekte sind weiterhin die Verständlichkeit der Beratung, eine umfassende Beratung und ausreichend Gelegenheit zum Erfragen relevanter Informationen. Die strukturellen Aspekte „Sprechzeiten“, „Wartezeit“ und „Datenschutz“ werden als am wenigsten relevant eingestuft. Besonders wenig relevant ist für die Befragten auch, dass ihre persönliche Meinung berücksichtigt wird. Zu berücksichtigen gilt bei dieser Frage, dass 39,3% der Befragten keinen für sie besonders relevanten Aspekt angegeben haben.

Tabelle 6: Relevanz der einzelnen Beratungsaspekte am Standort LK Osnabrück
Angaben in Prozent aller Befragten

Beratungsaspekt	Anteil der Befragten
Kompetenz der Berater/-innen	41,0%
Zeit für die Beratung	37,7%
Verständlichkeit der Beratung	29,5%
Umfassende Beratung	29,5%
Gelegenheit, Informationen nachzufragen	29,5%
Freundlichkeit der Berater/-innen	24,6%
Art des Beratungskontakts	24,6%
Ungestörtheit der Beratung	23,0%
Individualität der Beratung	16,4%
Sprechzeiten	11,5%
Datenschutz	9,8%
Wartezeit auf Beratungstermin	8,2%
Berücksichtigung der eigenen Meinung	8,2%

Eine der am häufigsten genannten Erwartungen im offenen Teil der Befragung ist der Wunsch nach Informationen. Diese werden teils mit Adjektiven weiter beschrieben -z.B. „konkrete“ Informationen oder „verlässliche“ Informationen- die inhaltliche Ausrichtung wird von den Befragten aber nur selten konkretisiert. Nur eine der befragten Personen gibt an, Informationen „zum Erhalt des selbstbestimmten Lebens“ haben zu wollen. Vielfach werden auch Informationen und Kontaktdaten zu Pflegeanbietern oder anderen Institutionen gefordert.

Bei Themen, die die Leistungen des SGB XI betreffen, kann der Informations- und Beratungsbedarf deutlich konkreter beschrieben werden und Erwartungshaltungen werden spezifisch geäußert. An erster Stelle steht hier der Beratungsbedarf zum Einstufungsverfahren der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekassen. Dies beinhaltet sowohl allgemeine Informationen zu den Pflegestufen als auch ganz konkrete Unterstützung beim Antrags- oder Widerspruchsverfahren. Einige Befragte wünschen sich Beratung zu Pflegehilfsmitteln und zu Möglichkeiten eines behindertengerechten Wohnungsumbaus. Dabei stehen auch Kostenfragen im Zentrum der Erwartungen. Mehrfach wird auch der Wunsch nach Hinweisen zum Pflegegesetz und darin verankerten Rechten der Nutzer/-innen geäußert. Drei der Angehörigen fordern auch Beratung zu Unterstützungs- und Entlastungsoptionen für Pflegenden. Damit eng verknüpft ist der Wunsch nach Beratung zu verschiedenen Pflegeangeboten und Versorgungsoptionen.

Die Befragten aus privaten Haushalten können damit zwar spezifische Themen nennen, zu denen sie Beratung einfordern. Gleichzeitig wird aber vielfach auch der allgemeine Wunsch

nach Informationen geäußert und damit ein Beratungsbedarf beschrieben, den die Ratsuchenden selbst nicht näher definieren können.

Hinsichtlich der Eigenschaften der Beratung bzw. der Berater/-innen werden zahlreiche Wünsche und Erwartungen deutlich, es lassen sich aber einige zentrale Aspekte identifizieren. Zunächst steht für viele Befragte die Fachkompetenz der Berater/-innen im Zentrum der Erwartung. Nicht weniger wichtig ist den Ratsuchenden, dass im Gespräch ihre individuelle Situation berücksichtigt wird. Dies beinhaltet sowohl den Wunsch, dass die individuellen Besonderheiten verstanden werden, als auch dass diese in die Gestaltung der Unterstützung einbezogen werden. Ebenso häufig wird der Anspruch geäußert, dass Alternativen zur Versorgungsgestaltung und langfristige Perspektiven aufgezeigt werden. Mehrfach genannte Äußerungen sind zudem der Wunsch nach Wegbegleitung, Verständnis, Einfühlungsvermögen und Erfahrung.

Strukturelle Aspekte finden in den genannten Erwartungen wenig Berücksichtigung. Nennenswert sind einzig der Anspruch, dass ausreichend Zeit zur Beratung zur Verfügung steht und dass ein persönlicher Besuch vor Ort angeboten wird.

Die Befragten äußern sich vielfach sehr positiv über die erhaltene Beratung. Als hilfreich wird dabei die Möglichkeit bewertet, sich jederzeit an die Beratungsstelle wenden zu können und dann auch zeitnah Unterstützung zu erhalten. Zwei Befragte erleben dadurch ein Gefühl der Sicherheit. Mehrfach wird auch das persönliche Engagement der Berater/-innen gelobt. Besonders positiv wird auch erwähnt, dass die individuelle Situation sofort erkannt und berücksichtigt wurde. In struktureller Hinsicht werden insbesondere die für die Beratung zur Verfügung stehende Zeit und die Möglichkeit des Hausbesuchs positiv hervorgehoben.

Mehrere Befragte äußern, dass sie viele hilfreiche Informationen zu spezifischen Themen erhalten haben. In diesem Zusammenhang wird auch das ausgehändigte Informationsmaterial von zwei Befragten lobend erwähnt. Eine Befragte äußert, dass sie durch die Informationen zum Thema Demenz nun das Verhalten des Pflegebedürftigen besser nachvollziehen kann.

Anregungen zur Verbesserung der Beratung werden nur von einzelnen Befragten gegeben und lassen sich nicht übergreifend zusammenfassen. Eine befragte Person fordert mit Nachdruck, dass die Beratung ungestört stattfinden müsse, insbesondere wenn vorher ein Termin vereinbart wurde. Eine weitere Anregung beinhaltet die Aufbereitung einer übersichtlichen und leicht verständlichen Zusammenstellung aller wesentlichen Informationen und der Wunsch nach Hinweisen zu weiterführenden Informationen im Internet. Einer befragten Person sind die Kostenaspekte nicht ausreichend deutlich geworden und eine weitere Person wünscht sich gezieltere Anleitung zu den einzuleitenden Handlungsschritten.

5 Der partizipative Qualitätsentwicklungsprozess – Die lokalen Arbeitsgruppen mit den Nutzer/-innen der Beratung

Im Folgenden wird das Kernstück des Projekts ausführlich erläutert: die partizipative Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen der teilnehmenden Beratungsangebote und die Entwicklung von Qualitätskriterien für die Pflegeberatung. Wie bereits angesprochen, wurde die Zusammenarbeit über lokale Arbeitsgruppen (AGs) gebildet. Daher wird zunächst das Vorgehen zur Gewinnung von Teilnehmenden für diese AGs dargestellt. Es folgt die Darlegung des methodischen Aufbaus der Zusammenarbeit, die in Anlehnung an das Konzept der Fokusgruppen über mehrere gemeinsame Arbeitssitzungen gestaltet wurde. Die anschließende Ergebnisübersicht präsentiert die Qualitätsvorstellungen aus der Nutzerperspektive, die sich aus der gemeinsamen Forschung ableiten lassen. Diese bildeten die Grundlage für die Ausarbeitung der Qualitätsmaßstäbe an den drei Projektstandorten. Die Erkenntnisse aus dem partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess mit den Nutzer/-innen der Beratung wurden zudem in einer Arbeitshilfe (s. Anhang 1) aufbereitet, die auch anderen Beratungsangeboten die Qualitätsentwicklung in einem partizipativen Prozess mit ihren Ratsuchenden ermöglichen soll.

Teile des methodischen Vorgehens und der Ergebnispräsentation wurden zur Publikation in einer Fachzeitschrift akzeptiert⁶.

5.1 Vorgehen zur Teilnehmergeinnung

Die Ansprache potentieller Teilnehmender wurde durch die Praxispartner/-innen durchgeführt. Dieses Vorgehen war aus Gründen des Datenschutzes unumgänglich, da nur Personen zur Teilnahme gewonnen werden sollten, die die Beratung bereits in Anspruch genommen hatten. Die Gewinnung von Teilnehmenden aus privaten Haushalten gestaltete sich dabei über alle Standorte hinweg schwierig, da oftmals entweder stark begrenzte zeitliche Ressourcen (pflegende Angehörige) oder eingeschränkte körperliche oder geistige Fähigkeiten (Pflegebedürftige) vorlagen (vgl. Kapitel 3.1). Insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen war enorm schwer zu erreichen, sodass nur für die Nutzergruppe der Pflegeberatung im LK Osnabrück eine selbst pflegebedürftige Person für die Teilnahme gewonnen werden konnte. Die Motivation von Teilnehmenden mit professionellem Hintergrund war dagegen vergleichsweise hoch, da insbesondere Berater/-innen anderer Angebote ein hohes eigenes

⁶ Englert, N., Büscher, A. (2018): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung – PartiziQ. In: Pflegewissenschaft 20 (3/4): 116-124

berufliches Interesse an der Mitwirkung bei der Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung zeigten. Die Teilnehmerzahl dieser Nutzergruppe beschränkte sich allerdings durch den Anspruch, ausgeglichene Gruppenzusammensetzungen zu erzielen. Für die Standorte Berlin und LK Osnabrück konnte dies realisiert werden, wenn auch zu Lasten der gesamten Gruppengröße. Aufgrund der Größe des Flächenlandes Rheinland-Pfalz erwies sich der Aufbau einer AG als besonders schwierig, sodass hier nicht nur die kleinste AG insgesamt gebildet wurde, sondern auch das Verhältnis von privat Betroffenen zu denjenigen mit professionellem Hintergrund nicht mehr ausgeglichen war. Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Teilnehmenden an den drei Standorten.

Tabelle 7: Übersicht über die Teilnehmenden der AGs an den Projektstandorten

	Berlin	Mainz	LK Osnabrück
Pflegebedürftige/Angehörige	6	2	9
Professionelle Akteure	6	5	5
Gesamt	12	7	14

5.2 Aufbau und methodische Gestaltung der Arbeitsgruppen

Im Projekt PartiziQ wurden die Nutzer/-innen über lokale AGs eingebunden, die sich an der Methodik der Fokusgruppe orientieren. Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion, bei der eine im Vorfeld klar definierte Fragestellung diskutiert wird. Die Methode der Fokusgruppe ist in ihrer Konzeption im mittleren Partizipationsbereich anzusiedeln, da einer Fokusgruppe im Vergleich zu bspw. einem Nutzerbeirat nicht per se Mitbestimmungsrechte zugestanden werden. Im Projekt PartiziQ war es jedoch das erklärte Ziel, dass die partizipierenden Nutzer/-innen bzw. deren Qualitätsvorstellungen die zu erarbeitenden Qualitätsmaßstäbe bestimmen, womit der Zielgruppe Entscheidungsmacht hinsichtlich der Definition eines Qualitätsniveaus gegeben wird.

Moderiert wurden die Fokusgruppen vom wissenschaftlichen Team der Hochschule Osnabrück. Zu betonen ist, dass sich die Rolle der Wissenschaftler/-innen auf die Vor- und Nachbereitung der Gruppensitzungen und deren Moderation beschränkte. Zwar war der Diskussions- bzw. Arbeitsgegenstand vorgegeben –die Beratung–, die einzelnen Aspekte des Beratungsangebotes bzw. wie intensiv diese diskutiert wurden, wurde aber durch die Nutzergruppe im Gesprächsverlauf bestimmt.

Die Praxispartner/-innen aus den Beratungsstellen nahmen an den Gruppendiskussionen nicht teil. Hintergrund war die Annahme, dass sich die teilnehmenden Nutzer/-innen bei

Anwesenheit von Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes befangen fühlen könnten, auch negative Aspekte an der Beratung anzusprechen. Dieses Vorgehen wurde auch von den Nutzer/-innen befürwortet, womit sich die Annahme letztlich bestätigte. Um die Partizipation der Praxispartner/-innen dennoch zu gewährleisten wurden die Gesprächsprotokolle aus den Sitzungen bzw. deren Ergebnisse in anonymisierter Form zur aufbereitet. In drei gemeinsamen Arbeitssitzungen zwischen wissenschaftlichem Team und den beteiligten Praxispartner/-innen wurden zentrale Fragen des Projekts gemeinsam erörtert und Richtungsentscheidungen getroffen. Die formulierten Qualitätsmaßstäbe wurden von den Praxispartner/-innen individuell hinsichtlich der fachlichen Umsetzbarkeit kommentiert und dies bei der abschließenden Ausarbeitung berücksichtigt.

Die AG-Sitzungen fanden im Zeitraum zwischen August 2016 bis Mai 2017 statt, wobei darauf geachtet wurde, dass der partizipative Prozess an den Standorten jeweils nicht mehr als neun Monate umfasst. Die Erfahrung aus Projekten zur Qualitätsentwicklung zeigt, dass entsprechende Prozesse nicht zu lang dauern sollten, da sich die Motivation zur Beteiligung erheblich verschlechtert, wenn sichtbare Ergebnisse zu lange auf sich warten lassen. Es wurden vier Sitzungen terminiert, wobei der vierte Termin als optional kommuniziert wurde und eine tatsächliche Durchführung vom Arbeitsstand abhängig gemacht werden sollte. An den Standorten Berlin und Mainz entschied sich die Gruppe gegen die Durchführung eines vierten Termins zur abschließenden Konsentierung, stattdessen wurde die abschließende Version des erarbeiteten Qualitätsmaßstabes in telefonischen Einzelinterviews vollzogen. Einen ersten Überblick über den inhaltlichen Aufbau der AG-Sitzungen gibt Tabelle 8.

Tabelle 8: Übersicht über den Aufbau der AG-Sitzungen

Erste Arbeitsgruppensitzung
Sammlung von Erwartungen, Wünschen und Verbesserungsvorschlägen an die Beratung <i>Nachbereitung durch Projektteam: Systematische Aufbereitung der Ergebnisse</i>
Zweite Arbeitsgruppensitzung
Diskussion der systematisierten Ergebnisse der ersten AG-Sitzung Festlegung eines Formats für den Qualitätsmaßstab <i>Nachbereitung durch Projektteam: Aufbereitung der Diskussionsergebnisse, Formale Darstellung von Qualitätszielen in einem Qualitätsmaßstab, Formulierung von Evaluationskriterien</i>
Dritte Arbeitsgruppensitzung
Diskussion des erarbeiteten Qualitätsmaßstabes und der formulierten Evaluationskriterien <i>Nachbereitung durch Projektteam: Aufbereitung der Diskussionsergebnisse, finale Fassung des Qualitätsmaßstabs</i>
Vierte Arbeitsgruppensitzung
Abschließende Konsentierung des Qualitätsmaßstabs

Zur Erfassung der Anforderungen an die Beratung aus der Nutzerperspektive wurde in der ersten AG-Sitzung eine offene Kartenabfrage durchgeführt. Die Nutzer/-innen wurden mit drei Leitfragen zur Ergänzung unterstützt:

- 1) Aus meiner Sicht das Wichtigste an der Beratung ist ...
- 2) Besonders geholfen an der Beratung hat mir ...
- 3) Wenn ich an der Beratung etwas ändern könnte, dann wäre das ...

Jede/r der Teilnehmenden hatte die Möglichkeit, sich zu diesen Leitfragen ausführlich zu äußern. Die Kernaussage wurde jeweils auf Moderationskarten festgehalten. In dieser ersten Arbeitssitzung wurde noch keine Diskussion der erarbeiteten Inhalte geführt. Vielmehr war es das Ziel, dass die Nutzer/-innen frei ihre Gedanken zu den einzelnen Leitfragen äußern, ohne dass durch das Streben nach einer Konsensfindung in der Gruppe bereits unbewusst nach Kompromisslösungen gesucht wird oder eine Wertung stattfindet. Die folgende Abbildung 7 zeigt beispielhaft die Ergebnisse zur Leitfrage 1 der Nutzergruppe des Senioren- und Pflegestützpunktes im LK Osnabrück.



Abbildung 7: Beispielhafte Ergebnisse des ersten gemeinsamen Arbeitsschrittes am Standort LK Osnabrück

Im Nachgang der Arbeitssitzung wurden die erarbeiteten Inhalte an den einzelnen Standorten durch das Projektteam an der Hochschule Osnabrück codiert und kategorisiert. Dabei wurde sich an Prinzipien der Grounded Theory orientiert, die zunächst eine offene Kodierung vorsehen (Glaser/Strauss 1998). Kodierung bedeutet in diesem Zusammenhang, den einzelnen Äußerungen der Beteiligten eine Namensbezeichnung zuzuordnen. Diese Bezeichnung kann dabei durchaus auch der Originalbegriff sein. In einem zweiten Schritt werden durch eine fortlaufende vergleichende Analyse Gemeinsamkeiten zwischen den einzelnen identifizierten Aspekten identifiziert und zusammengehörende Aspekte zu Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorien werden jeweils wieder mit einer passenden Bezeichnung bedacht. Dieser Prozess des offenen Kodierens erfolgte so lange, bis sämtliche Äußerungen der Beteiligten einer Kategorie zugeordnet werden konnten. Zu jeder Kategorie erfolgte dann eine schriftliche Ausföhrung der damit verbundenen Inhalte, um diese dann wieder in der Arbeitsgruppe präsentieren und diskutieren zu können.

Am Ende der ersten Sitzung wurden den Teilnehmer/innen die Ergebnisse der Nutzerbefragung vorgestellt. Die Darstellung erfolgte nach der Themensammlung, um diese nicht zu beeinflussen. Die Präsentation diente der Information der Teilnehmer/innen und gab Gelegenheit, die Ergebnisse vor dem Hintergrund der eigenen Einschätzungen im Laufe der ersten Sitzung zu bewerten. Tatsächlich bestanden in der Gesamteinschätzung keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Nutzerbefragungen und den Einschätzungen der Teilnehmer/innen an den Arbeitsgruppen.

Die aufbereiteten Ergebnisse wurden der Nutzergruppe in der zweiten Arbeitssitzung vorgestellt und eine Diskussion unter den Teilnehmenden eingeleitet. Die Ziele dieser Rückkoppelung der ausgearbeiteten Inhalte waren folgende:

- Jede/r Teilnehmende erhält die Gelegenheit mitzuteilen, ob sie/er ihre/seine Anforderungen in den ausgearbeiteten Inhalten wiederfindet, oder ob möglicherweise eine Fehlinterpretation seitens der Auswertenden vorliegt. Ggf. müssen einzelne Aspekte präzisiert werden.
- Über den vertiefenden Austausch erhalten die Teilnehmenden die Gelegenheit, weitere aus ihrer Perspektive relevante Aspekte zu ergänzen.
- Widersprüchliche Erwartungshaltungen innerhalb der Nutzergruppe können identifiziert und diskutiert werden; durch eine schrittweise Annäherung der Positionen kann ein Konsens unter den Teilnehmenden erreicht werden.

Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes bilden die Basis für die Formulierung von Qualitätszielen, die als formalisierter Qualitätsmaßstab aufbereitet wurden und mit Evaluationskriterien besetzt wurden. Eine ausführliche Erläuterung der Erarbeitung der Qualitätsmaßstäbe folgt in Kapitel 5.4. Zunächst werden nun die erarbeiteten Qualitätsvorstellungen der Nutzer/-innen ausführlich dargestellt.

5.3 Ergebnisübersicht

Es konnten sechs Kategorien gebildet werden: *Zugang zur Beratung, Beratungshaltung der Berater/-innen, Kompetenz der Berater/-innen, Beratungsinhalte und -themen, Gestaltung des Beratungsprozesses* sowie *die Beratungsstelle als Teil der lokalen Beratungslandschaft*. Aufgrund der variierenden Inhalte sind die Kategorien an den Standorten teils mit abweichenden Unterkategorien gefüllt. Die folgende Übersicht fasst die zentralen Ergebnisse aus den AGs zusammen.

5.3.1 Kategorie 1: Zugang zur Beratung

Erreichbarkeit der Berater/-innen

Die Forderung nach einer hohen telefonischen Erreichbarkeit der Berater/-innen ist ein zentraler Aspekt an allen drei Standorten. Für den Pflegestützpunkt wird eine ganztägige Erreichbarkeit von 08:00 bis 16:00 Uhr gefordert, während in den AGs an den anderen Standorten eine täglich gleichbleibende vierstündige Sprechzeit als ausreichend betrachtet wird. Insbesondere für berufstätige Ratsuchende werden Beratungsoptionen (als offene Sprechzeit oder individuelle Beratungstermine) in den späten Nachmittags- bzw. frühen Abendstunden bis 19:00 Uhr gefordert. Die hohe telefonische Erreichbarkeit ist eng mit dem Wunsch verknüpft, dass die Beratung zeitnah zur Verfügung steht: *„Ich habe, also sehr wichtig ist, dass die Beratung möglichst zeitnah stattfinden kann. Dass man also das Problem schnell löst, bevor andere Dinge das noch vergrößern.“* (Pr. A., LK Osnabrück) Die Konkretisierung, was „zeitnah“ bedeutet, fällt allerdings unterschiedlich aus und sollte nach Ansicht der Ratsuchenden von der Dringlichkeit des Beratungsanliegens abhängig gemacht werden, deren Beurteilung im Verantwortungsbereich der Berater/-innen liegt. In hoch belasteten Pflegesituationen oder wenn Fristsetzungen, bspw. durch die Pflegekasse, eingehalten werden müssen, sollte eine Beratung möglichst direkt im Rahmen der Sprechzeiten stattfinden, während die Ratsuchenden bei Beratungsanfragen zu speziellen Rechtsthemen auch mal bis zu vier Wochen gewähren, bis zu diesem Thema ausführlich beraten werden kann. *„Es gibt ja durchaus Probleme, da ist es sicherlich wichtig, dass man schnell jemanden am Telefon hat, der vielleicht direkt ad hoc Auskunft geben kann [...] Also das ‚Schnell‘ kann man nicht, glaube ich, in einen Zeithorizont fassen, das Schnell ist mehr, dass ich erstmal einen Ansprechpartner habe und dass er mich durch den weiteren Prozess führt.“* (Pr. A., Mainz) Einig sind sich alle Nutzer/-innen dahingehend, dass eine erste Reaktion der Berater/-innen, die den Eingang der Beratungsanfrage bestätigt und über den Zeitpunkt einer erneuten Kontaktaufnahme informiert, nicht länger als einen Tag auf sich warten lassen sollte.

Kontaktart

Neben der hohen telefonischen Erreichbarkeit für eine erste Kontaktaufnahme sind auch die Möglichkeiten, in welchem Rahmen der Kontakt gestaltet werden kann, von hoher Bedeutung. Hier ist in erster Linie Flexibilität gefragt: Viele Ratsuchende erleben den telefonischen Kontakt als ausreichend oder auch als ihren Bedürfnissen entsprechend. Dagegen finden einige Ratsuchende, dass manche Beratungsanliegen besser in einem persönlichen Gespräch thematisiert werden können und dies auch die Preisgabe intimer Details zur Pflegesituation erleichtert. Ist die Möglichkeit des persönlichen Kontakts ausgeschlossen, wie es bei Beratungstelefonen konzeptuell angelegt ist, empfinden die Ratsuchenden am Standort Mainz

die Berater/-innen oftmals als anonym, was in einer erhöhten Hemmschwelle resultiert, die juristische Beratung überhaupt in Anspruch zu nehmen. Hier können Informationen zu den Berater/-innen bei der Vertrauensbildung helfen, bspw. Fotos auf der Homepage oder in Informationsflyern und die konsequente Betonung der Nähe zu den Verbrauchern von Pflegeleistungen. Das Erleben der Berater/-innen als anonym scheint allerdings in einem Zusammenhang mit dem Anlass der Beratung zu stehen: Auch die Krisenberatung in Berlin ist primär als telefonische Beratung angelegt, die teilnehmenden Ratsuchenden, die diese Form der Beratung genutzt haben, erlebten dies allerdings nicht als negativ.

Für besondere Beratungssituationen kann auch die Beratung in der eigenen Häuslichkeit unverzichtbar sein, wie eine Nutzerin des Pflegestützpunktes berichtet: *„Weil ich Zeiten gehabt habe, ich hätte nicht hierhin kommen können. Und zu Hause, da kann sich die Fachkraft auch ein Bild machen, dass man vor Ort sehen kann, oh, das Bett, da gibt es aber andere Sachen, oder so was.“* (PA, LK Osnabrück) Hier kommen zwei Aspekte zum Ausdruck: Einerseits soll durch den Hausbesuch der Ausschluss von der Beratung aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen oder eingeschränkter Mobilität vermieden werden, andererseits sind die Ratsuchenden immer auch daran interessiert, dass ihnen Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die nach Ansicht einiger Nutzer/-innen nur durch eine persönliche Inaugenscheinnahme der häuslichen Rahmenbedingungen identifiziert werden können. Zwar lassen sich an den drei Standorten beratungsanlassspezifische Tendenzen ausmachen, welche Kontaktoptionen favorisiert sind, vorrangig muss aber festgehalten werden, dass vor allem die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen zu können und passgenaue Optionen anzubieten, von zentraler Bedeutung ist.

Bekanntheit des Beratungsangebotes

Die Nutzer/-innen aller teilnehmenden Beratungsangebote äußern, dass die vielfältigen Beratungsmöglichkeiten bei Betroffenen ihrer Ansicht nach nicht ausreichend bekannt sind. Dies wird insofern als Problem wahrgenommen, als die Beratung als solches vielfach als hilfreich erlebt wurde, ohne Kenntnis Betroffene aber nicht davon profitieren können. Die Nutzergruppe des Pflegestützpunktes sieht auch den Bedarf einer frühzeitigen Beratung, die bspw. bereits vor der Beantragung einer Pflegestufe ansetzt, um etwaige formale Vorgänge für die Betroffenen möglichst effizient und gewinnbringend zu gestalten. *„In meiner Selbsthilfegruppe erlebe ich es immer wieder, dass die Leute keine Beratung in Anspruch nehmen, sondern gleich zur Pflegekasse stiefeln und ja, wer auch immer braucht jetzt eine Pflegestufe [...] Also, wenn die Leute alleine an die Sache rangehen, wird das dann zunächst einmal abgelehnt und erst mit Widerspruch und vielleicht sogar Gericht dann erst eine Pflegestufe genehmigt.“* (PA, LK Osnabrück) Nach Ansicht der Nutzer/-innen sollten die Beratungsangebote über verschiedene Werbeaktivitäten verstärkt in die Öffentlichkeit

getragen werden. Im Falle des Pflegestützpunktes sei auch eine konkretere Namensgebung hilfreich, da der jetzige Begriff wenig Rückschluss auf die Möglichkeit der Beratung in Pflegefragen böte.

Die mangelnde Bekanntheit bezieht sich allerdings sowohl auf Pflegebedürftige und deren Angehörige, als auch auf Gesundheits- und Pflegepersonal. Insbesondere hausärztlichen Praxen wird eine zentrale Rolle bei der Identifikation von Beratungsbedarf zugeschrieben, die nach Ansicht der teilnehmenden Ratsuchenden kaum von den Hausärzten ausgefüllt wird. Auch Pflegepersonal ambulanter Dienste sowie in stationären Einrichtungen könne nach Ansicht der Ratsuchenden in belasteten Situation deutlich aktiver werden und auf die Möglichkeit der Krisenberatung verstärkt hinweisen bzw. sogar vermittelnd tätig werden. In diesem Sinne wird der Sensibilisierung von Gesundheits- und Fachpersonal teils eine noch höhere Bedeutung zugeschrieben als einer breiten Öffentlichkeitsarbeit. Den Bekanntheitsgrad des Berliner Beratungsangebotes bei Gewalt und Konflikt in der Pflege auch bei pflegerischem Personal zu erhöhen sei nicht zuletzt auch deswegen von zentraler Bedeutung, damit diese Nutzergruppe die Beratung für eigene Zwecke verstärkt in Anspruch nehmen kann. Eine Ausnahme bildet die Pflegerechtsberatung der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz: Durch die enge Kooperation mit dem flächendeckenden Netz der Pflegestützpunkte scheint eine Weiterleitung zumindest derjenigen Ratsuchenden, die sich mit ihrem Anliegen zunächst an einen der Pflegestützpunkte wenden, zufriedenstellend zu gelingen. Die Aufgabe einer vermittelnden Tätigkeit wird für pflegerechtliche Fragen kaum bei Gesundheits- und Pflegepersonal verortet.

5.3.2 Kategorie 2: Beratungshaltung der Berater/-innen

Beratung auf Augenhöhe

In allen Nutzergruppen kommt zum Ausdruck, dass eine wertschätzende Beratungshaltung, die den Ratsuchenden als Experten für seine Situation betrachtet, ein wesentliches Qualitätsmerkmal für Ratsuchende darstellt: *„Das ist für mich eigentlich das Wichtigste, dass man nicht vielleicht so denkt, die glauben mir wahrscheinlich gar nicht in der Beratung. Das ist halt ganz oft was ich so mitbekomme. Dass die immer ganz viel Angst haben, ich bin so krank, aber mir glaubt einfach irgendwie keiner, oder es wird nicht so wahrgenommen, wie der Klient es selber wahrnimmt. Dass man da erstmal wertschätzend rangeht, damit der sich erstmal angenommen fühlen kann.“* (Pr. A., LK Osnabrück) Wertschätzung kommt also insbesondere darin zum Ausdruck, dass der problemhafte Charakter einer geschilderten Situation bedingungslos anerkannt wird.

Die Beratung soll zudem nicht als Weitergabe von Handlungsanweisungen verstanden werden, sondern als Prozess, in den Berater/-innen ihre Expertise einbringen, auf deren Basis

der Ratsuchende wiederum Entscheidungen treffen kann. Auch in der Wahrnehmung der Nutzer/-innen wird Beratung damit nicht als paternalistischer Prozess verstanden, sondern als Aushandeln der für den vorliegenden Fall bestmöglichen Versorgungs- oder Handlungsoption. Vor- und Nachteile verschiedener Handlungsmöglichkeiten sollten aufgezeigt werden, einige Ratsuchende schätzen sogar eine Bewertung der verschiedenen Optionen hinsichtlich ihrer Erfolgsmöglichkeiten. Diese Bewertung sollte aber nur in individuellen Fällen erfolgen und auf Wunsch des Ratsuchenden, da grundsätzlich die Selbstbestimmungsrechte der Ratsuchenden gewahrt bleiben sollten: *„So, der Respekt davor, dass ich als Berater Angebote mache, aber der Hilfeempfänger darf auch selber entscheiden, ob er die annimmt oder nicht. Wenn er die beim zweiten Besuch nicht angenommen hat, dass das nicht störend ist zwischen denen.“* (Pr. A., LK Osnabrück) Die Berater/-innen sollten also nicht nur zu eigenständigen Entscheidungen motivieren, sondern diese dann auch wertfrei akzeptieren.

Berater/in als neutrale dritte Person vs. Parteiliche Vertretung

Insbesondere in der Pflegerechtsberatung sehen die Ratsuchenden eine zentrale Aufgabe der Berater/-innen darin, ihre berechtigten Ansprüche gegenüber Dritten anwaltschaftlich zu vertreten und durchzusetzen. Zentrales Beratungsanliegen für die Nutzer/-innen sind oftmals Fragen rund um die Leistungsgewährung der Pflegekasse oder Auseinandersetzungen mit Pflegeanbietern. Dabei empfinden die Nutzer/-innen die Leistungsträger und -anbieter häufig als gegnerische Partei, die vorrangig eigene Interessen verfolgt und die Nutzer/-innen hinsichtlich der ihnen zustehenden Leistungen verunsichert. Die Bestätigung der Legitimität von Forderungen erleben die Nutzer/-innen in der Beratung somit als sehr entlastend: *„Und dann dieses Gefühl, dass man hier bekommt, nein Moment, sie wollen nichts, was ihnen nicht zusteht. Das was sie wollen oder fordern, das steht ihnen zu, das ist im Gesetz oder wo auch immer verankert, die Krankenkasse ist im Unrecht. Also dieses Gefühl, im Recht zu sein. Also ich bin nicht unverschämt, ich bin nicht fordernd, sondern ich bin im Recht, ich möchte nur das, was meinem Kind zusteht, nicht mehr und nicht weniger.“* (PA, Mainz)

Anders stellt sich die Erwartungshaltung in der Krisenberatung von Pflege in Not dar. Eine Ratsuchende schildert sehr eindrücklich, dass sie sich zu Beginn der Beratung eine Person gewünscht habe, die ihre Wahrnehmung des vorliegenden Konflikts bestätigt, dann aber schnell festgestellt habe, dass nur die Analyse aller beteiligten Perspektiven eine Problemlösung bewirkt habe: *„Da habe ich schon ein bisschen geschluckt, naja gut dachte ich, eigentlich möchte ich das gerne parteilich mit der Dame da besprechen, aber dann war es letztlich im Nachhinein auch gut. Dass es dann so gehandhabt worden ist, dass sie auch sagte, die andere Seite ist das und das und das.“* (PA, Berlin) Aus diesem Grund wünschen sich die Nutzer/-innen gerade keine parteiliche Vertretung, sondern eine unvoreingenommene Haltung der Berater/des Beraters, die eine objektive Auseinandersetzung mit den Motiven und

Beweggründen der am Konflikt oder an der problemhaften Situation beteiligten Personen erlaubt.

5.3.3 Kategorie 3: Kompetenz der Berater/-innen

Fachkompetenz

Hinsichtlich der Fachkompetenz lässt sich zusammenfassend sagen, dass breites Fachwissen entsprechend des Beratungsbereichs gefordert ist sowie die Fähigkeit, das Fachwissen situations- und nutzergerecht anwenden und vermitteln zu können⁷. Je nach Beratungsanlass und individueller Ausgangssituation des Ratsuchenden schätzen die Nutzer/-innen auch persönlich-praktische Erfahrungen der Berater/-innen in der Pflege, sei es aufgrund einer privaten Pflegesituation oder beruflicher Erfahrungen. Der Bedarf pflegepraktischer Erfahrungen wird insbesondere von den Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes intensiv diskutiert und stellt für einige der Ratsuchenden eine wesentliche Anforderung dar, wenngleich unterschiedliche Vorstellungen bestehen, welche Ausprägung die pflegepraktische Erfahrung annehmen sollte. In der Pflegerechts- sowie in der Krisenberatung wird die praktische Erfahrung dagegen vielmehr als Zugabe zu den Kompetenzen der Beraterin/des Beraters verstanden, nimmt aber einen deutlich geringeren Stellenwert ein und wird keineswegs als Voraussetzung zu einer qualitativ hochwertigen Beratung definiert. Dennoch erwarten die Ratsuchenden auch bei diesen Beratungsformen auf Seiten der Berater/-innen das Wissen um die Besonderheiten einer familiären Pflegesituation und die damit verbundenen Herausforderungen für alle Beteiligten. Dieses Wissen könne aber auch theoretisch erworben und durch die Beratungstätigkeit gefestigt werden.

Das Vertrauen in die Fachkompetenz der Berater/-innen wird nicht nur durch ein entsprechend kompetentes Auftreten erreicht, sondern wird durch einen transparenten Umgang mit den eigenen Kompetenzen unterstützt: *„Also ich muss auch einfach das Rückgrat haben, in der Beratung zu sagen, tut mir echt leid, ich habe überhaupt keine Ahnung, ich erkenne ihr Problem, aber ich weiß gerade nicht, wie ich dem Abhilfe verschaffen kann, ich melde mich nächste Woche. [...] Es ist völlig menschlich, ich muss auch nicht alles wissen, ich kann auch nicht alles wissen, das ist völlig ok. Aber ich erkundige mich mal, Problem erkannt und ich melde mich.“* (Pr. A., LK Osnabrück) Diese Transparenz auf Seiten der Berater/-innen gibt den Ratsuchenden die Sicherheit, dass nur verlässliche Informationen weitergegeben werden und nicht etwaige Kompetenzgrenzen mit Halbwissen verschleiert werden. Gleichzeitig erwarten die Ratsuchenden mit ihrem Anliegen nicht allein gelassen zu werden und definieren als

⁷ Im Regelfall kann die Niveaustufe 5 bis 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen Orientierung bieten.

Qualitätsmerkmal, dass geeignete andere Ansprechpartner/-innen genannt werden können oder der eigene Wissensstand aktualisiert wird.

Personale Kompetenz

Die von den Nutzer/-innen geforderte Personalkompetenz setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen und definiert sich im Wesentlichen über ein freundliches und zugewandtes Auftreten, Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. So erwarten die Nutzer/-innen zunächst, dass die Beraterin/der Berater sensibel auf ihr Anliegen eingeht, da der Weg zur Beratung für die Ratsuchenden oftmals die Preisgabe sehr persönlicher und intimer Informationen bedeutet. Gerade die Beratung am Telefon erfordere ein besonderes Feingefühl der Berater/-innen. Aus diesem Grund fordern die Nutzer/-innen auch eine hohe Vertraulichkeit in der Beratung und das Gefühl, diese intimen Informationen geschützt zu wissen.

Ein freundliches Auftreten ist, neben dem subjektiv erlebten Gefühl von Sympathie, durch ein geduldiges Eingehen auf die ratsuchende Person und deren Beratungsanliegen gekennzeichnet, die beim Ratsuchenden nicht das Gefühl hinterlässt, zur Last zu fallen, sondern Raum für weitere Fragen und Anliegen eröffnet: *„Was wichtig ist, finde ich immer noch, dass sie wirklich nie genervt war. Immer höflich, freundlich. Ich konnte immer Fragen stellen und habe mich nie abgewimmelt gefühlt“* (PA, LK Osnabrück) Eng damit verbunden ist das Erleben von Verständnis, welches die Berater/-innen den Ratsuchenden entgegenbringen. Diese Fähigkeit zu Empathie soll aber den vorliegenden Umständen angepasst werden können und nicht Ausdruck in unangebrachtem Mitleid finden.

Mit dem Sprichwort „die Chemie stimmt“ wird zum Ausdruck gebracht, dass auch eine Sympathie zwischen den am Beratungsprozess beteiligten Personen bestehen muss, damit emotionale Themen geäußert werden können. Diese personalen Kompetenzen sind nur subjektiv bewertbar und lassen sich kaum in messbare Qualitätskriterien übertragen. Dennoch wird deutlich, dass diese „weichen“ Kompetenzen der Berater/-innen für die Ratsuchenden von zentraler Bedeutung für die gesamte Qualität der Beratung sind.

5.3.4 Kategorie 4: Beratungsinhalte/-themen

Die Inhalte, die Bestandteil der Beratung sein sollen, definieren sich erwartungsgemäß über den Beratungsanlass. Im Zentrum der gewünschten Beratungsthemen der Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes im LK Osnabrück stehen Optionen und Alternativen, die den Betroffenen zur Gestaltung der pflegerischen Versorgung und zur Unterstützung der Angehörigenpflege zur Verfügung stehen. Diese Fragen der Versorgungsgestaltung und Unterstützungsmöglichkeiten sind eng mit den Rechten verknüpft, die die Ratsuchenden im

Rahmen der Pflegeversicherung wahrnehmen können. Die Unterstützung bei formalen Verfahren, insbesondere der Beantragung von Leistungen der Pflegekasse, erleben die Ratsuchenden ebenfalls als sehr hilfreich. Es zeigt sich, dass Nutzer/-innen sich von formalen Verfahren oftmals überfordert fühlen und Schwierigkeiten haben, sowohl die für sie relevanten Ansprechpartner zu identifizieren als auch die notwendigen formalen Prozesse einzuleiten. Die Beratung wird mehrfach als „Lotse durch den Versorgungsdschungel“ beschrieben. Auch im Rahmen der Pflegerechtsberatung stehen Verfahrensfragen im Vordergrund und, der konzeptionellen Anlage des Beratungsangebotes entsprechend, die Klärung rechtlicher Fragen rund um das Thema Pflege. Über die reine Weitergabe von Information und Handlungsanleitung hinaus erwarten die Nutzer/-innen von den Berater/-innen hier aber auch aktive Unterstützung bei rechtlichen Verfahren⁸.

Die Nutzer/-innen von Pflege in Not beschreiben es zunächst als hilfreich, in der Beratungsstelle eine Person zu haben, der sie ihre durch die Pflegesituation bedingten Probleme und Herausforderungen schildern können. Vielfach wird deutlich, dass für diese speziellen Situationen und emotionalen Belange weder im privaten Umfeld noch von professioneller Seite ähnlich geeignete Ansprechpartner zur Verfügung stehen: *„Und dann war ich total unten, und dann bin ich zu irgendeiner Beratung gegangen und da wurde gesagt, geh dahin, die helfen dir, da kannst mal sprechen. Und damals kam ich da hin, und dann liefen die Tränen, aber ich konnte reden. Und das hat mir geholfen.“* (PA, Berlin) Bereits durch die Möglichkeit der Aussprache können Entlastung geschaffen und erste Lösungsansätze entwickelt werden. Eine häufige Ausgangssituation, die die Ratsuchenden zum Beratungsangebot führt, ist auch durch eine Pflegesituation entstandener oder wieder hervorgerufener Konflikt, bspw. zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen oder zwischen Betroffenen und Pflegepersonal. In diesem Fall ist eine Aufarbeitung des Konflikts zentraler Beratungsinhalt, wobei auch hier ein Fokus auf emotionalen Aspekten liegt. Bestandteil der Beratung können dann auch Mediationen oder Familiengespräche sein. Da sich Pflege in Not auch als Ansprechpartner für Pflege- und Führungspersonal versteht, werden von den Nutzer/-innen auch Beratungsbausteine erwartet, die eine Problemanalyse aus der Unternehmensperspektive und Lösungsansätze zum Umgang mit Gewalt in Pflegeeinrichtungen ermöglichen. Auch Mitarbeiter/-innen von Beratungsangeboten, die einen anderen Schwerpunkt haben, beschreiben die Beratung als wertvoll: *„Und ich weiß nicht, ob sie mir da Recht geben würden, auch für professionelle Kräfte gibt es diesen Fakt, wenn man mit Gewalt in der Pflege zu tun hat, macht sich Hilflosigkeit breit. Da stehen wir dann auch nicht so drüber, und wissen sofort, was zu tun ist. Das ist einfach ein Thema, das kann man nicht gut managen.“* (Pr. A., Berlin) Gemeinsam mit Pflege in Not können einzelne

⁸ Sogenannte Rechtsbesorgung

Beratungssituationen aufgearbeitet und Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden, was nicht nur die berufliche Kompetenz erweitert, sondern auch ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, die besondere Verantwortung nicht allein tragen zu müssen.

5.3.5 Kategorie 5: Gestaltung des Beratungsprozesses

Individualität

Im Zentrum der Erwartungen an allen Standorten steht die individuelle Ausrichtung der Beratung auf die Lebens- und Pflegesituation der Betroffenen. Die Nutzer/-innen erwarten, dass der Beratungsprozess nicht nach einem einheitlichen Schema durchgeführt wird, sondern grundsätzlich der Einzelfall betrachtet wird und individuelle Handlungsalternativen erarbeitet werden. Die Anerkennung der Besonderheiten des Einzelfalls steigert dabei nicht nur das Vertrauen in die Beratung. Die speziellen Gegebenheiten nicht genau zu betrachten und in der Beratung zu berücksichtigen wird sogar als mangelnde Wertschätzung gegenüber der ratsuchenden Person gewertet, die sich mit teils sehr persönlichen Anliegen gegenüber den Berater/-innen öffnet. Gleichzeitig wird es als demotivierend und frustrierend erlebt, wenn in der Beratung lediglich allgemeine Informationen vermittelt werden, die auch anderweitig zugänglich wären: *„Etwas, was ganz ganz schwierig ist, aber das kennt jeder Pflegeberater und vielleicht auch jeder Angehörige, man erzählt jemand was, und hört Sachen, die man schon fünfmal gehört hat. Der pflegende Angehörige ist Profi für seine Situation, der Pflegeberater für die Situation, und man bekommt dann allgemeine Ratschläge.“ (Pr. A., Berlin)*

Der individuellen Einzelfallbetrachtung kommt auch insofern eine zentrale Bedeutung zu, als Ratsuchende ihr Beratungsanliegen oftmals selbst nicht definieren können, sondern sich vielmehr aus einer allgemeinen Überforderung oder auch dem Gefühl des Unwissens an die Beratung wenden. Während in der Pflegerechts- und Krisenberatung bereits meist ein sehr konkretes Problem vorliegt, haben einige Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes auch im Nachgang der Beratung Schwierigkeiten, den Beratungsbedarf zu konkretisieren. So wünschen sie sich von den Berater/-innen, dass diese einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten geben und dabei Hinweise und Tipps setzen, „auf die man selbst nicht kommen würde“. *„Das hätte ich alles nicht gewusst. Man beschäftigt sich nicht damit, wenn man so im Leben ist. Und dann auf einmal passiert so ein Schlaganfall und nichts geht mehr und dann steht man da.“ (PA, LK Osnabrück)* Aufgabe der Berater/-innen ist es also, aus den Schilderungen der ratsuchenden Person den Kern des Anliegens herauszuarbeiten.

Kontinuität

Die Nutzer/-innen schätzen, dass ihnen mit der Beratungsstelle ein Ansprechpartner zur Verfügung steht, der bei Fragen der pflegerischen Versorgung und im Krisenfall kontaktiert werden kann. Der Wunsch nach einem Ansprechpartner ist dabei Ausdruck der vielfältigen Herausforderungen, die mit einem Pflegefall einhergehen und deren Bewältigung professioneller Unterstützung bedarf. Das Wissen um einen Ansprechpartner gibt den Nutzer/-innen dabei die Sicherheit, die notwendige Unterstützung im Bedarfsfall einfordern zu können. Ist der Beratungsprozess einmal angestoßen, erwarten die Nutzer/-innen, dass ihnen in der Beratungsstelle ein fester Ansprechpartner zur Verfügung steht und keine neuen Beratungskontakte aufgebaut werden müssen. *„Für mich war es ganz wichtig, dass ich eine Ansprechpartnerin hatte. In dem Moment, wo bei mir irgendwo irgendetwas aufgetaucht ist an Fragen, das waren ja keine inhaltlichen, sondern auch persönliche, so Betroffenheit, dass ich dann weiß, im Zweifelsfall kann ich anrufen und sie hilft. Wie auch immer, und wenn es auch nur durch ein Gespräch ist. Diese Zuverlässigkeit, da ist jemand, da kann ich auch mit meinen persönlichen Problemen hin oder eine entsprechende Info nachfragen.“* (PA, LK Osnabrück)

Der Wunsch nach Kontinuität verdeutlicht die hohe Relevanz eines Vertrauensverhältnisses zur Beraterin/zum Berater.

Klarheit

Die Nutzer/-innen wünschen sich von den Berater/-innen, dass diese Möglichkeiten realistisch aufzeigen und auch darauf hinweisen, welche Handlungsalternativen aus professioneller Sicht als erfolgsversprechend bewertet werden können. Die Ressourcen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen werden als eng begrenzt bewertet und sollen nach Ansicht der Nutzer/-innen zielgerichtet und möglichst effizient eingesetzt werden. Dazu gehört auch, dass auf negative Erfolgsaussichten einzelner Schritte hingewiesen wird und vermittelte Informationen und Handlungsalternativen verbindlichen Charakter haben.

Die Berater/-innen sollen sich bei der Vermittlung von Beratungsinhalten am Wissens- und Erfahrungshorizont des Ratsuchenden orientieren und die Beratung für jeden verständlich gestalten. Dazu müssen die Fähigkeiten und Kompetenzen der Ratsuchenden berücksichtigt werden. Insbesondere für ältere Menschen sollte der Sprachgebrauch nutzerorientiert gewählt werden: *„Verständlichkeit ist mir ganz wichtig, also damit meine ich, also es sind ja Juristen, die mich beraten, die die Menschen beraten, die wiederum auch ich berate, das heißt ich bin der Juristensprache nicht wirklich mächtig und die, die ich berate teilweise noch viel weniger. Also auch so, dass wenn ich das Gefühl habe, das habe ich nicht verstanden, auch keine Bedenken habe zurückzufragen, sondern wirklich das dann diskutiere, bis ich es haarklein*

verstanden habe, weil ich gebe es dann ja auch teilweise weiter.“ (Pr. A., Mainz) Dies erfordert auch das Signal an die Ratsuchenden, jederzeit Verständnis- oder Rückfragen zu stellen.

Befähigung

Die Beratung im Pflegestützpunkt sollte je nach Ausgangssituation am Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ ausgerichtet und zum Selbstmanagement anleiten. Die Nutzer/-innen wünschen sich, dass sowohl die Beratung als auch die Inhalte der Beratung als Angebot kommuniziert werden, über dessen Annahme der Ratsuchende selbst entscheiden kann. Es sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, die Nutzer/-innen möchten aber selbst bestimmen können, welche Optionen sie in ihrer individuellen Situation umsetzen können oder wollen. Um nicht kontinuierlich auf die Hilfestellung der Berater/-innen angewiesen zu sein, erwarten die Nutzer/-innen Anleitung, um weitere Schritte selbst umsetzen zu können oder Herausforderungen künftig selbstständig bewältigen zu können. *„Das ist das Gute, dass man beraten wird und für die Zukunft dann auch weiß, wie kann ich was regeln. Ich brauche nicht ständig Beratung durch Frau H., das wäre auch gar nicht machbar, aber so die Hinweise, die uns gegeben wurden, die waren so umfangreich, dass man auch selber dann weiter kam.“ (Pr. A., LK Osnabrück)*

Die Nutzer/-innen wünschen im laufenden Beratungsprozess sowohl über den Ablauf als auch über neue Informationen informiert zu werden. Den Nutzer/-innen ist es wichtig zu erleben, dass der Beratungsprozess von den Berater/-innen gesteuert und geleitet wird. In die weitere Prozessplanung wollen die Nutzer/-innen aber eingebunden werden und wünschen sich so bspw. Transparenz über die nächsten Schritte im Beratungsprozess.

Ausreichend Zeit

Um den Bedürfnissen der Ratsuchenden gerecht zu werden sollen die Berater/-innen sich nach Wunsch der Nutzer/-innen ausreichend Zeit nehmen, um das Beratungsanliegen vollständig zu klären. Zudem wünschen sich die Nutzer/-innen, dass Beratungsanfragen zügig bearbeitet werden. Welcher Zeitrahmen noch als „zügig“ definiert werden kann, wird dabei vom Anliegen des Ratsuchenden abhängig gemacht. Bei aufwändigen Anfragen mit komplizierten Rechtsproblemen werden längere Bearbeitungszeiten akzeptiert, da den Berater/-innen noch Zeit zu einer Recherche eingeräumt wird.

5.3.6 Kategorie 6: Die Beratungsstelle als Teil der lokalen Beratungslandschaft

Netzwerk

Ein gutes Netzwerk bedeutet für die Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes, dass Informationen über regionale Leistungsanbieter bereitgestellt werden und Hinweise zu Leistungs- und Qualitätsmerkmalen vermittelt werden, die für den jeweiligen Ratsuchenden relevant sind. Zudem wird als positiv erlebt, dass für spezifische Fragen, die nicht durch die Berater/-innen geklärt werden können, weitere Ansprechpartner/-innen bekannt sind, die kontaktiert werden und zur Problemlösung beitragen können.

Die Möglichkeit, weitere Ansprechpartner/-innen vermitteln zu können, wenn die Grenzen der Beratung erreicht sind, erwarten auch die Nutzer/-innen der Beratung bei Pflege in Not. Dies bezieht sich sowohl auf eine Empfehlung zur Nutzung weiterer Beratungsbausteine von Pflege in Not selbst, bspw. ein psychologisches Beratungsgespräch, als auch externe Ansprechpartner. Dies können etwa Experten zu Fragen demenzieller Erkrankungen, Supervisoren für Pflegeteams oder auch Rechtsanwälte mit speziellem Schwerpunkt sein. Auch Netzwerkarbeit, die ehrenamtliche Kräfte und Unterstützungsmöglichkeiten mit Betroffenen zusammenbringt, wird in diesem Themenfeld von den Nutzer/-innen gewünscht.

Nutzer/-innen mit professionellem Hintergrund schätzen den kollegialen Austausch über fachliche Fragen mit den Berater/-innen der Verbraucherzentrale. Dies böte zum einen die Möglichkeit, aktuelle Fragen zu diskutieren, zum anderen könnte so ein besserer Einblick in die relevanten Themen aus der Perspektive von Pflegebedürftigen und Angehörigen gewonnen werden. Positive Erwähnung finden auch nachhaltige Ergebnisse einer gemeinsamen Zusammenarbeit, bspw. Informationsmaterialien für Verbraucher zu speziellen Pflege Themen.

Neben der vermittelnden Tätigkeit und dem kollegialen Austausch sehen die Ratsuchenden auch den Bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen lokalen Beratungsangeboten. Angeregt wird etwa die gemeinsame Fallarbeit bei komplexen Beratungssituationen, damit die jeweiligen Kompetenzen der Berater/-innen verschiedener Angebote sich optimal ergänzen.

Kernkompetenz als Qualitätsmerkmal

Es zeigt sich, dass die Konzentration auf Schwerpunktthemen, zu denen beraten wird, wesentlich zu einer hohen Qualität der Beratung beiträgt. Dies wird insbesondere in den Gruppen an den Standorten Berlin und Mainz deutlich. So sehen die Nutzer/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon das Beratungsangebot mit seiner speziellen Expertise als wichtigen Bestandteil der Beratungslandschaft, der bspw. das gesetzliche Angebot in den Pflegestützpunkten oder die Aufgaben von Prüfbehörden ergänzt. Für Fachkräfte bietet das

Angebot der Verbraucherzentrale die Sicherheit, in schwierigen Beratungssituationen auf diese Expertise zurückgreifen zu können und auch die eigene Kompetenz beständig zu erweitern: *„Also besonders hilft mir immer, also wenn ich mich beraten lasse von den Kollegen der Verbraucherzentrale, kann ich dieses Wissen, was ich in dem Gespräch bekomme, weitergeben in meiner eigenen Beratung. Und da ziehe ich natürlich einen sehr großen Nutzen draus. [...] Gerade durch das Wissen, das die Juristen haben, wenn es um einen Rechtsstreit geht.“* (Pr. A., Mainz) Auch in Berlin erleben die Mitarbeiter/-innen verschiedener Beratungsangebote zum Thema Pflege es als große Entlastung, im Bedarfsfall zuverlässig auf Pflege in Not als Beratungsangebot mit psychosozialen Schwerpunkt verweisen zu können. Gerade das Thema Gewalt in der Pflege sei stark emotional besetzt und würde die Kompetenz von Berater/-innen anderer Angebote, etwa in Pflegestützpunkten, oft übersteigen: *„Für mich ist Pflege in Not wichtiger Partner. Als Pflegeberater habe ich ja nicht den Anspruch alles zu können, alles zu wissen, alle Beratungssituationen abzufangen, sondern für mich als Pflegeberater ist es wichtig zu wissen, dass es einen Profi gibt, auf den ich verweisen kann.“* (Pr. A., Berlin) In diesem Sinne wird auch die Möglichkeit psychotherapeutischer Gespräche sehr geschätzt, da der Bedarf dafür hoch sei, die Hürde in eine „echte“ Psychotherapie, die entweder selbst oder durch die Krankenversicherung finanziell getragen werden muss, aber oftmals als zu hoch eingeschätzt wird.

5.4 Ausarbeitung der Qualitätsmaßstäbe

Aus der Verschriftlichung der erarbeiteten Inhalte zu den Ergebnisbereichen wurden die Qualitätsziele aus Nutzersicht abgeleitet und den teilnehmenden Nutzer/-innen erneut zur Diskussion vorgestellt. Neben den Inhalten war dabei auch die Frage der formalen Darstellung und Aufbereitung zu klären. Um als Qualitätsinstrument genutzt werden zu können, ist es sinnvoll, dass die erarbeiteten Maßstäbe in einer Logik und Form aufgebaut sind, die einen schnellen Überblick über die wesentlichen Inhalte und ein Raster zur Evaluation der tatsächlichen Qualität bieten. Zudem leisten sie einen Beitrag zur Reduktion auf die wesentlichen Aspekte und stellen eine Grundlage für mögliche Visualisierungen dar.

Seitens der Hochschule wurden als mögliche Formate drei Vorschläge unterbreitet:

- a) der erste Vorschlag bestand in einer Orientierung an den Expertenstandards für die Pflege des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Die Expertenstandards enthalten eine grundsätzliche Qualitätsaussage in Form einer Zielsetzung. Der weitere Aufbau orientiert sich auf der vertikalen Ebene an den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian (1966,1980). Auf der horizontalen Ebene bildet sich der Pflegeprozess, der an einem Problemlösungsansatz ausgerichtete Prozess professionellen Pflegehandelns ab.

Dieses Regelkreismodell ist auch für andere Handlungsfelder als Regelkreismodell geeignet,

- b) der zweite Vorschlag war eine Orientierung an den oftmals in Leitlinien dargestellten Handlungsalgorithmen, die eine gute Visualisierung des professionellen Handelns und darin erforderlicher Entscheidungen bieten,
- c) der dritte Vorschlag bestand in der Orientierung an den Qualitätsbereichen des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege (Büscher et al. 2016), in dem anhand von fünf Themenfeldern wesentliche Qualitätsaspekte der Beratung ausgeführt sind.

Denkbar wären grundsätzlich auch andere Formate wie bspw. die DIN EN ISO 18295-1:2017, die Anforderungen an Kundenkontaktzentren beschreibt. Die verschiedenen Optionen wurden im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen theoretisch und bildlich vorgestellt und es wurde den Gruppen überlassen, in welcher Form die Qualitätskriterien für die jeweilige Beratungsstelle aufbereitet werden sollen. Interessanterweise bestand in allen Gruppen recht schnell eine eindeutige Haltung. Allerdings wurde an den drei Standorten unterschiedlich entschieden. Einmal wurde das Format der Expertenstandards des DNQP gewählt, an zwei anderen Standorten erfolgte eine Orientierung am Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Die Entscheidungsgründe waren nicht immer offensichtlich. Die Frage der Darstellung der einzelnen Kriterien war in den Gruppen erkennbar nicht eines der Hauptanliegen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, so dass eine relativ große Bereitschaft bestand, den zuerst geäußerten Argumenten für oder gegen eine Darstellungsform zu folgen. Dabei waren die Entscheidungsgründe für das Format der Expertenstandards an einem Standort („klare, strukturierte und übersichtliche Form“) genau die Gründe, die an anderen Standorten zur Ablehnung dieses Formats führten, welches als zu starr angesehen wurde.

Die Arbeitsgruppe im Landkreis Osnabrück entschied sich für das Format der Expertenstandards des DNQP. Als übergeordnete Zielsetzung des Standards wurde folgender Satz formuliert: **Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die die Pflegesituation stabilisiert und/oder verbessert.** Abbildung 8 zeigt beispielhafte Ergebnisse für den entwickelten Qualitätsstandard für die Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des LK Osnabrück⁹.

⁹ Die Vollversion des Qualitätsstandards ist im Anhang oder online verfügbar unter <https://www.landkreis-osnabrueck.de/bildung-soziales/soziale-unterstuetzung/senioren-und-pflegestuetzpunkt>.

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt stellt die Rahmenbedingungen für einen niedrighschwelligen Zugang für Ratsuchende sicher.	P1 Träger und Mitarbeiter/-innen des Senioren- und Pflegestützpunkts betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit, um die lokale Bevölkerung sowie Haus- und Facharztpraxen und Leistungsanbieter über das Beratungsangebot zu informieren.	E1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist in der Bevölkerung sowie in Haus- und Facharztpraxen und bei Leistungsanbietern bekannt. Ratsuchende können die Beratung ohne erheblichen persönlichen Aufwand in Anspruch nehmen.

Abbildung 8: Auszug aus dem Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des LK Osnabrück

Hier finden sich bspw. die von den Nutzer/-innen genannten Aspekte zur zeitlichen und örtlichen Flexibilität der Berater/-innen (vgl. Tabelle 6) oder der Wunsch nach verstärkter Aufklärungsarbeit sowohl in der Bevölkerung als auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wieder. Die im Bereich der Struktur- und Prozessqualität umgesetzten Maßnahmen müssen letztlich dazu führen, dass der Pflegestützpunkt in der Bevölkerung eine hohe Bekanntheit hat und die Beratung möglichst frühzeitig in Anspruch genommen wird.

Die anderen beiden AGs in Berlin und Mainz bewerteten zur formalen Darstellung eine Orientierung an den Qualitätsbereichen des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege als handhabbarer. In diesem Qualitätsrahmen sind bereits fünf Bereiche definiert, die für die Qualität pflegerischer Beratungsangebote relevant sind: *Rahmenbedingung und Infrastruktur, Theoretische und konzeptionelle Fundierung, Kompetenz und Qualifizierung, Beratungsinhalte* sowie *Beratungsprozess*. Abbildung 9 zeigt beispielhafte Ergebnisse für die so entwickelte Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz¹⁰. Als Zielsetzung für dieses Beratungsangebot wurde formuliert: **Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die in (rechtlichen) Fragen der Pflegesituation zur Wahrnehmung ihrer Interessen innerhalb der gesetzlich gegebenen Möglichkeiten beiträgt.**

¹⁰ Die Vollversion der Qualitätsrichtlinie für das Beratungsangebot in Berlin und Mainz findet sich im Anhang und im Internet unter www.pflege-in-not.de und www.verbraucherzentrale-rlp.de/gesundheitspflege/beratung-im-bereich-pflege-14932.

Leitsatz 1: Das Beratungsangebot ist für Ratsuchende niedrigschwellig zugänglich.

Qualitätsziele:

- ✓ Die angesprochene Zielgruppe weiß in einer Bedarfssituation um das Informations- und Beschwerdetelefon und seine spezifischen Beratungsinhalte und nutzt das Beratungsangebot.
- ✓ Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit den Berater/-innen sind ohne formale Hürden und orientieren sich an den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- ✓ Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- ✓ Die Beratung erfolgt zeitnah.
- ✓ Die Beratung ist kostenfrei.
- ✓ Der Beratungsrahmen ist vertraulich.
- ✓ Das Informations- und Beschwerdetelefon ist Bestandteil einer Beratungslandschaft und kooperativer Partner weiterer Beratungsangebote.

Abbildung 9: Auszug aus der Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

In allen Nutzergruppen wurde der Wunsch geäußert, Informationen zum Einstieg in die Beratung und zum Ablauf des Beratungsprozesses zusätzlich in einem Schaubild zu verdeutlichen. Die beteiligten Nutzer/-innen vertraten die Meinung, dass durch die überwiegende Anzahl Ratsuchender keine Auseinandersetzung mit der Vollversion des Qualitätsmaßstabs stattfinden wird, eine erste Orientierung zu Beginn der Beratung aber dennoch sehr hilfreich ist. Daher wurde den Qualitätsmaßstäben eine komprimierte Übersicht angefügt, die bspw. in den Internetauftritt des Beratungsangebotes eingearbeitet werden kann und den Einstieg in die Beratung erleichtern soll.

5.5 Nutzung und Anwendung der Qualitätsmaßstäbe

Nach der Fertigstellung der Qualitätsmaßstäbe an den einzelnen Standorten stellt sich die Frage, wie mit diesen Maßstäben umgegangen werden soll. Zum einen dienen die explizit formulierten Qualitätskriterien den Trägern der Beratungsangebote und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als Anhaltspunkte für die interne Qualitätsentwicklung. Die Ergebnisse verdeutlichen positive und verbesserungswürdige Aspekte des bestehenden Beratungsangebots. Um evaluieren zu können, ob das Beratungsangebot das geforderte Qualitätsniveau erreicht bzw. erkennen zu können, wo Handlungsbedarf besteht, müssen jedoch zu den Qualitätszielen noch Evaluationskriterien definiert werden. Am Qualitätsziel „Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.“, wie es in der Nutzergruppe des Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz erarbeitet wurde, lässt sich die Notwendigkeit einer Operationalisierung des

Qualitätsziels verdeutlichen. *Wie* müssen die Sprechzeiten gestaltet sein, damit den Bedürfnissen der Ratsuchenden entsprochen wird? Dazu wurden folgende Kriterien formuliert:

- Eine telefonische Sprechzeit der Berater/-innen wird täglich (Montag bis Freitag) angeboten.
- Der Zeitrahmen der täglich gleichbleibenden Sprechzeit beträgt mindestens vier Stunden.
- An mindestens einem Wochentag findet die Sprechzeit bis 19:00 Uhr statt.
- Wenn das Telefon nicht besetzt ist, ist ein Anrufbeantworter geschaltet, auf dem die Bitte um Rückruf hinterlassen werden kann.

Eine Reihe von Evaluationskriterien sind Aspekte der strukturellen Rahmenbedingungen, wie etwa der Zugang zur Beratung gewährleistet ist und welche Qualifikation die Berater/-innen aufweisen. Eine Dokumentenanalyse sollte Aufschluss über weitere Evaluationskriterien geben, die sich auf einzelne Beratungsaspekte und Aktivitäten des Senioren- und Pflegestützpunktes und seiner Mitarbeiter/-innen beziehen, etwa in Bezug auf die Öffentlichkeitsarbeit. Ein großer Teil der Evaluationskriterien kann allerdings nur durch die Nutzer/-innen des Beratungsangebotes bewertet werden, da Qualitätsaspekte wie die personale Kompetenz der Berater/-innen und die Ausrichtung der Beratung auf die Bedürfnisse Ratsuchender einer hohen Subjektivität unterliegen. Eine regelmäßige Nutzerbefragung ist zur Evaluation des Beratungsangebotes daher unumgänglich. Hilfestellungen zur Durchführung solcher Nutzerbefragungen finden sich in der Arbeitshilfe wieder.

Die Formulierung von Evaluationskriterien erforderte eine erneute Diskussion unter den Teilnehmenden. Differierende Ansichten bestanden bspw. in allen Nutzergruppen in Hinblick auf den Bedarf einer offenen Sprechzeit in den Abendstunden. Während einige Nutzer/-innen dies zumindest an einem Wochentag für Berufstätige als unerlässlich zur Erfüllung bedarfsgerechter Sprechzeiten einstufen, sahen andere den Bedarf abgedeckt, wenn individuelle Gesprächstermine in den Abendstunden angeboten werden können. Auch hinsichtlich des notwendigen fachlichen Hintergrunds der Berater/-innen oder des Zeitrahmens, der für Beratungsgespräche zur Verfügung stehen sollte, bestanden abweichende Ansichten. Hier galt es unter den Teilnehmenden einen Konsens zu finden, was durch eine moderierte Diskussion schließlich zufriedenstellend gelang. Somit enthält nun jeder einzelne Qualitätsmaßstab ausführliche Hinweise, welche Aspekte sich über welchen Weg evaluieren lassen (s. Qualitätsmaßstäbe im Anhang).

5.6 Erarbeitung der Arbeitshilfe für andere Beratungsangebote

Das Projekt PartiziQ wurde in Kooperation mit drei Beratungsstellen durchgeführt, die innerhalb eines partizipativen Vorgehens Qualitätsanforderungen für die Pflegeberatung erarbeiteten. Ein solches Vorgehen sah eine aktive und zentrale Beteiligung der Nutzer/-innen vor, die das erforderliche Qualitätsniveau definieren sollten. In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass die Nutzer/-innen konkrete Erwartungen gegenüber den Beratungsstellen benennen können, welche die Bereiche der strukturellen Rahmenbedingungen, der Kompetenzen der Berater/-innen, der Beratungsinhalte sowie der Gestaltung des Beratungsprozesses betreffen. Die Ermittlung solcher Erwartungen und Erfahrungen konnten folglich für die Formulierung der jeweiligen Qualitätsmaßstäbe genutzt werden und können einen Beitrag zu einer qualitativen Weiterentwicklung der Beratungsangebote leisten.

Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Ausrichtung der Beratungsangebote bestand der Anspruch des Projektes nicht darin, einen einheitlichen Qualitätsmaßstab zu entwickeln, der für alle Beratungsangebote in der Pflege Gültigkeit besitzt. Vielmehr war die Grundannahme, dass unterschiedliche Beratungsanlässe auch andere Bedürfnisse Ratsuchender mit sich bringen (vgl. dazu Englert et al. 2017). Daher lag das Ziel darin, die Ratsuchenden in den Mittelpunkt der Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse zu stellen, um somit Qualitätsmaßstäbe für die jeweiligen Beratungsangebote zu gestalten. Zudem konnten Kenntnisse über diverse Möglichkeiten einer partizipativ geprägten Qualitätsentwicklung im Pflegesektor gewonnen werden.

Durch die Auseinandersetzung mit den Beratungsbedarfen der Ratsuchenden und deren Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Beratung stehen den drei Beratungsangeboten nun partizipativ ausgearbeitete Qualitätsmaßstäbe zur Verfügung. Der Erkenntnisgewinn im Bereich der Qualitätsentwicklung sowie der Darstellung verschiedener Möglichkeiten einer partizipativen Mitbestimmung geben Anregungen und Unterstützung für einen partizipativen Entwicklungsprozess. Um die Qualitätsentwicklung in der Beratung langfristig zu fördern, wurden die gewonnenen Erkenntnisse innerhalb einer Arbeitshilfe für Beratungsangebote in der Pflege zusammengefasst. Dieses Dokument findet sich in der Anlage 1 wieder und stellt neben den einführenden Grundlagen zu der Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung eines partizipativ entwickelten Qualitätsmaßstabs dar. Innerhalb dieser Empfehlungen erfolgt eine ausführliche Auseinandersetzung mit den einzelnen Projektschritten, die letztlich zu einem konsentierten Qualitätsmaßstab führen. Daran schließen sich Formulierungshilfen an, die in Form von den jeweils erstellten Qualitätsstandards sowie Fragebögen zur Evaluation aus Nutzersicht dargestellt werden.

6 Zusammenfassende Betrachtung

Zum Abschluss dieses Berichtes werden einige wesentliche Aspekte des Projekts noch einmal aufgegriffen und diskutiert. Zunächst erfolgen einige vergleichende Anmerkungen zu den Ergebnissen an den drei Standorten. Im Anschluss werden methodische Grenzen des Projekts dargelegt und kritisch betrachtet. Neben einem generellen Ausblick schließt der Bericht mit einigen Anmerkungen zu den drei Diskursen Beratung, Qualität und Partizipation und nimmt eine Einschätzung zur Erreichung der mit dem Projekt verbundenen Ziele vor.

6.1 Vergleich der Ergebnisse an den Standorten

Wie sich im Projekt PartiziQ gezeigt hat, werden Qualitätsanforderungen weitgehend unabhängig vom Beratungsanlass genannt, etwa hinsichtlich der personalen Kompetenzen der Berater/-innen, der Ausgestaltung des Beratungsprozesses und struktureller Rahmenbedingungen. Dennoch unterscheiden sich die Anforderungen auch in einigen zentralen Aspekten. So spielt der Wunsch nach einem Hausbesuch bei den Ratsuchenden des Pflegestützpunktes eine deutlich größere Rolle, als dies bei den anderen Beratungsangeboten der Fall ist. Möglicherweise zeigten sich die Nutzer/-innen zurückhaltender, da der Hausbesuch bei diesen Formaten konzeptuell nicht vorgesehen ist. Denkbar ist aber auch, dass die Inaugenscheinnahme häuslicher Rahmenbedingungen bei der Versorgungsplanung, wie sie im Projekt PartiziQ nur vom teilnehmenden Pflegestützpunkt durchgeführt wird, für die Nutzer/-innen eine höhere Relevanz hat. Auch das Argument, dass nur durch den Hausbesuch für immobile Ratsuchende der Zugang zu einem persönlichen Gespräch gewährleistet werden kann, wird zwar auch von den Nutzer/-innen der Pflegerechts- und Krisenberatung angeführt, insgesamt scheint hier aber auch die Möglichkeit des persönlichen Gesprächs weniger wichtig zu sein. Übergreifend lässt sich aber konstatieren, dass diesbezügliche Flexibilität der Berater/-innen gefragt ist.

Auch der gewünschte pflegepraktische Erfahrungshorizont der Berater/-innen nimmt bei den Ratsuchenden im LK Osnabrück eine höchste Bedeutung ein, was vermutlich darin begründet liegt, dass pflegepraktische Fragen in der Beratung hier auch von zentralerer Relevanz sind. An den anderen Standorten sind dagegen andere Kompetenzen verstärkt gefragt: In Mainz erwartungsgemäß die juristische Fachkompetenz, in Berlin sind es psycho-soziale und kommunikative Kompetenzen. Dennoch ist der Anspruch, dass die Berater/-innen mit den Bedingungen einer Pflegesituation und deren Auswirkungen auf alle Beteiligten vertraut sind, an allen Standorten eine deutliche Gemeinsamkeit. Auch die Haltung als Vertreter/-in des Ratsuchenden unterliegt unterschiedlichen Bewertungen. Während die Nutzer/-innen in Mainz und im LK Osnabrück sich vorrangig parteilich vertreten sehen wollen, erleben die Ratsuchenden der Krisenberatung in Berlin eine neutrale Haltung gegenüber allen an der

Pflegesituation Beteiligten als wertvoll zur Problemlösung. Dies kann sich damit begründen lassen, dass die Beratungsanlässe in der Krisenberatung weitaus emotionaler beladen sind, während bei der Beratung im Pflegestützpunkt und insbesondere in der Pflegerechtsberatung Forderungen von oder gegenüber Leistungsträgern und -anbietern Zündstoff für Konflikte sind. Da der Wunsch besteht, diese Forderungen durchzusetzen, ist eine anwaltschaftliche Vertretung gefragt, während psycho-soziale Konflikte kaum in einseitiger Betrachtung gelöst werden können.

Eine weitere Unterscheidung zwischen der Beratung im Pflegestützpunkt und den beiden anderen Beratungsangeboten bezieht sich auf den Aspekt des Selbstmanagements. Die Befähigung, künftige Probleme auch ohne die Beratung lösen zu können, wird nur von den Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes genannt. Der Beratungsanlass in der Pflegerechts- und Krisenberatung bezieht sich meist auf ein sehr konkretes Problem, während es im Pflegestützpunkt um wesentlich grundlegendere Fragen geht, sei es in Bezug auf die Versorgungsgestaltung oder auch bzgl. der Leistungsbeantragung bei der Pflegekasse. Da dies wiederkehrende Herausforderungen sind, ist zu vermuten, dass die Anleitung zum Management dieser Fragen und Aufgaben für Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes relevanter ist. Steht ein Konflikt im Raum schwingt bei den Ratsuchenden von Pflege in Not aber auch der Wunsch nach dem Erlernen von Handlungsstrategien, mit denen sich eine erneute Zuspitzung des Konflikts vermeiden lässt, mit, wird aber nicht in gleichem Maße explizit genannt. Insbesondere bei der Rechtsberatung aber liegen Probleme zu Grunde, die grundsätzlich die juristische Fachkompetenz erfordern, sodass das Selbstmanagement eine geringere Relevanz hat.

6.2 Methodische Aspekte

Wesentliche methodische Einschränkungen ergeben sich in Hinblick auf die Auswahl der Teilnehmenden der AGs. Partizipative Ansätze bergen grundsätzlich die Gefahr, dass relevante Akteure nicht beteiligt werden, da sie bewusst übergangen oder schlichtweg nicht bedacht werden (Bergold/Thomas 2012). Zwar wurden den Praxispartner/-innen im Projekt PartiziQ objektive Kriterien zur Auswahl der Nutzer/-innen zur Verfügung gestellt, letztlich kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass bewusst oder unbewusst überwiegend diejenigen Ratsuchenden zur Teilnahme angesprochen wurden, mit denen die Beratung als besonders angenehm erlebt wurde. Umgekehrt ist auch zu überlegen, ob vorrangig diejenigen Ratsuchenden Interesse am zeitintensiven partizipativen Prozess haben, die positive Erfahrungen mit der Beratung gemacht haben, tatsächlich führten einige der Teilnehmenden dies als persönliche Motivation an. Dies birgt ein gewisses Potential für Verzerrungen, insbesondere was die Verbesserungsvorschläge an die Beratung betrifft. Zwar lässt sich

relativierend anführen, dass Nutzer/-innen von Beratungsangeboten zum Thema Pflege sich in Evaluationsstudien zu einem sehr hohen Prozentsatz zufrieden bis sehr zufrieden mit der erhaltenen Beratung zeigen (Döhner et al. 2011; GKV Spitzenverband 2011; Kraehmer et al. 2013) und daher davon auszugehen ist, dass die partizipierenden Nutzer/-innen in PartiziQ die Mehrheit aller Nutzer/-innen repräsentieren. Dennoch gilt es diesen Aspekt zu beachten und ganz bewusst Raum für Kritik und Verbesserungsvorschläge zu geben. In diesem Sinne empfiehlt es sich auch, Mitarbeiter/-innen und Verantwortliche des Beratungsangebotes nicht in die AGs zu integrieren, da dies einer freien Meinungsäußerung im Wege stehen könnte.

Weitere Einschränkungen, die es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt, beziehen sich auf Eigenschaften der partizipierenden Nutzer/-innen. Zunächst waren Ratsuchende mit Migrationshintergrund nicht in den Gruppen repräsentiert. Auch wurde der Bildungs- und Sozialstatus der Teilnehmenden nicht berücksichtigt. Aussagen zu Qualitätsanforderungen aus der Perspektive dieser Nutzergruppen lassen sich auf Basis des Projekts also nicht treffen. Aus anderen Studien ist allerdings bekannt, dass gerade Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Sozial- und/oder Bildungsstatus besondere Bedürfnisse bei der Beratung haben (z.B. Horn/Schaeffer 2013).

Kritik kann ebenfalls hinsichtlich des Verhältnisses von professionellen und nicht-professionellen Teilnehmenden in den AGs angebracht werden. Ziel war es, zwischen der Gruppe der Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie derjenigen Nutzer/-innen mit einem professionellen Hintergrund ein mindestens ausgeglichenes Verhältnis zu schaffen bzw. einen höheren Anteil der privaten Nutzer/-innen zu erreichen. Dies ist nicht an allen Standorten gelungen. Ein zumindest ausgeglichenes Verhältnis zugunsten der nicht-professionellen Teilnehmenden ist nicht nur relevant, um das tatsächliche Nutzerverhältnis angemessen zu repräsentieren. Auch besteht die Gefahr, dass Ratsuchende mit professionellem Hintergrund, die es gewohnt sind, sich zu Beratungsthemen zu äußern, zu viel Raum in den Gruppen einnehmen. Letzterem Kritikpunkt kann aber methodisch begegnet werden, bspw. wurden im Projekt PartiziQ die Gruppen in einzelnen Arbeitsphasen getrennt.

6.3 Ausblick

Trotz der genannten Einschränkungen konnte durch das Projekt aufgezeigt werden, dass eine Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen von Beratungsangeboten bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben möglich ist und bemerkenswerte Ergebnisse hervorbringt. Durch die Beteiligung der Nutzer/-innen wird diesen nicht nur Wertschätzung als Adressat der Leistung entgegengebracht, darüber hinaus erhalten Beratungsangebote die Möglichkeit einer an Nutzerbedürfnissen orientierten Qualitätsentwicklung und ein Feedback der Ratsuchenden, das für eine erste Evaluation des Beratungsangebotes berücksichtigt werden kann. Durch die

intensive Diskussion von Wünschen und Erwartungen wird sehr deutlich, an welchen Stellen die Beratung bereits sehr gute Arbeit leistet und wo Verbesserungsbedarf besteht. Im Projekt PartiziQ bezogen sich Kritik und Verbesserungsvorschläge seitens der Teilnehmenden überwiegend auf strukturelle Bedingungen, etwa zu eng begrenzte Sprechzeiten oder der Wunsch nach einer Ausweitung der Hausbesuche. In Zeiten begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen lässt sich anhand der Ergebnisse aus der Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen der Leistung auch Verantwortlichen in Politik und Pflege aufzeigen, wo Handlungsbedarf besteht.

Es wurde deutlich, dass es Qualitätsansprüche gibt, insbesondere in Bezug auf persönliche Eigenschaften der Berater/-innen und hinsichtlich der Gestaltung des Beratungsprozesses, die sich vereinheitlichen lassen und die für verschiedene Beratungsangebote orientierend bei der Qualitätsentwicklung sein können. Gleichzeitig kann kein einheitlicher Qualitätsmaßstab für alle Beratungsangebote in der Pflege formuliert werden, da immer auch individuelle Komponenten vorliegen, die eng mit dem Beratungsanlass und lokalen Bedingungen verknüpft sind. Diese individuellen Qualitätsanforderungen können nur in Zusammenarbeit mit den tatsächlichen Adressaten der Beratung identifiziert werden. Der Bedarf der Beteiligung von Nutzer/-innen gilt auch für die Evaluation von Beratungsangeboten: Viele der genannten Kriterien lassen sich anhand einer Analyse der strukturellen Rahmenbedingungen oder der Dokumentation der Berater/-innen nachvollziehen. Gerade aber personale Kompetenzen, die konsequente Ausrichtung des Beratungsprozesses an den Bedürfnissen der Ratsuchenden und nicht zuletzt die Haltung der Berater/-innen gegenüber den Ratsuchenden sind stark subjektiv konnotierte Aspekte, die wenig formalisiert und nur durch eine Befragung der Nutzer/-innen evaluiert werden können.

Für die Zukunft gilt es, für Fragen der Pflegeberatung die Formulierung von Qualitätsniveaus voranzutreiben, so dass eine einheitlich gute Beratungsqualität gewährleistet werden kann und diese nicht weiter vom Zufall bestimmt wird. Eine Beteiligung der Nutzer/-innen der Pflegeberatung erscheint dabei unerlässlich, um die Beratung zu Pflegefragen konsequent an deren Bedürfnissen auszurichten.

6.4 Erkenntnisgewinn durch das Projekt Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung

Die Beratung in der Pflege wird angesichts der weiter zu erwartenden Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen in Deutschland weiter an Bedeutung gewinnen. Die Erarbeitung von Qualitätsmaßstäben durch die verantwortlichen Akteure innerhalb der Pflegeversicherung wurde mittlerweile angestoßen, was sehr begrüßenswert ist. Das Projekt PartiziQ verdeutlicht, dass es eine klare Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern zur Pflegeberatung gibt und dass diese in der explizit formulierten Erwartung besteht, die Beraterinnen und Berater auf ihrer Seite zu wissen. Die Beratung in der Pflege ist ein interaktiver Prozess, in dem die Ratsuchenden es sehr begrüßen, wenn die Beraterinnen und Berater ihre Anliegen parteiisch aufgreifen und sie bei der Um- oder Durchsetzung realisierbarer Maßnahmen unterstützen. Die Ratsuchenden erwarten keineswegs die Lösung aller Probleme, aber eine verlässliche Unterstützung an ihrer Seite. Für die vielfältigen Beratungsangebote erwächst daraus die Aufgabe, sich im Dialog mit ihren Nutzerinnen und Nutzern und in der Reflexion ihrer eigenen Tätigkeit zu vergewissern, ob und wie sie dieser Erwartung gerecht werden.

Hinsichtlich der Qualitätsentwicklung hat das Projekt gezeigt, dass die Formulierung von Qualitätsmaßstäben zwar möglich, jedoch keineswegs einfach ist. Die Formulierung eher abstrakter Zielsetzungen ist den beteiligten Arbeitsgruppen nicht leicht gefallen. Es konnte zwar immer sehr gut dargelegt werden, welche Erwartungen und Erfahrungen im Hinblick auf die eigene Situation bestanden, daraus jedoch allgemeinere Anforderungen abzuleiten, bedurfte der externen Moderation. Diese Erkenntnis sollte auch im Rahmen anderer Qualitätsentwicklungsprozesse aufgegriffen werden. Auch im professionellen Kontext der Standard- oder Leitlinienentwicklung kommt der Moderation des Prozesses eine hohe Bedeutung zu. Unabhängig davon war es jedoch möglich, die von den Mitgliedern der Arbeitsgruppen genannten Erwartungen in verallgemeinerbare Formulierungen zu überführen und dadurch fundierte Qualitätsmaßstäbe zu entwickeln.

Bezogen auf die Partizipation hat das Projekt gezeigt, dass die Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern, also pflegebedürftigen Menschen und vor allem ihren Angehörigen, auch in der pflegerischen Langzeitversorgung grundsätzlich möglich, aber voraussetzungsvoll ist. Angefangen bei der Identifizierung potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer, über die Möglichkeit, den eigenen Haushalt für mehrere Stunden zu verlassen bis hin zu Fragen des Transports stellt sich eine Vielzahl von Herausforderungen, die während des Prozesses bedacht sein wollen. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sind zudem keinesfalls eine homogene Gruppe mit identischen Interessen, die es lediglich zu explizieren gilt. Darüber

hinaus galt es im Projekt PartiziQ Kompromisse zu finden und auszuhandeln. Die Orientierung an verfügbaren Ansätzen zur Partizipation war dabei sehr hilfreich.

In der Einleitung zu diesem Bericht wurden zehn konkrete Erwartungen formuliert, die mit dem Projekt PartiziQ verbunden waren. Nachfolgend wird eine kurze Einschätzung vorgenommen, ob und in welchem Ausmaß es gelungen ist, diesen Erwartungen zu entsprechen.

Die erste Erwartung bestand darin, Anforderungen an Pflegeberatungsstellen explizit zu machen. Dieser Erwartung konnte durch die Erarbeitung und Veröffentlichung der drei entwickelten Qualitätsmaßstäbe entsprochen werden. Es liegt nun an den Verantwortlichen an den drei beteiligten Standorten, ihr Angebot, an diesen Maßstäben auszurichten und es vor diesem Hintergrund zu evaluieren. Es kann also festgehalten werden, dass es gelungen ist, für drei Pflegeberatungsstellen Anforderungsprofile zur strukturellen Ausstattung und inhaltlichen Ausrichtung im Sinne von Qualitätsmaßstäben zu entwickeln (Erwartung 4).

Hinweise zur zweiten Erwartung, der Identifikation und Integration der lokal vorhandenen Verbraucherperspektive zur Pflegeberatung, finden sich in diesem Bericht. Welche Entscheidungen dabei zu treffen sind und welche Schwierigkeiten entstehen können, wurde ebenfalls im Bericht aufgezeigt. Hinweise, mit diesen Herausforderungen umzugehen, finden sich in der Arbeitshilfe im Anhang. Im Projekt PartiziQ konnte beispielhaft aufgezeigt werden, wie Beteiligungsprozesse von Verbrauchern im Bereich der Pflege erfolgen können und welche Aspekte dabei besonders zu beachten sind (Erwartung 3).

Inwiefern es gelingt, durch die entwickelten Qualitätsmaßstäbe die Diskussion an anderen Standorten zu befördern und die Initiierung ähnlicher Prozesse anzuregen (Erwartung 5) oder einen Impuls für den kommunalen Diskurs zur Bewältigung von Pflegebedürftigkeit und die Zusammenarbeit von professionellen Akteuren und Verbrauchern (Erwartung 7) zu geben, bleibt abzuwarten. Gleiches gilt für die Nutzung der Erkenntnisse für die Beteiligung von Verbrauchern an anderen Qualitätsentwicklungsprozessen in der Gesundheits- oder Langzeitversorgung (Erwartung 9). Die Publikation der Ergebnisse in unterschiedlicher Form sowie bislang erfolgte öffentliche Vorträge leisten einen Beitrag dazu, die Ergebnisse anderen Organisationen und Personen zu vermitteln und Ihnen die Möglichkeit zu geben, auf die Erkenntnisse zuzugreifen und für eigene Qualitätsentwicklungsprozesse zu nutzen. Die Ergebnisse des Projekts PartiziQ geben in jedem Fall anderen Angeboten der Beratung in der Pflege Anhaltspunkte zur Verbraucherorientierung und –beteiligung (Erwartung 8).

Die mehrfachen Feedback-Schleifen im Projekt PartiziQ haben dafür gesorgt, dass es gelungen ist, den Nutzerinnen und Nutzern der beteiligten Standorte eine Stimme zu geben, die durch die Veröffentlichung auch in standortübergreifenden Diskussionen zur Qualität der Pflegeberatung wahrgenommen (Erwartung 6) wurden. Für die Erfüllung der Erwartung eines

Beitrags aus dem Bereich der pflegerischen Versorgung zur wissenschaftlichen Diskussion zur partizipativen Gesundheitsforschung (Erwartung 10) bedarf es weiterer theoretischer Arbeiten an den Ergebnissen, die im Rahmen der Projekts gegenüber den anwendungsorientierten Aspekten eher im Hintergrund standen.

Literatur

- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216–224.
- AWMF. (2012). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“ [PDF] Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (22.09.2017)
- ÄZQ. (2016). Patientenbeteiligung. [Online] Verfügbar unter: <http://www.leitlinien.de/patienten/patientenbeteiligung> (22.09.2017)
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bergold, J., Thomas, S. (2012). Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 13(1), Art. 30.
- Böttcher, S., Buchwald, C., Kothe, W. (2013) *Wissenschaftliche Evaluation zum Konzept der Vernetzten Pflegeberatung im Land Sachsen-Anhalt. Berichtsteil I: Endbericht*. Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, Magdeburg.
- Bradbury, H. (2015). How to Situate and Define Action Research. In H. Bradbury (Hrsg.), *The SAGE Handbook of Action Research*, (S.1–12). London: SAGE Publications.
- BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (Hrsg.) (2012). *Altenhilfestruckturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm*.
- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S., Fringer, A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43(2), 103–110.
- Büscher, A., Oetting-Roß, C., Sulmann, D., (2016). *ZQP-Perspektivenwerkstatt Qualität in der häuslichen Pflege - Potenziale von Beratung und Schulung.: Bericht zur Erarbeitung des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege*. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin.
- COMPASS Private Pflegeberatung GmbH (Hrsg.) (2011). *Bericht zur Pflegeberatung*. Köln.
- DIN EN ISO 18295-1:2017, *Kundenkontaktzentren-Teil 1: Anforderungen an Kundenkontaktzentren (ISO 18295-1:2017)* DNQP: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2015). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Osnabrück.
- Döhner, H., Gerlach, A., Köpke, S., Lüdecke, D. (2011). *Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht*. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg, Hamburg.

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Ehlers, A. (2010). *Gesamtbericht zur Angehörigenbefragung: Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzzranke und ihre Angehörigen – Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT)*. Technische Universität Dortmund, Dortmund.
- Englert, N., Oetting-Roß, C., Büscher, A. (2017). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege: Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Online first.
- Esslinger, A. S. (2009). *Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter: Vernetzung und Kooperation im Blickwinkel der Strukturation*. Wiesbaden: Gabler.
- Evers, A. (1997). Bürger, Konsumenten und Koproduzenten. Argumente für ein pluralistisches Demokratiekonzept im Bereich sozialer Dienste. In U. Braun & R. Schmidt (Hrsg.), *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur* (S. 219-232). Regensburg: Transfer-Verl.
- Francke, R., Hart, D. (2001). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen* (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- GKV Spitzenverband (2011). *Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI*. Berlin.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1998). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? *American journal of public health*, 96(3), 406–409.
- Gröning, K. (2011). *Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's. Evaluation der durchgeführten Pflegetrainings und Initialpflegekurse im Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Dezember 2010*. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Hart, D. (2005). *Patientenrechte und Bürgerbeteiligung: Befunde und Perspektiven 2004*. G+G Wissenschaft, 5(1), 7–13.
- Hart, R. (1992). *Children's Participation. From Tokenism to Citizenship*. Florenz.

- Hasseler M, Wolf-Ostermann, K. (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich.
- Horn, A., Schaeffer, D. (2013). Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung (S. 13–24). Bern: Huber.
- Igl, G.(2011). Intransparenter Wirrwarr bei den Transparenzberichten? Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (RsDE), 47-63. Heft 73.
- Isfort, M., Laag, U. & Weidner, F. (2011). Entlastungsprogramme bei Demenz - EDe: Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. Pflegewissenschaft, 13(03), 133-138.
- Joost, A., Metzenrath, A. (2012). Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium, Frankfurt a. M.
- Kirchen-Peters, S., Nock, L. (2016). Pflegestützpunkte in Deutschland: Die Sicht der Mitarbeitenden. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Kofahl C., Lüdecke D. (2014). Familie im Fokus – Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk- Studie. AOK-Bundesverband, Berlin.
- Kondratowitz, H.-J. von (1997). Medizinische Definitionsmacht, Moralökonomie der Pflege und hybride Formen der Koproduzentenschaft. In U. Braun & R. Schmidt (Hrsg.) Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur (S. 201-218). Regensburg: Transfer-Verl.
- Kraehmer, S., Bethke, B., Goetze, H.-J., Sterz, A., Schmalenberg, A., Schmidt, S. (2013). Wissenschaftliche Evaluation der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Neubrandenburg.
- Kurz, A., Hallauer, J., Jansen, S. & Diehl, J. (2005). Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. Der Nervenarzt, 76(3), 261–269.
- Leitlinie Gesundheitsinformation (2017). Leitlinienreport zur „Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. [PDF] Verfügbar unter: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/leitlinie/> (13.03.2018)

- Loh, A., Simon, D., Kriston, L., Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Dtsch. Ärztebl.* 104(21), A 1483-1488.
- MDS (2007). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen: MDS 2007
- Messer, M. (2018). Partizipation aus Sicht der Pflege. Eine Analyse der häuslichen Versorgung von Menschen mit Multiborbidität. Beltz Juventa, Basel.
- Michell-Auli, P., Strunk-Richter, G., Tebest, R. (2010). Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln..
- Mischke, C., Meyer, M. (2008). Beratung Pflegenden Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von ‚Pflegendenkarrieren‘ aus der Perspektive Pflegenden Angehöriger. Projektabschlussbericht. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken.
- Munro, E. (2011). The Munro Review of Child Protection: Final Report. A child-centred system. Norwich: TSO.
- Nickel, W., Born, A., Hanns, S., Brähler, E. (2010). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(2), 109–114.
- Oetting-Roß, C., Suhr, R., Sulman, D., Büscher, A. (2016). Konzepte zur Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung. *Monitor Pflege*, 16(02-3), 31–35.
- Pflege in Not e.V. (2014). Gewalt in der Pflege? Jahresbericht 2013. Unveröffentlichter Bericht.
- Pflegestützpunkt Landkreis Osnabrück (2016). Jahresbericht 2016 über die Arbeit des Pflegestützpunktes Landkreis Osnabrück. Unveröffentlichter Bericht.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(04), 577.
- Prognos AG. (2011). Patienten- und Bürgerbeteiligung in Gesundheitssystemen: Gute Praxis in ausgewählten Gesundheitssystemen. Bericht. Düsseldorf.
- Rambøll Management Consulting. (2011). Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.
- Reichert, M., Hampel, S., Reuter, V. (2016). Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49(3), 181–186.

- Rothgang, H., Bohns, S., Bauknecht, M., Sauer, S. (2012). Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Bremen.
- Sänger, S. (2008). Handbuch Patientenbeteiligung: Beteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. ÄZQ-Schriftenreihe: Vol. 33. Neukirchen: Make a book.
- Schmidt, S., Luderer, C. (2013). „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern. Informationsdienst altersfragen, 40(01), 10–18.
- Seidel, G., Dierks, M.-L. (2005). Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V - Nutzerbefragung. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Theuerkauf, K. (2011). Eine Note für die „Pflege-Noten“ – Ein Zwischenzeugnis für die Transparenzberichterstattung. MedR 2011, 29: 265-270
- Trojan, A. (2003). 12-Stufen-Leiter der Bürgerbeteiligung. In BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Peter Sabo (Originalarbeit publiziert 1988).
- Unger, H. (2014). Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden. Springer Verlag.
- Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. (2016). Sachbericht zum Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen für das Jahr 2016. Unveröffentlichter Bericht.
- Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. (2016). Sachbericht zum Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen für das Jahr 2016. Unveröffentlichter Bericht.
- Weidner, F., Laag, U., Brühl, A. (2011). Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz. Köln/Vallendar: dip/PTHV
- WHO: World Health Organisation. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. WHO, Kopenhagen.
- WHO: World Helath Organisation. (2002). Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques. WHO, Kopenhagen.
- Wingenfeld, K., Büker, C., Ostendorf, A. (2013) Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder. GKV Spitzenverband, Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.
- Wright, M. T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (1. Aufl). Bern: Huber.

- Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v., Kilian, H. (2010a). Partizipative Qualitätsentwicklung - eine Begriffsbestimmung. In M. T. Wright (Hrsg.) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 13–32). Bern: Huber.
- Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v. (2010b). Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber/in. In M. T. Wright (Hrsg.) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 75–92). Bern: Huber.
- Wright, T.,M. (2012). Partizipative Gesundheitsforschung als wissenschaftliche Grundlage als wissenschaftliche Grundlage für eine partizipative Praxis. In: Rosenbrock, R. u. Hartung, S. (Hrsg.). Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern. Hans Huber Verlag.
- Wright, M. T., Kilian, H., Brandes, S. (2013). Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Das Gesundheitswesen* 75(6), 380–385.
- Wright, M. T., Block, M., Kilian, H., Lemmen, K. (2013). Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(3), 147–154.
- ZEFIR: Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (Hrsg.). (2013). Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. Bochum.
- ZQP: Zentrum für Qualität in der Pflege. (Hrsg.) (2016). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin.
- ZQP: Zentrum für Qualität in der Pflege. (2014). ZQP-Bevölkerungsbefragung „Aggression und Gewalt in der Pflege“. Faktenblatt. (Online) Verfügbar unter: <https://zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment02.pdf> (22.07.2016)

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Eine Arbeitshilfe für Beratungsangebote in der Pflege

Anlage 2: Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Anlage 3: Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Informations- und Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Anlage 4: Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Senioren- und Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück

Anlage 5: Qualitätsrichtlinie zur Beratung bei Pflege in Not

Anlage 6: Qualitätsrichtlinie zur Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Anlage 7: Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück

Anlage 8: Publikation zum Projekt aus der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie

Anlage 9: Publikation zum Projekt aus der Zeitschrift „Pflegerwissenschaft“

Anlage 10: Publikation zum Projekt aus der Zeitschrift „Angehörige pflegen“

Anlage 11: Bericht aus der Neuen Osnabrücker Zeitung

Anlage 1:

Eine Arbeitshilfe zur Durchführung partizipativer Prozesse der Qualitätsentwicklung für Beratungsangebote in der Pflege



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGEBERATUNG

Eine Arbeitshilfe für Beratungsangebote in der Pflege

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung – Eine Arbeitshilfe zur Durchführung partizipativer Prozesse der Qualitätsentwicklung für Beratungsangebote in der Pflege

Projektleitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher

Unter Mitarbeit von:

Nathalie Englert, M. Sc.

Dalien Stomberg, M.A.

Projektpartner:

Pflege in Not - Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen,
Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.

Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Osnabrück

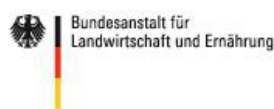
Projektförderung:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

Projekträgerschaft:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Über diese Arbeitshilfe	1
Hintergrundwissen	3
Wie steht es um die Qualität in der Pflegeberatung?	3
Was sind die Ziele von Qualitätsentwicklung?	5
Wie können Nutzer an Qualitätsentwicklungsprozessen beteiligt werden?	7
Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung	9
Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung eines partizipativ entwickelten Qualitätsmaßstabs für die Pflegeberatung	11
Vorbereitungsphase	12
Projektschritt 1: Zu beteiligende Akteure bestimmen	15
Projektschritt 2: Art der Zusammenarbeit festlegen und organisieren	18
Gemeinsame Arbeitsphase	21
Projektschritt 3: Erwartungen an die Qualität der Beratung erfassen	24
Projektschritt 4: Erwartungen als Qualitätsziele formalisieren	26
Projektschritt 5: Kriterien zur Evaluation der Qualitätsziele formulieren	28
Abschluss	30
Projektschritt 6: Qualitätsmaßstab konsentieren und einführen	30
Fazit.....	31
Literatur	32
Anlagenverzeichnis	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stufenmodell der Partizipation nach (Wright et al. 2010d).....	14
Tabelle 2: Übersicht über die zu beteiligenden Nutzergruppen (Zielgruppe) im Projekt PartiziQ	16
Tabelle 3: Übersicht über den Ablauf des partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesses in PartiziQ	23

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektphasen und -schritte in der Übersicht.....	11
Abbildung 2: Beziehungsdreieck in der partizipativen Qualitätsentwicklung.....	13
Abbildung 3: Beispielhafte Ergebnisse des ersten gemeinsamen Arbeitsschrittes am Standort Landkreis Osnabrück	24
Abbildung 4: Auszug aus dem Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegerstützpunkt des Landkreises Osnabrück	26
Abbildung 5: Auszug aus der Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz	27

Über diese Arbeitshilfe

Innerhalb des Projekts „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung“ (PartiziQ) wurden für unterschiedliche Beratungsangebote zu Fragen der Pflege im Rahmen eines partizipativen Prozesses Qualitätsanforderungen für die Beratung erarbeitet. Im Zentrum des Projekts standen die Nutzer/-innen der Beratungsangebote, die eingeladen waren, das aus ihrer Sicht erforderliche Qualitätsniveau zu definieren. Im Projekt konnte durch die Fertigstellung und Veröffentlichung der jeweiligen Qualitätsanforderungen gezeigt werden, dass die vielfach erhobene Forderung einer stärkeren Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer bei der Definition und Festlegung von Qualitätsmaßstäben in einem wichtigen Bereich der Langzeitpflege durchaus Rechnung getragen werden kann. Die Nutzer/-innen hatten konkrete Erwartungen an die strukturellen Rahmenbedingungen, die Kompetenzen der Berater/-innen, die Beratungsinhalte und die Gestaltung des Beratungsprozesses, die durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit im Projekt explizit und für die qualitative Weiterentwicklung des Beratungsangebotes nutzbar gemacht werden konnten. Hintergrund, methodisches Vorgehen und die Ergebnisse des Projekts sind im vorliegenden Bericht ausführlich beschrieben worden. Um die Vielfalt der Beratungslandschaft widerzuspiegeln wurde das Projekt PartiziQ in Kooperation mit drei sehr unterschiedlichen Beratungsangeboten durchgeführt. Damit sollte aufgezeigt werden, dass die Durchführung eines partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesses prinzipiell für unterschiedliche Angebote möglich ist und zu einem Abschluss gebracht werden kann.

Sicherlich ist die Fertigstellung der Qualitätsanforderungen auch den Möglichkeiten zuzuschreiben, die ein gefördertes Projekt mit sich bringt. Aus diesem Grund war es eines der erklärten Ziele des Projekts, Hilfestellungen im Sinne einer Arbeitshilfe zu entwickeln, die unabhängig vom Kontext des nun abgeschlossenen PartiziQ-Projekts an anderen Orten genutzt werden kann, um ähnliche partizipative Prozesse mit den Nutzerinnen und Nutzern von Beratungsangeboten in der Pflege anzustoßen und durchzuführen. Die hiermit vorgelegte Arbeitshilfe soll Interessierten Anregungen geben, gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern das bestehende Angebot zu reflektieren, mit einer offenen Ausrichtung Ideen zu generieren und zu sammeln und daraus explizite Kriterien zur Bestimmung der Qualität des Angebots abzuleiten. Die Arbeitshilfe versteht sich in diesem Sinne nicht als Rezept, sondern als Rahmen, in dem der Weg nachgezeichnet wird, der in PartiziQ an den drei Projektstandorten in Berlin, Mainz und Osnabrück bestritten wurde. Innerhalb eines partizipativen Prozesses sind verschiedene Entscheidungen zu treffen, zu denen mögliche Alternativen aufgezeigt werden. Zudem enthält die Arbeitshilfe Hinweise zur methodischen Gestaltung und Moderation von Arbeitsgruppentreffen der Nutzer/-innen sowie Hilfestellungen zur Formulierung von Qualitätsanforderungen. Die Vorschläge in dieser Arbeitshilfe erheben

nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und Ausschließlichkeit. Sowohl in Fragen der Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern in Entscheidungen und Festlegungen im Gesundheitswesen und in der pflegerischen Versorgung, wie auch hinsichtlich vielfältiger weiterer Methoden der partizipativen Forschung erfolgen fortlaufend bedeutsame Weiterentwicklungen, die in entsprechenden Prozessen hilfreich zur Anwendung kommen können.

Die Arbeitshilfe ist so aufgebaut, dass zu Beginn noch einmal kurz wesentliche Aspekte zu Fragen der Beratung in der Pflege, der Qualitätsentwicklung und der Partizipation zusammengefasst werden. Für ausführlichere Darstellungen sei auf den umfangreichen Bericht verwiesen. Der eigentliche Entwicklungsprozess wird in drei Phasen und insgesamt sechs Arbeitsschritten beschrieben: Vorbereitungsphase, Arbeitsphase und Abschluss. Die Arbeitshilfe schließt mit Hinweisen zur Evaluation der Umsetzung der entwickelten Qualitätsmaßstäbe.

Hintergrundwissen

Wie steht es um die Qualität in der Pflegeberatung?

Im Jahr 2015 lebten in Deutschland 2,83 Mio. Pflegebedürftige, bis zum Jahr 2050 ist aufgrund demografischer Entwicklungen von einer kontinuierlichen Steigerung dieses Werts auszugehen (Rothgang et al. 2016). Das Auftreten von Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihre Familie die Umstellung ihrer bisherigen Lebensumstände und stellt sie vor eine Reihe wiederkehrender Anforderungen. Pflegebedürftige sehen sich mit einem zunehmenden oder plötzlichen Verlust ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit konfrontiert, während Angehörige oftmals die komplexen Herausforderungen bewältigen müssen, die mit der Übernahme der Pflege einhergehen.

Diese verlangt nicht nur Entscheidungen über die Ausgestaltung der Pflege, sondern erfordert ein Vielfaches an Kenntnissen und Fertigkeiten, die im Regelfall zunächst noch erworben werden müssen. Die für Betroffene oftmals verwirrenden Strukturen des Versorgungssystems und mangelnden Kenntnisse über Sozialleistungsansprüche führen zusätzlich zu Unsicherheiten. Nicht zuletzt geht die Pflegesituation auch mit einem Eingriff in familiäre Rollenmuster einher, die oft intensive Beziehungsarbeit der Beteiligten erfordert, um die Pflegesituation bewältigen zu können (Büscher et al. 2016).

Damit die Betroffenen und ihre Angehörigen eigene Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Pflegesituation stärken sowie die für sich passenden Versorgungs- und Unterstützungsangebote ausfindig machen können, kommt Beratung im Kontext der pflegerischen Langzeitversorgung eine tragende Rolle zu. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Beratung zu pflegerrelevanten Themen positiven Einfluss auf die Lebenssituation der Betroffenen hat (Kraehmer et al. 2013; Rambøll Management Consulting 2011) und einen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflege leisten kann (Isfort et al. 2011; Kurz et al. 2005; Schmidt/Luderer 2013). Die Ziele der Beratung sind so individuell wie vielfältig, sollen die Ratsuchenden aber immer bei der Anpassung an die veränderten Lebensumstände unterstützen und sie in die Lage versetzen, informierte Entscheidungen treffen und danach handeln zu können (Büscher et al. 2016).

Neben der Beratungspflicht der Leistungsträger und -anbieter im Rahmen der Pflegeversicherung (§§ 7, 7a, 27, 45 SGB XI) sind pflegerische Themen bei der Unabhängigen Patientenberatung nach § 65 SGB V, der Beratung durch die Kommunen nach SGB XII sowie der Beratung in den Servicestellen nach SGB IX relevant. Ergänzt wird die gesetzliche Beratungsinfrastruktur durch Informations- und Beratungsangebote verschiedener Verbände und Organisationen. Hier sind insbesondere aus der Selbsthilfe resultierende

Beratungsangebote zu nennen, bspw. durch die Deutsche Alzheimergesellschaft. Insgesamt kann in Deutschland also von einem recht umfangreichen und auf unterschiedliche Bedarfslagen zugeschnittenen Beratungsangebot ausgegangen werden. So positiv diese Entwicklung ist, es wird aus Nutzersicht zunehmend schwieriger, die Beratungslandschaft zu überblicken und das passende Angebot ausfindig zu machen.

Insbesondere mit der Etablierung der Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI ist die Pflegeberatung verstärkt in den wissenschaftlichen Fokus getreten. Die dabei durchgeführten Zufriedenheitsbefragungen unter den Ratsuchenden verweisen auf eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen Beratung und zeigen, dass die Beratungsangebote mehrheitlich als hilfreich erlebt werden (z.B. Döhner et al. 2011; Kraehmer et al. 2013; Rothgang et al. 2012). Auch zu den Beratungsbedarfen Betroffener konnten in diesem Rahmen zahlreiche Erkenntnisse zusammengetragen werden. Das Wissen über die Bedarfe Ratsuchender beschränkt sich dabei allerdings vorrangig auf die Beratung in Pflegestützpunkten, andere Beratungsangebote zu pflegerischen Fragen bleiben in der wissenschaftlichen Literatur weitestgehend unberücksichtigt (Englert et al. 2017). Dies betrifft sowohl Beratungsangebote außerhalb gesetzlich vorgesehener Beratungsanlässe als auch die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI und § 45 SGB XI. Aber auch für die Beratung in den Pflegestützpunkten können kaum übergreifende Erkenntnisse formuliert werden, da die Studien sowohl hinsichtlich der Fragestellung als auch des methodischen Zugangs wenig vergleichbar sind (Kirchen-Peters /Nock 2016). Festhalten lässt sich lediglich, dass Ratsuchende gebündelte, leicht verständliche Beratung und Information benötigen, die ihre individuelle Pflegesituation und die Ressourcen der Beteiligten berücksichtigt. Schlüsselement aus Nutzerperspektive ist die Beziehung zu den Berater/-innen, die von Vertrauen und Empathie getragen sein sollte. Festhalten lässt sich aber auch, dass Beratungsbedarfe abhängig vom Beratungsanlass sind und auch zwischen verschiedenen Nutzergruppen variieren können.

Allgemeingültige Qualitätskriterien lassen sich nach gegenwärtigem Erkenntnisstand aus der Perspektive der Nutzer/-innen also nicht formulieren und auch auf der Ebene der verschiedenen Beratungsangebote scheint eine Auseinandersetzung mit Fragen zur Qualität der Beratung noch nicht hinreichend stattzufinden (Joost/Metzenrath 2012). Die Festlegung eines verbindlichen Mindeststandards wird bereits dadurch erschwert, dass die gesetzlichen Vorgaben auf Länderebene nicht nur stark variieren, sondern auch entwicklungsbedürftig sind. So fehlen klare Regelungen zur (Kosten)Trägerschaft, der notwendigen Versorgungsdichte und Personalausstattung sowie zu weiteren strukturellen Ausgestaltungsmerkmalen, die insbesondere den Zugang zur Beratung betreffen (Kirchen-Peters/Nock 2016). Neben gesetzlichen Mindeststandards zu struktureller und personeller Rahmenbedingung fehlt es

vielfach auch an konzeptionellen Grundlagen, die wissenschaftliche Erkenntnisse mit Beratungshandeln verknüpfen. So findet bspw. in Beratungskonzepten zwar oftmals eine Auseinandersetzung mit der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger statt, Konsequenzen für die psychosoziale Beratung werden aber nur selten benannt (Oetting-Roß et al. 2016). Die unzureichenden konzeptionellen Grundlagen der Beratungsangebote und die mangelnde Verständigung darüber, was ‚Pflegerberatung‘ eigentlich ist (Oetting-Roß et al. 2016) sind insofern besonders bedauerlich, als gut ausgearbeitete Grundlagen und Instrumente wesentlich zu einer gelungenen Beratungspraxis beitragen (GKV Spitzenverband 2011).

Für die Pflegeberatung steht die explizite Formulierung von Qualitätsmaßstäben allerdings noch am Anfang. Vielfach wird gefordert, Beratungsangebote zu Pflegefragen verstärkt an Qualitätskriterien auszurichten, die die Nutzerperspektive konsequent verfolgen (Schmidt /Luderer 2013; Büscher et al. 2016; Kirchen-Peters/Nock 2016). Dies erfordert zunächst eine Auseinandersetzung mit den Beratungsbedarfen Ratsuchender und deren Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Beratung.

Was sind die Ziele von Qualitätsentwicklung?

Die Qualität von Produkten und Dienstleistungen ist im Feld der Langzeitversorgung ein intensiv diskutiertes Thema. Auf der Ebene der Anbieter professioneller pflegerischer Dienstleistungen im ambulanten, stationären und teilstationären Bereich sind die Verständigung auf gemeinsame Maßstäbe und Grundsätze und die fortwährende Auseinandersetzung um Inhalt und Umfang von Qualitätsprüfungen mittlerweile fester Bestandteil der pflegerischen Versorgung. Beratungsangebote standen bislang nicht in gleicher Weise im Fokus der Auseinandersetzungen. Aufgrund der eingangs geschilderten Bedeutung von Beratungsangeboten gibt es Gründe, daran etwas zu ändern und sich um die Qualität von Beratungsangeboten Gedanken zu machen.

Qualitätsentwicklung bedeutet im Kern, transparente und festgelegte Ziele und Anforderungen in einem möglichst hohen Grad zu erfüllen. Ohne die Festlegung von Zielen und Anforderungen kann Qualitätsentwicklung nicht gelingen, weil unklar bleibt, auf Basis welcher Kriterien Qualität eingeschätzt und bestimmt wird. Die Festlegung von Zielen und Anforderungen erfolgt in der Regel durch einen strukturierten Prozess der Verständigung und Konsensfindung gemeinsamer Zielsetzungen. Im Rahmen der professionellen Qualitätsentwicklung in der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung steht am Beginn dieses Prozesses die systematische Suche nach und Aufbereitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen (Evidenz) zum jeweiligen Thema. Dieser Schritt ist notwendig, um festzustellen, welche Erkenntnisse zum Thema insgesamt sowie zum Nutzen und zur Wirksamkeit von

einzelnen Maßnahmen vorliegen. Oftmals ergibt sich aus diesen Erkenntnissen bereits ein Teil der Ziele und Anforderungen, die es zu erfüllen gilt, um qualitativ zu handeln. Ebenso oft ergibt sich aus der Erkenntnislage jedoch nicht unmittelbar, wie sich die Qualität einer Dienstleistung oder eines Verfahrens beschreiben lässt und es bedarf einer gesonderten Bewertung und Konsensfindung. Diese kann unter Expertinnen und Experten erfolgen. Sie kann zusätzlich – wie im nachfolgenden Kapitel beschrieben – unter Einbeziehung der Nutzerinnen und Nutzer erfolgen. Zentral für die Qualitätsentwicklung ist jedoch immer, Ziele und Anforderungen zu formulieren und explizit zu machen. Erst wenn sie formuliert und sichtbar sind, kann sich zeigen, ob die Beteiligten an einem Konsentierungsprozess tatsächlich der Auffassung sind, dass die formulierten Ziele ihre Sichtweisen und Auffassungen widerspiegeln. Sollte dies nicht der Fall sein, gilt es weiter nach einem Kompromiss zu suchen, dem ein Großteil oder sogar alle Beteiligten zustimmen können.

In diesem Sinne geht der Qualitätsentwicklung ein Verständigungsprozess voraus. Die Verständigung sollte moderiert erfolgen und die Moderation vor allem daran interessiert sein, einen größtmöglichen Konsens herzustellen und zur Kompromissfindung beizutragen. Die Entwicklung von Leitlinien und Standards in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung umfasst einen entsprechenden Verständigungsprozess, der nach klaren Regeln verläuft. Das Vorgehen im Projekt PartiziQ hat sich in Teilen an diesen Regeln orientiert, ist aber in anderen Teilen bewusst davon abgewichen. Übernommen wurde der Ansatz, den Verständigungsprozess mit mehreren Feedback- und Rückkoppelungsschleifen zu versehen, in denen die Beteiligten am Prozess in unterschiedlicher Art und Weise Gelegenheit hatten, ihre Sichtweise einzubringen. Abstand genommen wurde jedoch davon, eine formale Suche nach wissenschaftlicher Evidenz zur Beratung durchzuführen. Letzteres begründet sich vor allem durch die kurz vor Beginn des Projekts PartiziQ erfolgte Fertigstellung des „Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege“ durch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), an dem der Projektleiter des Projekts PartiziQ beteiligt war und in dem eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt wurde. Der Qualitätsrahmen des ZQP basiert darüber hinaus auf einem Verständigungsprozess mit unterschiedlichen professionellen Akteuren aus dem Feld der Beratung zu Pflegefragen. Was am Qualitätsrahmen fehlte, war eine systematische Einbeziehung der Nutzerperspektive, die durch das Projekt PartiziQ geleistet wird.

Nun lässt sich berechtigt fragen, ob die Erkenntnisse aus der professionellen Qualitätsentwicklung zur Beratung Eingang in die Prozesse in PartiziQ gefunden haben. Sie haben es vor allem an der Stelle, an der es um die Form der von den Nutzerinnen und Nutzern erarbeiteten Qualitätsmaßstäbe ging. Die drei zur Auswahl stehenden Formate (Orientierung am Qualitätsrahmen des ZQP; Orientierung an den Expertenstandards des DNQP oder die

Orientierung an Leitlinien) basieren auf methodisch begründeten Vorgaben zum Aufbau dieser Qualitätsinstrumente. So impliziert eine Orientierung am Modell der Expertenstandards des DNQP zum einen eine Beschreibung von Qualitätsmaßstäben als Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien und zum anderen einen strukturierten Problemlösungsprozess. Ähnliche Annahmen liegen den anderen Formaten zugrunde.

Die partizipative Qualitätsentwicklung steht vor der Aufgabe, im Rahmen eines möglichst offen gestalteten Prozesses, eine Verständigung über Qualitätsmaßstäbe zur Beratung zu erzielen, die auf einer Konsensfindung möglichst vieler unterschiedlicher Akteure basiert. Dieser Herausforderung wurde sich im Projekt PartiziQ gestellt und sie konnte an drei Standorten erfolgreich bewältigt werden.

Wie können Nutzer an Qualitätsentwicklungsprozessen beteiligt werden?

Die Beteiligung von Nutzer/-innen bei Vorhaben der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist gesetzlich verankert (in § 118 SGB XI und § 140f SGB V) und wird insbesondere bei Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung mittlerweile vielfach umgesetzt. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege beteiligt die Nutzer/-innen bei der Entwicklung der Expertenstandards zu pflegerischen Qualitätsrisiken (DNQP 2015). Ebenso sieht die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften in ihrem methodischen Vorgehen zur Leitlinienentwicklung die Berücksichtigung der Patientenperspektive vor (AWMF 2012). Auch im Rahmen des Programms zur Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin wird die Beteiligung von Patientenvertreter/-innen als Qualitätskriterium für hochwertige Leitlinien ausgewiesen (ÄZQ 2016).

Ansatzpunkte zu einer partizipativen Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen von Gesundheits- und Pflegeleistungen finden sich im Konzept der partizipativen Qualitätsentwicklung, welches bislang nur im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention Anwendung fand. Elementare Annahme des Forschungsansatzes ist es, dass die Akteur/-innen vor Ort über spezifisches Wissen der lokalen Rahmenbedingungen und die Bedarfe der Zielgruppe verfügen, welches durch partizipative Methoden der Datenerhebung und Interventionsplanung nicht nur nutzbar gemacht werden kann, sondern in die Verbesserung von Maßnahmen einfließt (Wright et al. 2010b). Zentrales Merkmal ist die Beteiligung aller Akteur/-innen, „die für die Planung, Umsetzung und Evaluation/Auswertung von Interventionen [...] wichtig sind“ (Wright et al. 2013b). Der Ansatz der partizipativen Qualitätsentwicklung geht davon aus, dass in der Beziehung zwischen Zielgruppe, Geldgeberin/-in und Projekt ein hierarchisches Gefälle besteht, wobei der/die Geldgeber/-in aufgrund der finanziellen Mittel die größte Entscheidungsmacht besitzt (Wright et al. 2010a). Die Zielgruppe demgegenüber verfügt über

geringe Ressourcen, ihre Interessen in Entscheidungsprozesse einzubringen. Dieses hierarchische Gefälle soll durch die gezielte Partizipation der Zielgruppe, die von den gesundheitsförderlichen oder präventiven Maßnahmen erreicht werden soll, aufgebrochen werden. Dadurch werden Angebote der Gesundheitsförderung passgenauer und können durch ihren spezifischen Zuschnitt auf die jeweiligen Kontextbedingungen einen höheren Wirkungsgrad in der Zielgruppe erreichen.

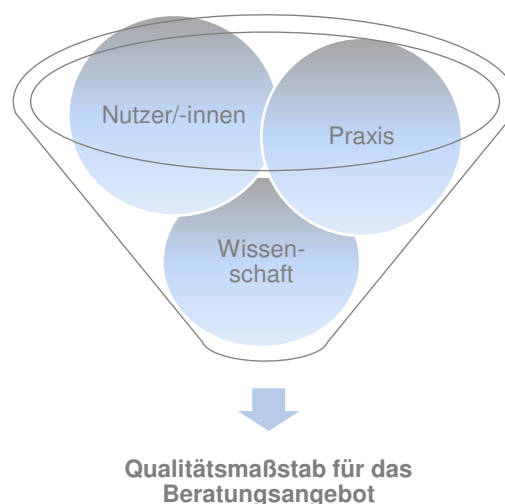
Übertragen auf Beratungsangebote in der Pflege sind es oftmals Leistungsträger, die mittels Vergabe finanzieller Mittel über Fragen personeller und materieller Ausstattung entscheiden, und weniger die tatsächlichen Bedarfe und Bedürfnisse der Ratsuchenden. Mit Anwendung der partizipativen Qualitätsentwicklung auf Qualitätsverbesserungsmaßnahmen pflegerischer Beratungsangebote soll dieses hierarchische Konstrukt umgekehrt werden und den Ratsuchenden die Entscheidungsmacht über das erforderliche Qualitätsniveau gegeben werden.

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung

Wie dargestellt werden Beratungsangebote von Ratsuchenden zwar vielfach als hilfreich erlebt, die Potentiale von Pflegeberatung sind aber insgesamt noch nicht hinreichend ausgeschöpft und es bestehen hinsichtlich der Umsetzung der Beratung große Unterschiede. Insbesondere fehlt es an Qualitätsmaßstäben, an denen sich die Pflegeberatung orientieren kann und die einzelnen Beratungsstellen eine Evaluation ihrer Beratungsleistung ermöglicht.

An diesem Punkt setzt das Projekt PartiziQ an: **Partizipative Qualitätsentwicklung** in der Pflegeberatung. Ziel war es, in Zusammenarbeit von Wissenschaft, Praxis und den Nutzer/-innen der Beratung ein Anforderungsprofil für Beratungsstellen in der Pflege zu entwickeln.

Im Zentrum des Projekts stand die Arbeitsgemeinschaft mit Ratsuchenden verschiedener Beratungsangebote zu pflegerischen Fragen. Dazu wurden Arbeitsgruppen ins Leben gerufen, die aus jenen Personen bestanden, die die Beratung als Ratsuchende oder stellvertretend für Betroffene in Anspruch genommen haben. In einem Prozess über mehrere Arbeitssitzungen wurden Erwartungen und Wünsche der Nutzer/-innen erhoben und in Qualitätsanforderungen übersetzt. Anspruch des Projekts war es, dass die Ratsuchenden die Entscheidungsmacht über das so definierte Qualitätsniveau besitzen, während die Mitarbeiter/-innen der beteiligten Beratungsstellen sowie das wissenschaftliche Team über Vorstufen der Partizipation in den Prozess eingebunden sind. Über diesen Weg ist es gelungen, die Beteiligung der Nutzer/-innen an der Festlegung grundlegender Anforderungen an Beratungsangebote auf höchstmöglichem Partizipationsniveau zu realisieren.



Um die Vielfalt der Beratungslandschaft widerzuspiegeln wurde das Projekt PartiziQ in Kooperation mit drei Beratungsangeboten durchgeführt, die jeweils zu eigenen Schwerpunkten tätig sind und die unterschiedliche Rahmenbedingungen repräsentieren. Beteiligt waren folgende Beratungsangebote:

Pflege in Not - Beratungsstelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen des Diakonischen Werks Berlin Stadtmitte: Pflege in Not versteht sich als Anlaufstelle für alle Menschen in Berlin, die sich mit Konflikten und Gewalt in der Pflege älterer Menschen konfrontiert sehen. Kern der Arbeit bildet die telefonische Beratung

von pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen und professionellen Pflegekräften. Darüber hinaus können psychologische Beratungsgespräche in mehreren Sitzungen und persönliche Gesprächstermine sowie Mediationen in Pflegeeinrichtungen und Supervisionen für professionell Pflegende angeboten werden.

Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz: Die Mitarbeiter des Informations- und Beschwerdetelefons beraten zu rechtlichen Themen rund um Pflege und Wohnen in Einrichtungen. Die ausschließlich telefonische oder schriftliche Beratung widmet sich vorrangig Fragen rund um die Pflegeversicherung, zum Verfahren zur Einordnung in einen Pflegegrad einschließlich der Unterstützung im Widerspruchsverfahren sowie zu Verträgen und Abrechnungen von ambulanten Pflegediensten und stationären Einrichtungen. Zudem versteht sich das Beratungsangebot als Anlaufstelle bei Beschwerden zum Thema Wohnen in Pflegeeinrichtungen.

Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Osnabrück: Die Senioren- und Pflegestützpunkte Niedersachsen bieten Ratsuchenden Beratung zu allen seniorenrelevanten Themen und zu Fragen der Pflege. Darin integriert ist die Pflegeberatung nach § 7 SGB XI, worauf sich die Erarbeitung des Qualitätsmaßstabes bezieht. Aufgabe des gesetzlichen Beratungsangebotes ist darüber hinaus der Auf- und Ausbau eines lokalen Netzwerks von ehrenamtlichen, nachbarschaftlichen und professionellen Anbietern.

Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Ausrichtung der Beratungsangebote bestand der Anspruch des Projekts nicht darin, einen einheitlichen Qualitätsmaßstab zu entwickeln, der für alle Beratungsangebote in der Pflege Gültigkeit besitzt. Vielmehr war die Grundannahme, dass unterschiedliche Beratungsanlässe auch andere Bedürfnisse Ratsuchender mit sich bringen. Gleichzeitig ist der Beratungsbedarf immer auch von lokalen Bedingungen abhängig, wie etwa einer ländlichen oder städtischen Wohnsituation der Betroffenen. Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass tatsächlich in einigen Aspekten abweichende Anspruchshaltungen bestehen, wenngleich grundlegende Anforderungen, insbesondere an die Berater/-innen und die Durchführung des Beratungsprozesses, an allen Standorten ähnlich ausgeprägt sind. Die entwickelten Qualitätsmaßstäbe sind damit auf die jeweiligen Beratungsangebote zugeschnitten. Damit ist es auch anderen Beratungsangeboten in der Pflege möglich, einen partizipativen Prozess mit ihren Ratsuchenden zu durchlaufen und einen individuellen Qualitätsmaßstab für die angebotene Beratung zu entwickeln.

Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung eines partizipativ entwickelten Qualitätsmaßstabs für die Pflegeberatung

Die folgenden Ausführungen sollen verschiedenen Beratungsangeboten zu pflegerischen Fragen die Auseinandersetzung um ein anzustrebendes Qualitätsniveau unter Einbezug ihrer Nutzer/-innen ermöglichen.

Dazu stellen wir 6 Projektschritte vor, die unserer Meinung nach wichtig sind, um ein Qualitätsniveau partizipativ zu entwickeln und die wir im Projekt PartiziQ angewandt haben (Abbildung 1). Das Vorgehen in der Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen ist dabei nicht linear zu betrachten, sondern vielmehr als dynamischer und zirkulärer Prozess, der immer wieder die Überprüfung und Wiederholung einzelner Arbeitsschritte ermöglicht.

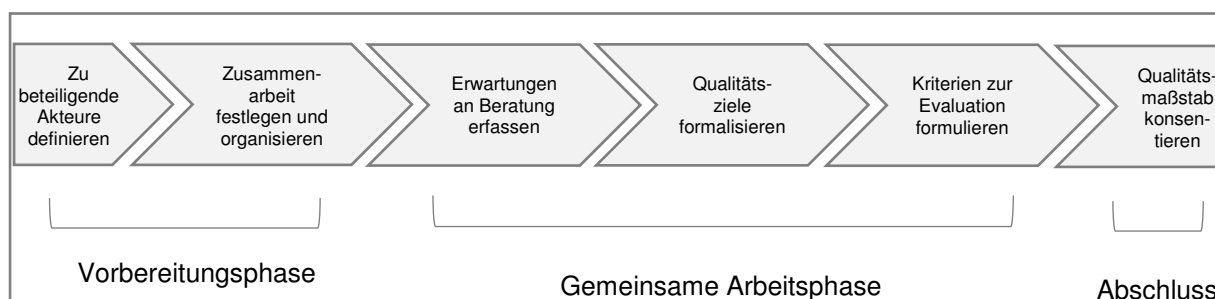


Abbildung 1: Projektphasen und -schritte in der Übersicht

Zu Beginn des Qualitätsentwicklungsprojektes müssen in einer **Vorbereitungsphase** zentrale Fragen geklärt werden und Weichenstellungen für die inhaltliche Ausgestaltung der Arbeitsphase vorgenommen werden. Es muss bestimmt werden, wer am Projekt mitwirkt (Projektschritt 1: Zu beteiligende Akteure definieren) und wie die Zusammenarbeit gestaltet wird (Projektschritt 2: Zusammenarbeit festlegen und organisieren). Es schließt sich die **gemeinsame Arbeitsphase** mit den Nutzer/-innen der Beratung an. Zunächst müssen die Vorstellungen der Nutzer/-innen an die Qualität der Beratung herausgearbeitet werden (Projektschritt 3: Erwartungen an die Qualität der Beratung erfassen). Diese werden dann als Qualitätsziele formalisiert (Projektschritt 4: Erwartungen als Qualitätsziele formalisieren) und mit Kriterien zur Evaluation versehen (Projektschritt 5: Kriterien zur Evaluation der Qualitätsziele formulieren). Den **Abschluss** des Projekts bildet die Zustimmung aller Beteiligten zum erarbeiteten Qualitätsmaßstab (Projektschritt 6: Qualitätsmaßstab konsentieren).

Das Vorgehen im Projekt PartiziQ ist in hohem Maße durch die wissenschaftliche Beteiligung geprägt, was dem Modellcharakter geschuldet ist und sich bei einer Umsetzung durch andere Beratungsangebote nicht immer realisieren lassen wird. Anspruch dieser Arbeitshilfe ist es

aber, grundsätzlich jedem Beratungsangebot eine Hilfestellung bei der Erarbeitung eines definierten Qualitätsniveaus zu sein. Die Aufgabe der Planung des partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesses mit den hier dargestellten Schritten sehen wir bei den Praktikerinnen vor Ort, wobei die zuständigen Finanzierungsträger unbedingt mit ins Boot geholt werden und sich als mitverantwortlich für das Qualitätsniveau der Beratung verstehen müssen. Nicht zuletzt müssen auch personelle und ggf. finanzielle Ressourcen freigegeben werden, um die partizipative Qualitätsentwicklung umsetzen zu können. Im Fokus stehen schließlich die Ratsuchenden, deren Anforderungen das erforderliche Qualitätsniveau bestimmen.

Vorbereitungsphase

Die partizipative Qualitätsentwicklung lebt von der gleichberechtigten Zusammenarbeit aller Akteure, die ein Interesse an der Weiterentwicklung eines Projekts oder einer Maßnahme haben (Wright 2010c). In diesem Sinne muss zunächst definiert werden, welche Personenkreise über ein derartiges Interesse verfügen.

In der vorliegenden Arbeitshilfe gehen wir davon aus, dass Verantwortliche oder Mitarbeiter/-innen eines Beratungsangebotes zu pflegerischen Fragen sich dazu entschließen, die Qualität ihrer Beratung in einem Maßstab zu definieren und diesen zu Evaluationszwecken zu nutzen. Damit sind zwei wesentliche Akteursgruppen bereits vorbestimmt: Die Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes als **Praktiker/-innen bzw. Vertreter/-innen des Projekts** sowie die Verantwortlichen des Beratungsangebotes, die in der Regel auch über die Vergabe finanzieller Mittel entscheiden und als **Geldgeber/-in** fungieren. Eine dritte zentrale Akteursgruppe sind die Nutzer/-innen des Beratungsangebotes und damit die **Zielgruppe**. Damit ist die kleinste Einheit der Zusammenarbeit definiert, die in jedem Fall zustande kommen sollte (Wright et al. 2010b). Wright et al. (2010b) definieren die Praktiker/-innen vor Ort (im Folgenden als **Praxispartnerinnen** bezeichnet) als Adressaten von Partizipativer Qualitätsentwicklung, da diese „für die Konzipierung und Durchführung von Maßnahmen“ im Sinne der Zielgruppe zuständig sind, in diesem Fall für die Durchführung der Pflegeberatung. Durch Anwendung partizipativer Methoden sollen sie in die Lage versetzt werden, ihre Arbeit qualitativ weiterzuentwickeln, was durch eine möglichst starke Einbeziehung der Zielgruppe erreicht werden soll.

Wright et al. (2010a) zufolge sind diese drei Gruppen in gewissem Maß aufeinander angewiesen, um die Intervention zu einem Erfolg werden zu lassen. Der/die Geldgeber/-in sorgt mit seinen finanziellen Mitteln dafür, dass die Beratung bzw. deren qualitative Weiterentwicklung überhaupt realisiert werden kann. Gleichzeitig kann die Zielgruppe nur über die Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes erreicht werden. Die Nutzer/-innen schließlich

können nur dann von einer passgenauen Beratung profitieren, wenn von den Verantwortlichen und den Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes ein Angebot in ihrem Sinne gewährleistet wird. Die Zusammenarbeit kann und muss bei Bedarf um weitere Akteure erweitert werden. Denkbar ist zum Beispiel eine Kooperation mit weiteren Beratungsangeboten auf kommunaler oder Landesebene. Die Rolle der **Wissenschaft** ist nach Wright et al. (2010b) eher in unterstützender Funktion zu sehen, bspw. in der Bereitstellung methodischer Erkenntnisse oder dem Abgleich gewonnener Einsichten mit wissenschaftlicher Literatur.

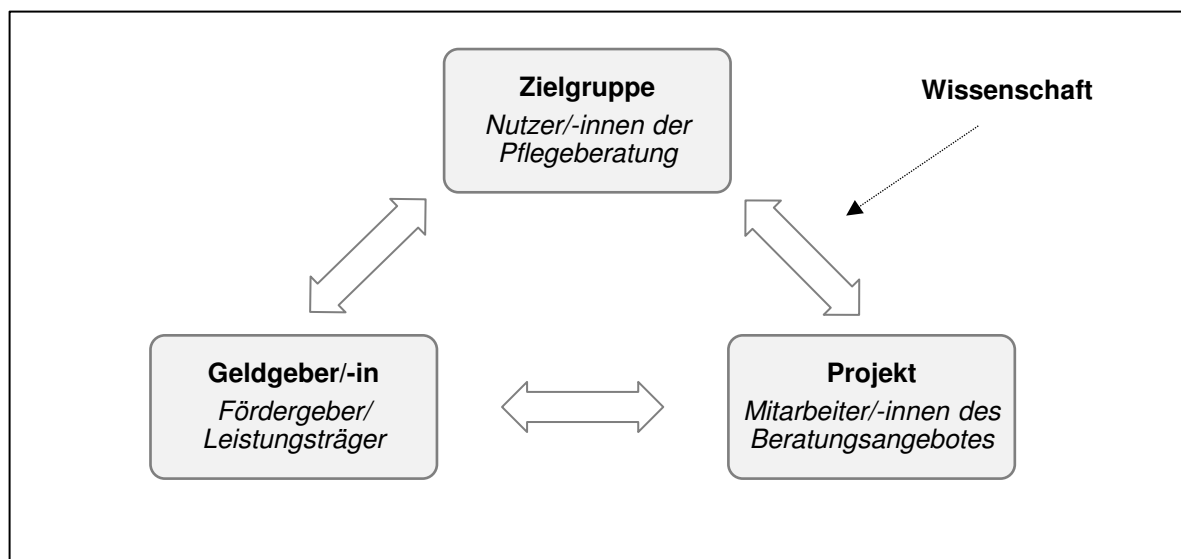


Abbildung 2: Beziehungsdreieck in der partizipativen Qualitätsentwicklung

Quelle: Eigene modifizierte Darstellung nach Wright et al. 2010b

Nachdem nun die zu beteiligenden Akteure festgelegt sind, muss im nächsten Schritt überlegt werden, wie diese zur Erarbeitung eines Qualitätsmaßstabes zusammenarbeiten können und wie insbesondere ein möglichst hoher Partizipationsgrad der Zielgruppe erreicht werden kann.

Im Gesundheits- und Pflegewesen setzt sich zunehmend der Ansatz der evidenzbasierten Praxis durch und wird nicht zuletzt auch gesetzlich gefordert (§ 2 SGB V, § 11 SGB XI). Gleichzeitig ist insbesondere in Bezug auf Beratung in der Pflege nicht für alle Fragen eine Evidenz verfügbar. So ist die Wirksamkeit von Beratung bzw. einzelner Beratungsbausteine als Teil eines Interventionsgeflechts nur bedingt nachweisbar (Büscher et al. 2016). Im Hinblick auf die Entwicklung eines Qualitätsniveaus für die Beratung fehlt es, wie einleitend dargestellt, an Erkenntnissen über die Perspektive der Nutzer/-innen von Beratungsangeboten und wie diese eine hohe Beratungsqualität definieren.

An dieser Stelle kann das Konzept der **praxisbasierten Evidenz** bei Qualitätsentwicklungsmaßnahmen eine Alternative bieten (z.B. Munro 2011; Green 2006; Wright et al. 2013a). Im Gegensatz zur evidenzbasierten Praxis, die sich an den „gegenwärtig besten wissenschaftlichen Erkenntnissen“ orientiert, versucht der Ansatz der praxisbasierten

Evidenz in erster Linie auf der Grundlage der Erfahrungen einzelner Personen Erkenntnisse systematisch zu erzeugen. Dieser Idee bedient sich auch die partizipative Qualitätsentwicklung, die **lokale Evidenz** herstellt: Die Erkenntnisse werden nicht nur aus der Praxis heraus generiert, sondern sind zudem in einen spezifischen Kontext zu einem spezifischen Zeitpunkt eingebettet, sodass „die Qualität der Arbeit einer Einrichtung vor Ort verbessert werden kann“ (Wright et al. 2010b).

Dazu muss das **lokale Wissen** der Beteiligten nutzbar gemacht werden. Über lokales Wissen verfügen Wright et al. (2010b) zufolge sogenannte Lebensweltexpert/-innen, die als Mitglieder der Zielgruppe oder aufgrund intensiver Kontakte zur Zielgruppe bereits Erkenntnisse über die Nutzer/-innen und ihre Lebenswelt haben. Diese Erkenntnisse liegen meist nur unausgesprochen vor und müssen durch partizipative Methoden explizit gemacht werden.

Partizipation wird nicht im Sinne von Entweder-Oder als Teilhabe oder Nicht-Teilhabe verstanden, sondern kann in einem Stufenmodell abgebildet werden (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Stufenmodell der Partizipation nach (Wright et al. 2010d)

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Auf den beiden unteren Ebenen werden die Interessen der Zielgruppe entweder gar nicht berücksichtigt (*Instrumentalisierung*) oder Maßnahmen werden direktiv festgelegt (*Anweisung*). Bei den drei Vorstufen der Partizipation ist die Zielgruppe in Entscheidungsprozesse eingebunden, kann diese aber nicht direkt beeinflussen. Auf der Ebene der *Information* wird die Zielgruppe einbezogen, indem Handlungsmöglichkeiten zur Lösung gesundheitlicher Probleme erläutert werden, bspw. bei der Aufklärungsarbeit. Die Sichtweise der Zielgruppe wird berücksichtigt, das notwendige Handlungsfeld aber ohne die Beteiligung der Zielgruppe definiert. Die *Anhörung* bezieht die Sichtweise der Zielgruppe auf ihre eigene Lage ein, etwa durch Befragungen. Noch einen Schritt weiter geht die *Einbeziehung*, bei der eine Beratung der Entscheidungsträger/-innen durch die Zielgruppe stattfindet, etwa wenn Verbrauchervertreter/-innen Gelegenheit erhalten, ihre Situation

ausführlich zu schildern und aus ihrer Sicht wichtige Maßnahmen aufzuzeigen. Bis auf die Ebene der Instrumentalisierung wird von Wright et al. (2010d) diesen unteren Stufen der Partizipation eine Berechtigung eingeräumt, sofern sie im partizipativen Prozess sinnvoll eingesetzt werden und kontinuierlich dahingehend hinterfragt werden, ob eine höhere Ebene der Partizipation möglich ist. Dennoch, darüber muss Klarheit bestehen, ist es das Anliegen der partizipativen Qualitätsentwicklung, Teilhabe zu schaffen, und diese wird nur erreicht, wenn die Zielgruppe aktiv auf Entscheidungsprozesse direkten Einfluss nehmen kann.

„Echte“ Partizipation findet also nur auf den Stufen 6 bis 8 statt. *Mitbestimmung* bedeutet, dass die Zielgruppe ein Mitspracherecht bei Entscheidungsprozessen hat, Entscheidungsbefugnisse aber weiter gleichberechtigt zwischen den Akteur/-innen verteilt sind. Ein mögliches Beispiel ist die Mitgliedschaft von Verbrauchervertreter/-innen in Entscheidungsgremien. Eine *teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz* liegt vor, wenn Vertreter/-innen der Zielgruppe für einzelne Handlungsschritte selbst verantwortlich sind, etwa für die Formulierung von Zielen einer Maßnahme oder die Gestaltung von Informationsmaterialien. *Entscheidungsmacht* hat die Zielgruppe schließlich, wenn alle Aspekte eines Projektes von dieser bestimmt und mitgestaltet werden. Über die Partizipation hinausgehend ist die *Selbstorganisation*, bei der ein Projekt von der Zielgruppe selbst initiiert und organisiert wird. Im Projekt PartiziQ konnte die achte Stufe der Partizipation erreicht werden – die beteiligten Nutzer/-innen hatten die letztliche Entscheidungsmacht über die Inhalte der jeweiligen Qualitätsmaßstäbe.

Projektschritt 1: Zu beteiligende Akteure bestimmen

Während im Regelfall recht eindeutig sein wird, welche Personen die Praktiker/-innen vor Ort sowie die Geldgeber vertreten, kann die Bestimmung der zu beteiligenden Zielgruppe und deren Vertreter/-innen mit Herausforderungen verbunden sein. Es muss definiert werden, wer a) die Zielgruppe ist und wer b) aus dieser am Projekt beteiligt werden sollte.

Ausgehend vom Gedanken, dass nur die Mitarbeiter/-innen der Beratungsangebote Aussagen über die Nutzer/-innen der Beratung treffen können, wurden die zu beteiligende Zielgruppe und deren Vertreter/-innen von den Praxispartnerinnen bestimmt. Orientierung bei der Zielgruppenbestimmung kann die Leitfrage bieten, wer die Beratung als Ratsuchende/r in Anspruch nimmt. Hilfreich kann dabei zunächst eine Übersicht sein, die Aufschluss über die erfolgten Beratungen und Beratungsgruppen gibt, bspw. ein statistischer Jahresbericht. Dies ermöglicht eine Analyse, wer das Beratungsangebot in welcher Form nutzt.

Auch das Verhältnis der verschiedenen Nutzergruppen kann so bewertet werden, bspw. werden Pflegestützpunkte im Allgemeinen zu einem hohen Anteil von (pflegenden) Angehörigen aufgesucht (z.B. Joost/Metzenrath 2012; Rambøll Management Consulting

2011), während z.B. mehr als jeder zehnte Klient der Beratung von Pflege in Not Berlin als Pflegefachkraft in Pflegeeinrichtungen tätig ist. Eine Übersicht über die verschiedenen Nutzergruppen der beteiligten Beratungsangebote bietet Tabelle 2. Die Mitarbeiter/-innen des Informations- und Beschwerdetelefons der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz beraten neben Pflegebedürftigen und Angehörigen auch andere Pflegestützpunkte oder professionelle Akteure, da die Expertise in der Pflegerechtsberatung innerhalb von Rheinland-Pfalz eine Sonderstellung einnimmt. Die Beratung von Pflege in Not Berlin steht auch Pflegeeinrichtungen sowie der Heimaufsicht und Berater/-innen aus anderen Beratungsstellen offen. Der Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück schließlich zählt auch ehrenamtlich engagierte Kräfte sowie beratende Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen zu seinen Nutzer/-innen. Damit ist die Zielgruppe über die Pflegebedürftigen und deren (pflegende) Angehörige hinaus deutlich erweitert und musste in der Zusammenarbeit berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Übersicht über die zu beteiligenden Nutzergruppen (Zielgruppe) im Projekt PartiziQ

Pflege in Not Berlin	Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz	Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück
Nutzer ohne professionellen Hintergrund: – Pflegebedürftige und Angehörige – Angebote der Selbsthilfe und Verbrauchervertretungen Nutzer mit professionellem Hintergrund: – Aufsichtsbehörden – Pflege- und Leitungskräfte in Einrichtungen – Pflegestützpunkte	Nutzer ohne professionellen Hintergrund: – Pflegebedürftige und Angehörige – Selbsthilfegruppen Nutzer mit professionellem Hintergrund: – Pflegestützpunkte – Beratungs- und Prüfbehörden – Weitere Beratungsangebote in Rheinland-Pfalz, insbesondere Pflegestützpunkte	Nutzer ohne professionellen Hintergrund: – Pflegebedürftige und Angehörige – Ehrenamtliche/ Duo-Qualifizierte Nutzer mit professionellem Hintergrund: – Pflegedienste – Beratungsstellen der Pflegekassen – Beratungsangebote anderer gesetzlicher Bereiche (SGB IX, XII)

Im nächsten Schritt muss nun überlegt werden, welche Personen die Zielgruppe im partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess vertreten können. Dazu sollten einige Merkmale der einzelnen zu beteiligenden Personen bedacht werden, um möglichst viele verschiedene Perspektiven im Qualitätsentwicklungsprozess abzubilden. Die partizipierenden Zielgruppenvertreter/-innen sollten möglichst vielschichtig zusammengesetzt sein hinsichtlich:

- Geschlecht
- Alter
- Zufriedenheit mit der Beratung
- Lebens- und Pflegesituation bzw. Art der beruflichen Pflege Tätigkeit
- Migrationshintergrund

Die Teilhabe am Qualitätsentwicklungsprozess kann für die Beteiligten mit einem hohen Aufwand verbunden sein. Gerade Pflegebedürftige und pflegende Angehörige verfügen oftmals über geringe Ressourcen, sich über die Pflege hinaus noch weiter zu engagieren. Die Gründe sind so nachvollziehbar wie vielfältig und können in eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten oder geringen zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen begründet liegen. Die Gewinnung von Teilnehmenden, die sich aktuell in einer Pflegesituation befinden, war auch im Projekt PartiziQ aus den oben genannten Gründen eine Herausforderung. Ratsuchende, die sich beruflich mit Fragen der Pflegeberatung auseinandersetzen, zeigten dagegen eine deutlich höhere Teilnahmebereitschaft, da der Zugewinn durch die Mitwirkung am Projekt für diese Nutzergruppe vermutlich offensichtlicher ist. Individuell muss also überlegt werden, welche materiellen Ressourcen oder Unterstützungsmöglichkeiten den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden sollten bzw. vom Beratungsangebot gewährleistet werden können. So kann die Übernahme von Fahrtkosten oder die Organisation einer Betreuung für Pflegebedürftige die Teilnehmenden entlasten und die Motivation zur Partizipation erhöhen. Denkbar sind auch darüber hinausgehende finanzielle Anreize, wie etwa Gutscheine oder eine Art „Forschungshonorar“ (Bergold/Thomas 2012). Um Pflegebedürftige und (pflegende) Angehörige trotz ihrer knappen Ressourcen zur Partizipation zu motivieren, war ein Ausgleich für entstehende Kosten unserer Ansicht nach unverzichtbar. Auch die Teilnahme einer pflegebedürftigen Person ließ sich nur realisieren, da ein Krankentransport organisiert und finanziert werden konnte.

Als motivationsfördernd erwies sich ebenfalls die Ansprache ausgewählter Zielgruppenvertreter/-innen in einem persönlichen Gespräch, da die Ziele des Projekts und die Idee der Partizipation von Nutzer/-innen so besser verdeutlicht werden können. Zwar äußern sich nahezu alle Beteiligten zum Abschluss des Projekts sehr positiv über dessen Intention und schätzen sehr, dass sie einbezogen wurden, dieser Effekt scheint aber im Vorfeld des partizipativen Prozesses nur schwer vermittelbar zu sein.

Im Vorfeld von PartiziQ wurde nicht erwartet, dass eine solch starke Beteiligung professioneller Akteure an den lokalen Arbeitsgruppen aufkommt. Auf Basis der Analyse der Nutzerstruktur der beteiligten Beratungsstellen erscheint es sehr plausibel, dass unterschiedliche professionelle Akteure in den Prozess einbezogen wurden. Diese Tatsache stellte im weiteren Verlauf insofern eine Herausforderung dar, dass die professionellen Akteure eher gewohnt sind, sich innerhalb von Arbeitsgruppen mit Inhalten zu beschäftigen, als es pflegende Angehörige oder pflegebedürftige Menschen sind. Um der professionellen Perspektive nicht zu viel Gewicht zu geben, war es daher bei den AG-Sitzungen erforderlich, den nicht-professionellen Teilnehmer/-innen ausreichend Gelegenheit und Raum für ihre Sichtweisen einzuräumen.

Im Projekt PartiziQ wurde die Entscheidung getroffen, nur tatsächliche Nutzer/-innen in den Prozess einzubeziehen. Dafür war die vorherige Darstellung der Nutzerstruktur erforderlich. Grundsätzlich denkbar wäre es ebenso, den Kreis der Beteiligten um Personen und Organisationen zu erweitern, die selbst noch nicht die Beratung in Anspruch genommen haben. Denkbar wäre die Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern von unterschiedlichen Kirchen und Religionsgemeinschaften, lokal vertretene Interessensverbände älterer Menschen oder Migrantengruppen oder andere Organisationen, die im Rahmen des lokalen bürgerschaftlichen Engagements oder der gegebenen kommunalen Strukturen von Bedeutung sind und die eine Beratungsstelle als „ihre“ Beratungsstelle wahrnehmen könnten. Das Vorgehen im Projekt PartiziQ mit der Einbeziehung der nur tatsächlichen Nutzer/-innen hat den Vorteil, dass der Prozess auf Basis tatsächlicher Erfahrungen begonnen werden kann. Als Nachteil ließe sich sicher festhalten, dass damit die Gründe, die Beratung nicht in Anspruch zu nehmen, nur unzureichend Berücksichtigung finden können. Zudem könnte der Eindruck entstehen, bedeutsame lokale Akteure nicht einbeziehen zu wollen.

Umgekehrt besteht der Vorteil der Einbeziehung weiterer Kreise darin, vielfältige Sichtweisen berücksichtigen zu können. Der Nachteil würde methodisch darin bestehen, ein recht konkretes Angebot der Pflegeberatung vor dem Hintergrund nur unklarer Vorstellungen diskutieren zu müssen. Gerade der Umgang mit Fragen zur Pflegebedürftigkeit gestaltet sich vor dem Hintergrund konkreter Erfahrungen oftmals anders. Dazu gehören auch Erfahrungen in der Nutzung und Inanspruchnahme von Beratungsangeboten. Im Projekt PartiziQ wurde dieser individuellen Nutzererfahrung ein hoher Stellenwert eingeräumt und es kann nach Abschluss des Prozesses gesagt werden, dass sich die Annahmen hinsichtlich der positiven Auswirkungen dieser Entscheidung bestätigt haben. Damit ist jedoch nicht gesagt, dass die andere Entscheidung falsch gewesen wäre. Die Empfehlung für andere Prozesse der partizipativen Qualitätsentwicklung in der Beratung lautet daher, der Bestimmung der zu beteiligenden Akteure eine hohe Bedeutung beizumessen und entsprechend Zeit für die Entscheidung einzuräumen.

Projektschritt 2: Art der Zusammenarbeit festlegen und organisieren

Die Partizipation der Zielgruppe kann über verschiedene methodische Ansätze erreicht werden. Ein hoher Partizipationsgrad wird bspw. durch eine Arbeitsgruppe aus Zielgruppenvertreter/-innen gewährleistet, die einen partizipativen Gruppenprozess zur Planung, Steuerung, Durchführung und Evaluation von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen ermöglicht. Eine noch stärkere Partizipation sichert ein Nutzerbeirat, der institutionell verankert in Entscheidungsprozesse einer Einrichtung eingebunden ist. Aber auch niedrigere Stufen der Partizipation ohne Entscheidungsmacht, bspw. eine Nutzerbefragung, können im

partizipativen Qualitätsentwicklungsprozess sinnvoll eingesetzt werden¹. Grundsätzlich sind der Phantasie aber keine Grenzen gesetzt und es können auch weitere Methoden aus dem Repertoire der qualitativen Sozialforschung bzw. der partizipativen Forschung eingesetzt werden, mittels derer die Perspektive der Zielgruppe erfasst werden und in die Qualitätsentwicklungsmaßnahmen einfließen kann. Entscheidend ist die kontinuierliche Überprüfung des Partizipationsgrads, der über die gewählte Methodik erreicht wird. Werden die Nutzer/-innen nur gehört oder können sie auf Entscheidungsprozesse Einfluss nehmen?

Im Projekt PartiziQ wurden die Nutzer/-innen über lokale Arbeitsgruppen eingebunden, die sich an der Methodik der **Fokusgruppe** orientieren. Eine Fokusgruppe ist eine moderierte Gruppendiskussion, bei der eine im Vorfeld klar definierte Fragestellung diskutiert wird (Bergold/Thomas 2012). Die Methode der Fokusgruppe ist in ihrer Konzeption im mittleren Partizipationsbereich anzusiedeln, da einer Fokusgruppe im Vergleich zu bspw. einem Nutzerbeirat nicht per se Mitbestimmungsrechte zugestanden werden. Im Projekt PartiziQ war es jedoch das erklärte Ziel, dass die partizipierenden Nutzer/-innen bzw. deren Qualitätsvorstellungen die zu erarbeitenden Qualitätsmaßstäbe bestimmen, womit der Zielgruppe Entscheidungsmacht hinsichtlich der Definition eines Qualitätsniveaus gegeben wird.

Moderiert wurden die Fokusgruppen vom wissenschaftlichen Team der Hochschule Osnabrück. Zu betonen ist, dass sich die Rolle der Wissenschaftler/-innen auf die Vor- und Nachbereitung der Gruppensitzungen und deren Moderation beschränkte. Zwar war der Diskussions- bzw. Arbeitsgegenstand vorgegeben –die Beratung–, die einzelnen Aspekte des Beratungsangebotes bzw. wie intensiv diese diskutiert wurden, wurde dabei durch die Nutzergruppe im Gesprächsverlauf bestimmt. Die Praxispartnerinnen nahmen an den Gruppendiskussionen nicht teil. Um die Partizipation der Praxispartnerinnen dennoch zu gewährleisten wurden die Gesprächsprotokolle aus den Sitzungen bzw. deren Ergebnisse den Praxispartnerinnen in anonymisierter Form zur Verfügung gestellt. In drei gemeinsamen Arbeitssitzungen zwischen wissenschaftlichem Team und allen beteiligten Praxispartnerinnen wurden zentrale Fragen des Projekts gemeinsam erörtert und Richtungsentscheidungen getroffen. Die formulierten Qualitätsmaßstäbe wurden von den Praxispartnerinnen individuell hinsichtlich der fachlichen Umsetzbarkeit kommentiert und dies bei der abschließenden Ausarbeitung berücksichtigt. Die Nicht-Teilnahme der Praxispartnerinnen wurde im Konsens zwischen wissenschaftlichem Team und Praxispartnerinnen beschlossen. Hintergrund war die Annahme, dass sich die teilnehmenden Nutzer/-innen bei Anwesenheit von Mitarbeiter/-innen

¹ Eine Übersicht über in der Prävention und Gesundheitsförderung erprobte Methoden bietet www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de.

des Beratungsangebotes befangen fühlen könnten, auch negative Aspekte an der Beratung anzusprechen. Dieses Vorgehen wurde auch von den Nutzer/-innen befürwortet.

Die externe Moderation des Gruppenarbeitsprozesses erfordert finanzielle Ressourcen und ist durch die gemeinschaftliche, aber anonyme Aufbereitung der Gruppenarbeitsergebnisse mit einem gewissen Aufwand verbunden. Dennoch halten wir dieses Vorgehen aus den genannten Gründen für empfehlenswert. Gerade in der Zusammenarbeit mit Nutzer/-innen kleinerer Beratungsangebote mit nur zwei oder drei Mitarbeiter/-innen sind in einer Gruppendiskussion sehr direkte Rückschlüsse auf die Beratungstätigkeit einzelner Personen möglich. Dies stellt neben dem Risiko der Befangenheit der Nutzer/-innen auch eine große Herausforderung für die Mitarbeiter/-innen dar, in der Moderation neutral zu agieren. Denkbar ist bspw. die Einbindung speziell geschulter Moderatoren oder auch eine Kooperation mit Mitarbeiter/-innen anderer Beratungsangebote. Sollte dies nicht möglich sein, sollten andere Methoden der Partizipation in Betracht gezogen werden.

Gemeinsame Arbeitsphase

Nachdem in der Vorbereitungsphase Nutzer/-innen zur Partizipation gewonnen wurden und eine Methodik zur Zusammenarbeit gewählt wurde, kann nun die eigentliche gemeinsame Arbeit an der Qualitätsentwicklungsmaßnahme beginnen. Damit die Perspektive der Ratsuchenden die bestimmende Grundlage für die zu erarbeitenden Qualitätsanforderungen sein kann, müssen zunächst die Bedürfnisse der Ratsuchenden herausgearbeitet und explizit gemacht werden. Nur auf diesem Weg können Qualitätsvorstellungen konkretisiert werden und ist eine Konsensbildung unter den Partizipierenden möglich. Zudem setzt unser Verständnis von Zusammenarbeit das gemeinsame Wirken und Arbeiten an einem Prozess voraus. Die Initiierung einer Arbeitsgruppe halten wir dafür als ideal. Gleichzeitig ermöglicht diese Form der Zusammenarbeit eine ständige Rückkoppelung der geäußerten Erwartungen der Nutzer/-innen durch die Moderation, wodurch sichergestellt werden kann, dass die zu entwickelnden Qualitätsmaßstäbe ausschließlich die Perspektive der Nutzer/-innen widerspiegeln und nicht Ergebnis einer Interpretation des auswertenden Projektteams sind.

An einigen Stellen werden sich innerhalb der Nutzergruppe widersprüchliche Erwartungshaltungen vorfinden. Hier gilt es eine Diskussion unter den Nutzer/-innen zu initiieren und zu leiten, die durch schrittweise Annäherung der Positionen letztlich zu einem Konsens unter den Teilnehmenden führt. Über den vertiefenden Austausch erhalten die Nutzer/-innen auch die Gelegenheit, kontinuierlich Aspekte zu konkretisieren und zu ergänzen.

Im nächsten Schritt müssen die erarbeiteten Qualitätsvorstellungen der Nutzer/-innen in Qualitätsziele übertragen werden, die in ihrer Gesamtheit das Qualitätsniveau für das Beratungsangebot darstellen. Dazu ist es zunächst hilfreich, eine übergeordnete Zielsetzung zu formulieren, die auf die Frage Antwort geben sollte: Was soll durch die Beratung erreicht werden?

Zur weiteren formalen Darstellung der Qualitätsziele existieren verschiedene Möglichkeiten. Der einfachste Weg ist, die Ergebnisse der Gruppenarbeit zu systematisieren und auf dieser Basis Qualitätsbereiche zu bilden. Da die partizipative Qualitätsentwicklung auf lokaler kleinräumiger Ebene denkt, ist dieses Vorgehen durchaus vertretbar. Zur Aufteilung der Qualitätsziele in Qualitätsbereiche kann auch der Qualitätsrahmen des ZQP (Büscher et al. 2016) eine Orientierung bieten. Hier sind bereits fünf Bereiche definiert, die für die Qualität pflegerischer Beratungsangebote relevant sind: *Rahmenbedingung und Infrastruktur, Theoretische und konzeptionelle Fundierung, Kompetenz und Qualifizierung, Beratungsinhalte* sowie *Beratungsprozess*. Denkbar ist aber auch die Orientierung an bereits existierenden Qualitätsmodellen. Am bekanntesten dürfte die Aufteilung des Qualitätsbegriffs in die Dimensionen der *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* nach Donabedian

(1966,1980) sein. Dieses Qualitätsmodell bildet bspw. auch die Grundlage für die Expertenstandards in der Pflege des DNQP.

Mit den genannten Beispielen sind die Möglichkeiten zur Darstellung der Anforderungen in einem formalen Rahmen noch nicht erschöpft. Wichtig ist, dass sich die partizipierenden Nutzer/-innen mit ihren Vorstellungen wiederfinden können und die Darstellungsform so gewählt und erläutert wird, dass die Nutzer/-innen ein Verständnis dafür entwickeln können.

Eine Überprüfung der formulierten Qualitätsziele ermöglichen z.B. die SMART-Kriterien (Locke/Latham 1990). Demnach müssen die Ziele so formuliert sein, dass sie folgenden Kriterien entsprechen:

- **Spezifisch:** Das Ziel ist konkret und eindeutig formuliert.
- **Messbar:** Es ist messbar, ob das Ziel erreicht wurde.
- **Attraktiv:** Das Ziel ist für alle Beteiligten erstrebenswert.
- **Realistisch:** Das Ziel ist mit den vorhandenen Ressourcen erreichbar.
- **Terminierbar:** Das Ziel ist in einem überschaubaren Zeitrahmen erreichbar.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert im Kontext einer nutzerbasierten Bestimmung des Qualitätsniveaus das Kriterium der Realisierbarkeit: Es ist durchaus möglich, dass sich Nutzeranforderungen vor dem Hintergrund begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen nur schwer bis gar nicht erreichen lassen. An dieser Stelle nehmen die partizipierenden Praktikerinnen eine wichtige Rolle ein, die die Qualitätsvorstellungen der Nutzer/-innen in Hinblick auf fachliche Vertretbarkeit beurteilen. Die fachliche Rückmeldung der Praktiker/-innen sollte in der Arbeitsgruppe transparent vermittelt und diskutiert werden, um auch den Konsens zwischen Nutzer/-innen und Praktiker/-innen zu erreichen. Werden die Evaluationskriterien von allen Beteiligten als erstrebenswert erachtet, sollte auch bei geringen Ressourcen zu ihrer Umsetzbarkeit nicht auf deren Aufnahme in den Qualitätsmaßstab verzichtet werden, da sich nur so das von allen partizipierenden Akteur/-innen geforderte Qualitätsniveau widerspiegeln lässt und dessen Erreichung letztlich auch Ziel der Beratung sein sollte.

Um evaluieren zu können, ob das Beratungsangebot das geforderte Qualitätsniveau erreicht bzw. erkennen zu können, wo Handlungsbedarf besteht, müssen zu den Qualitätszielen Evaluationskriterien definiert werden. Diese können jedoch erst am Ende entwickelt werden, wenn der Qualitätsmaßstab definiert ist.

Im Folgenden werden die Schritte der gemeinsamen Arbeitsphase des Projekts PartiziQ vorgestellt. Einen ersten Überblick über den inhaltlichen Aufbau der Arbeitsgruppensitzungen gibt Tabelle 3. Die vorgestellte Anzahl der Arbeitsgruppensitzungen ist als Vorschlag zu

verstehen: der Umfang der Arbeitsgruppensitzungen ist von verschiedenen Faktoren abhängig, bspw. von der Anzahl der Teilnehmenden, der gewählten Methodik und nicht zuletzt vom Diskussionsbedarf innerhalb der Nutzergruppe. Je nachdem können also auch mehr Arbeitssitzungen benötigt werden. Mit drei Sitzungen sollte jedoch in jedem Fall gerechnet werden. Die erste Sitzung dient dabei der allgemeinen Einführung und Sammlung möglicher Themen. Die zweite Sitzung dient der Rückkopplung einer Zusammenfassung der Ergebnisse der ersten Sitzung mit den Teilnehmer/innen und der Verständigung auf den inhaltlichen Rahmen. Zudem dient die zweite Sitzung bereits dazu, eine mögliche Richtung der zu entwickelnden Qualitätsaussagen zu diskutieren und sich über das Format ihrer Aufbereitung zu verständigen. Die dritte Sitzung dient dann der Konsentierung der Überlegungen und Formulierung des Qualitätsmaßstabs. In der Regel erfordert die Zustimmung aller Beteiligten eine weitere Konsentierung. Diese muss jedoch nicht zwingend in einem weiteren Treffen erfolgen. In PartiziQ wurde sie an einem Standort im Rahmen einer vierten Sitzung, an den beiden anderen Standorten durch ein Umlaufverfahren und anschließender individueller telefonischer Rückkopplung vorgenommen. Allgemein lässt sich sagen, dass je höher der zu erwartende Dissens der Beteiligten zu den im Prozess formulierten Maßstäben ist, desto öfter erscheint eine weitere Arbeitssitzung sinnvoll. Nach maximal fünf bis sechs Sitzungen sollte dann aber ein konsensfähiges Ergebnis erreicht worden sein. Für den Fall, dass dies nicht gelungen ist, scheint es grundsätzlich unter den Beteiligten schwierig zu sein, sich zu einigen.

Tabelle 3: Übersicht über den Ablauf des partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesses in PartiziQ

Erste Arbeitsgruppensitzung
Sammlung von Erwartungen, Wünschen und Verbesserungsvorschlägen an die Beratung <i>Nachbereitung durch Projektteam: Systematische Aufbereitung der Ergebnisse</i>
Zweite Arbeitsgruppensitzung
Diskussion der systematisierten Ergebnisse der ersten Arbeitsgruppensitzung Festlegung eines Formats für den Qualitätsmaßstab <i>Nachbereitung durch Projektteam: Aufbereitung der Diskussionsergebnisse, Formale Darstellung von Qualitätszielen in einem Qualitätsmaßstab, Formulierung von Evaluationskriterien</i>
Dritte Arbeitsgruppensitzung
Diskussion des erarbeiteten Qualitätsmaßstabes und der formulierten Evaluationskriterien <i>Nachbereitung durch Projektteam: Aufbereitung der Diskussionsergebnisse, finale Fassung des Qualitätsmaßstabs</i>
Vierte und ggf. weitere Arbeitsgruppensitzung
Abschließende Konsentierung des Qualitätsmaßstabs

Projektschritt 3: Erwartungen an die Qualität der Beratung erfassen

Zur Erfassung der Anforderungen an die Beratung aus der Nutzerperspektive wurde im Projekt PartiziQ eine offene Kartenabfrage durchgeführt. Die Nutzer/-innen wurden gebeten, drei offene Leitfragen zu ergänzen:

- 1) Aus meiner Sicht das Wichtigste an der Beratung ist ...
- 2) Besonders geholfen an der Beratung hat mir ...
- 3) Wenn ich an der Beratung etwas ändern könnte, dann wäre das ...

Jede/r der Teilnehmenden hatte die Möglichkeit, sich zu diesen Leitfragen ausführlich zu äußern. Die Kernaussage wurde jeweils auf Moderationskarten festgehalten. In dieser ersten Arbeitssitzung wurde noch keine Diskussion der erarbeiteten Inhalte geführt. Vielmehr war es das Ziel, dass die Nutzer/-innen frei ihre Gedanken zu den einzelnen Leitfragen äußern, ohne dass durch das Streben nach einer Konsensfindung in der Gruppe bereits unbewusst nach Kompromisslösungen gesucht wird oder eine Wertung stattfindet. Die folgende Abbildung 3 zeigt beispielhaft die Ergebnisse zur Leitfrage 1 der Nutzergruppe des Senioren- und Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück.

Aus meiner Sicht das
Wichtigste an der
Beratung ist ...

Beratung zu Hause	Zeitlich und örtlich flexibel	Beratung im Vorfeld	Beratung überhaupt in Anspruch nehmen	Beratung ist kostenlos	Klient ernst nehmen
Wertschätzende Haltung	Beratung auf Augenhöhe	Klient entscheidet selbst	Beratung als Hilfestellung (nicht übergestülpt)	Neutralität	Vorbereitung auf MDK-Prüfung
Unterstützung bei der Antragsstellung	Begleitung bei MDK-Besuch	Ermutigung zum Widerspruch	Berater ist "vom Fach"	Direkt und präzise	Strategie entwickeln
Empathie in angemessenem Maß	Ehrlichkeit	Offenheit	Möglichkeiten aufzeigen	Hinweise/Tipps	Zugang zu Kasse bekommen
Einzelfallberatung	Individuelle Beratung nach Möglichkeiten	Erstmal zuhören	Verständlich	Begleitung	Rückhalt im Problemfall
"dass es die Beratung überhaupt gibt"	Unterstützung im Umgang mit Betroffenen	Anleitung selbstständig weiterzukommen	Vorbereitung des Beratungsgesprächs	Unterlagen erhalten	Regionale Kenntnisse

Abbildung 3: Beispielhafte Ergebnisse des ersten gemeinsamen Arbeitsschrittes am Standort Landkreis Osnabrück

Im Nachgang der Arbeitssitzung wurden die erarbeiteten Inhalte an den einzelnen Standorten durch das wissenschaftliche Team ausgewertet und dazu kodiert und kategorisiert. Das heißt, dass prägnante Aussagen der Nutzer/-innen von den Auswertenden mit Stichwörtern besetzt werden und die genannten Aspekte thematisch zusammengefasst einem Oberbegriff zugeordnet werden. Das Kodierverfahren orientierte sich an der konstanten komparativen Analyse aus der Grounded Theory (Glaser/Strauss, 1998). Zur Auswertung wären auch andere Auswertungsverfahren möglich, z.B. die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) oder das thematische Kodieren nach Flick (2017).

Idealerweise finden die Auswertung sowie auch alle folgenden Arbeitsschritte im Team statt, um abgleichen zu können, ob ein gleiches Verständnis der Inhalte vorliegt und um noch offene Fragen erkennen bzw. diskutieren zu können. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass ein Konsens unter den Auswertenden nicht das Ziel dieses Arbeitsschrittes ist. Wahrscheinlich werden Sie vielmehr feststellen, dass einzelne Themenbereiche noch nicht voll ausinterpretiert werden können oder neue Fragen aufgeworfen werden. Aus diesem Grund ist der Austausch mit den Nutzer/-innen so wichtig: Die aufbereiteten Ergebnisse werden der Nutzergruppe vorgestellt und eine Diskussion unter den Teilnehmenden eingeleitet, die schrittweise eine Konkretisierung der Nutzeranforderungen ermöglicht. Die Ziele dieser Rückkoppelung der ausgearbeiteten Inhalte sind folgende:

- Jede/r Teilnehmende erhält die Gelegenheit mitzuteilen, ob sie/er ihre/seine Anforderungen in den ausgearbeiteten Inhalten wiederfindet, oder ob möglicherweise eine Fehlinterpretation seitens der Auswertenden vorliegt. Ggf. müssen einzelne Aspekte präzisiert werden.
- Über den vertiefenden Austausch erhalten die Teilnehmenden die Gelegenheit, weitere aus ihrer Perspektive relevante Aspekte zu ergänzen.
- An einigen Stellen werden sich innerhalb der Gruppe widersprüchliche Erwartungshaltungen vorfinden. Hier gilt es eine Diskussion unter den Teilnehmenden zu initiieren und zu leiten, die durch schrittweise Annäherung der Positionen letztlich zu einem Konsens unter den Teilnehmenden führt.

Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes bilden die Basis für die Formulierung von Qualitätszielen. In PartiziQ wurden die Inhalte der ersten Arbeitsgruppensitzung den Teilnehmer/innen schriftlich zusammengefasst und zurückgemeldet. Zu Beginn der zweiten Arbeitsgruppensitzung wurden sie präsentiert. Dabei wurde ausführlich Gelegenheit dazu gegeben, die Interpretation zu diskutieren.

Projektschritt 4: Erwartungen als Qualitätsziele formalisieren

Aus der Verschriftlichung der erarbeiteten Inhalte zu den Themenbereichen müssen nun die Qualitätsziele aus Nutzersicht abgeleitet und den teilnehmenden Nutzer/-innen erneut zur Diskussion vorgestellt werden. Wie einleitend dargestellt existieren zur formalen Darstellung von Qualitätszielen verschiedene Möglichkeiten. Um einen höchstmöglichen Partizipationsgrad zu gewährleisten, wurden die Teilnehmenden bei der Auswahl der formalen Darstellung einbezogen. Dazu wurden verschiedene Optionen vorgestellt und erläutert und eine Entscheidung durch die Nutzer/-innen getroffen.

Die Arbeitsgruppe im Landkreis Osnabrück entschied sich für die formale Darstellung der Qualitätsziele nach dem Konzept der Expertenstandards des DNQP, die auf der horizontalen Ebene einen Problemlösungsprozess abbilden und auf der vertikalen Ebene an den Qualitätsdimensionen von Donabedian (1966; 1980) orientiert sind. Als übergeordnete Zielsetzung des Standards wurde folgender Satz formuliert: **Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die die Pflegesituation stabilisiert und/oder verbessert.** Abbildung 4 zeigt beispielhafte Ergebnisse für den so entwickelten Qualitätsstandard für die Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück².

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt stellt die Rahmenbedingungen für einen niedrighschwelligen Zugang für Ratsuchende sicher.	P1 Träger und Mitarbeiter/-innen des Senioren- und Pflegestützpunkts betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit, um die lokale Bevölkerung sowie Haus- und Facharztpraxen und Leistungsanbieter über das Beratungsangebot zu informieren.	E1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist in der Bevölkerung sowie in Haus- und Facharztpraxen und bei Leistungsanbietern bekannt. Ratsuchende können die Beratung ohne erheblichen persönlichen Aufwand in Anspruch nehmen.

Abbildung 4: Auszug aus dem Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück

Hier finden sich bspw. die von den Nutzer/-innen genannten Aspekte zur zeitlichen und örtlichen Flexibilität der Berater/-innen (vgl. Abbildung 3) oder der Wunsch nach verstärkter Aufklärungsarbeit sowohl in der Bevölkerung als auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wieder. Die im Bereich der Struktur- und Prozessqualität umgesetzten Maßnahmen müssen letztlich dazu führen, dass der Pflegestützpunkt in der Bevölkerung eine hohe Bekanntheit hat und die Beratung möglichst frühzeitig in Anspruch genommen wird.

Die anderen beiden Arbeitsgruppen in Berlin und Mainz bewerteten zur formalen Darstellung eine Orientierung an den Qualitätsbereichen des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege des ZQP (2016) als handhabbarer. Abbildung 5 zeigt beispielhafte Ergebnisse für die so

² Die Vollversion des Qualitätsstandards ist online verfügbar unter <https://www.landkreis-osnabrueck.de/bildung-soziales/soziale-unterstuetzung/senioren-und-pflegestuetzpunkt>.

entwickelte Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz. Als Zielsetzung für dieses Beratungsangebot wurde formuliert: **Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die in (rechtlichen) Fragen der Pflegesituation zur Wahrnehmung ihrer Interessen innerhalb der gesetzlich gegebenen Möglichkeiten beiträgt.**

Leitsatz 1: Das Beratungsangebot ist für Ratsuchende niedrigschwellig zugänglich.

Qualitätsziele:

- ✓ Die angesprochene Zielgruppe weiß in einer Bedarfssituation um das Informations- und Beschwerdetelefon und seine spezifischen Beratungsinhalte und nutzt das Beratungsangebot.
- ✓ Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit den Berater/-innen sind ohne formale Hürden und orientieren sich an den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- ✓ Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- ✓ Die Beratung erfolgt zeitnah.
- ✓ Die Beratung ist kostenfrei.
- ✓ Der Beratungsrahmen ist vertraulich.
- ✓ Das Informations- und Beschwerdetelefon ist Bestandteil einer Beratungslandschaft und kooperativer Partner weiterer Beratungsangebote in Rheinland-Pfalz.

Abbildung 5: Auszug aus der Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

In allen Nutzergruppen wurde der Wunsch geäußert, Informationen zum Einstieg in die Beratung und zum Ablauf des Beratungsprozesses zusätzlich in einem Schaubild zu verdeutlichen. Die partizipierenden Nutzer/-innen vertraten die Meinung, dass durch die überwiegende Anzahl Ratsuchender keine Auseinandersetzung mit der Vollversion des Qualitätsmaßstabs stattfinden wird, eine erste Orientierung zu Beginn der Beratung aber dennoch als sehr hilfreich bewertet wurde. Daher wurde den Qualitätsmaßstäben eine komprimierte Übersicht angefügt, die bspw. in den Internetauftritt des Beratungsangebotes eingearbeitet werden kann und den Einstieg in die Beratung erleichtern soll.

Unabhängig von der konkreten Auswahl eines Formats für die Darstellung ist es im Prozess wichtig, eine Vorstellung eines Gesamtrahmens des Qualitätsmaßstabs zu entwickeln. Ob dieser sich an einem Prozess orientiert und die einzelnen aufeinander folgenden Schritte beschreibt oder ob er sich an bestimmten thematischen Eckpunkten orientiert, ist nicht entscheidend. Es sollte jedoch beachtet werden, ob es Muster gibt, an denen sich die Darstellung orientiert. Diese sollten dann ausgewiesen werden. Zur Formulierung konkreter Qualitätsziele und -anforderungen sei auf die drei im Projekt PartiziQ entwickelten Qualitätsmaßstäbe aus Mainz, Berlin und Osnabrück verwiesen, die im Anhang des Abschlussberichts zum Projekt abgedruckt sind.

Projektschritt 5: Kriterien zur Evaluation der Qualitätsziele formulieren

Die Qualität von Prozessen, Produkten oder Dienstleistungen bemisst sich daran, wie weit es gelingt, festgelegte Ziele zu erreichen und definierte Anforderungen zu erfüllen. Nach der Festlegung von Zielen und Anforderungen in einem Qualitätsentwicklungsprozess ist es entsprechend erforderlich, Kriterien zu beschreiben, anhand derer die Zielerreichung evaluiert werden kann. Auch im Projekt PartiziQ wurden abschließend die formulierten Qualitätsziele, unabhängig von der formalen Darstellung, durch Evaluationskriterien ergänzt. Dies ermöglicht nicht nur die Evaluation des Beratungsangebotes vor dem Hintergrund des erarbeiteten Qualitätsmaßstabs, damit findet auch eine Präzisierung statt, wann die formulierten Qualitätsziele aus Nutzersicht erreicht sind. Am Qualitätsziel „Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden“, wie es in der Nutzergruppe des Informations- und Beschwerdetelefon der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz erarbeitet wurde, lässt sich die Notwendigkeit einer Operationalisierung des Qualitätsziels verdeutlichen. *Wie* müssen die Sprechzeiten gestaltet sein, damit den Bedürfnissen der Ratsuchenden entsprochen wird? Dazu wurden folgende Kriterien formuliert:

- Eine telefonische Sprechzeit der Berater/-innen wird täglich (Montag bis Freitag) angeboten.
- Der Zeitrahmen der täglich gleichbleibenden Sprechzeit beträgt mindestens vier Stunden.
- An mindestens einem Wochentag findet die Sprechzeit bis 19:00 Uhr statt.
- Wenn das Telefon nicht besetzt ist, ist ein Anrufbeantworter geschaltet, auf dem die Bitte um Rückruf hinterlassen werden kann.

Die Formulierung von Evaluationskriterien erfordert eine erneute Diskussion unter den Teilnehmenden. Unserer Erfahrung nach steigt der Diskussionsbedarf, je konkreter die Evaluationskriterien verfasst werden. Differierende Ansichten bestanden bspw. in allen Nutzergruppen in Hinblick auf den Bedarf einer offenen Sprechzeit in den Abendstunden. Während einige Nutzer/-innen dies zumindest an einem Wochentag für Berufstätige als unerlässlich zur Erfüllung bedarfsgerechter Sprechzeiten einstufen, sahen andere den Bedarf abgedeckt, wenn individuelle Gesprächstermine in den Abendstunden angeboten werden können. Auch hinsichtlich des notwendigen fachlichen Hintergrunds der Berater/-innen oder des Zeitrahmens, der für Beratungsgespräche zur Verfügung stehen sollte, bestanden abweichende Ansichten. Hier gilt es unter den Teilnehmenden einen Konsens zu finden. Dies erfordert eine geduldige und vor allem neutrale Moderation, womit die Empfehlung, die Arbeitssitzungen nicht durch Mitarbeiter/-innen des Beratungsangebotes zu moderieren, nochmal bekräftigt wird. Sollte kein Konsens gefunden werden, muss als letzte Maßnahme eine Mehrheitsentscheidung getroffen werden.

Die bereits angesprochene Problematik, erreichbare Qualitätsziele und auch Evaluationskriterien in Einklang mit begrenzten Ressourcen zu bringen, kann am Beispiel des Zeitrahmens, der grundsätzlich für Beratungsgespräche zur Verfügung stehen sollte, gut verdeutlicht werden. Dieser Aspekt wurde in der Nutzergruppe der Beratung von Pflege in Not intensiv diskutiert. Dem Bedürfnis Ratsuchender, ihr Beratungsanliegen ohne ein einschränkendes Zeitfenster besprechen zu können, standen zunächst organisatorische und letztlich auch personell begrenzte Rahmenbedingungen gegenüber. Erwarten die Nutzer/-innen unbegrenzte Gesprächszeit ist dies allerdings nicht nur aus personell-organisatorischen Gründen in den wenigsten Fällen umsetzbar, sondern auch aus fachlicher Perspektive nicht zu empfehlen. Die Praktiker/-innen meldeten zurück, dass psycho-soziale Beratungsgespräche über einer Gesprächsdauer von einer Stunde erfahrungsgemäß keine weiteren positiven Effekte auf die Lösungsfindung versprechen und vielmehr ein weiterer Gesprächstermin sinnvoll ist. Auf dieser Basis erfolgte die Einigung, dass für Beratungsgespräche bis zu eine Stunde zur Verfügung steht und die Gespräche so gestaltet werden, dass das zur Verfügung stehende Zeitfenster transparent aufgezeigt wird, gleichzeitig aber nicht das Gefühl vermittelt wird, unter Zeitdruck zu stehen, sondern die Möglichkeit eines weiteren Gesprächs aufgezeigt wird.

Dieser Schritt umfasst neben der inhaltlichen Formulierung der Evaluationskriterien, die sich an den entwickelten Qualitätszielen und -anforderungen orientieren, auch die Überlegung, aus welcher Quelle die Informationen gewonnen werden sollen, um die Zielerreichung zu evaluieren. Ob bspw. der Zeitumfang für Beratungsgespräche als bedürfnisgerecht erlebt wird oder ob sich Ratsuchende unter Zeitdruck wähnen, kann nur von diesen bewertet werden. Eine regelmäßige Nutzerbefragung ist zur Evaluation des Beratungsangebotes daher unumgänglich. Im Projekt PartiziQ wurden die formulierten Evaluationskriterien daher von Beginn an nach Quellen unterteilt, wobei ein großer Teil auf die Nutzerbefragung entfällt. Andere Quellen stellen Dokumente dar, die im Laufe des Beratungsprozesses entstehen oder es sind die festgelegten Rahmenbedingungen, wie z.B. die Öffnungszeiten oder die Räumlichkeiten, die vor dem Hintergrund der festgeschriebenen Kriterien geprüft werden können.

Abschluss

Projektschritt 6: Qualitätsmaßstab konsentieren und einführen

Den letzten Schritt bilden die abschließende Konsentierung des Qualitätsmaßstabs und seine Einführung. Wie geschildert wurden zur abschließenden Konsentierung im Projekt PartiziQ an einem Standort vier und an den beiden anderen Standorten jeweils drei Sitzungen durchgeführt, denen eine individuelle telefonische und schriftliche Konsentierung folgte. Die Zahl der Treffen, die zur Konsensfindung erforderlich sind, lässt sich nur bedingt für alle möglichen Konstellationen festlegen. Zwischen drei und fünf Sitzungen sollten jedoch eingeplant werden. Je nach Komplexität der Diskussionen können selbst fünf Sitzungen zu wenig sein. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass – auch im Kontext der professionellen Qualitätsentwicklung – die Prozesse nicht zu lange dauern sollten, da mit steigender Dauer bei nicht sichtbarem Ergebnis die Motivation der Beteiligten sinken kann und die Bereitschaft zur Mitarbeit irgendwann ganz erlischt. Daher ist es seitens der Moderation des Prozesses erforderlich, die Verständigung auf ein Ergebnis im Kopf zu haben und darauf hin zu arbeiten. Der schmale Grat verläuft an der Stelle, wo es einerseits darum geht, ausreichend Zeit für die Rückbestätigung von Inhalten durch die Teilnehmer/-innen zu geben und andererseits nicht jedes Mal vollkommen neue Aspekte in die Diskussion zu bringen, die die Ausgangsüberlegungen untergraben.

Nach der Fertigstellung des Qualitätsmaßstabs steht seiner Einführung nichts mehr im Weg. Diese Einführung kann in unterschiedlicher Art und Weise erfolgen. Dort wo die Beratungsstelle bereits seit längerem etabliert ist, dient ein solcher Qualitätsmaßstab zunächst einmal zur kritischen Reflexion der eigenen Arbeit, indem geschaut wird, inwiefern den formulierten Kriterien entsprochen wird und zu welchen Aspekten es Handlungsbedarf gibt. Diese Reflexion kann sowohl durch die unmittelbar mit der Beratung befassten Mitarbeiter/-innen erfolgen. Sie kann aber auch in einem größeren Kreis unter Einbeziehung der Geschäftsführung oder des Trägers des Beratungsangebots erfolgen. Dies ist immer dann sinnvoll, wenn auch strukturelle Aspekte, wie Öffnungszeiten, Hausbesuche, Personalanzahl zur Diskussion stehen. Aber auch unabhängig von den strukturellen Aspekten erscheint die Einbeziehung der Leitungs-/Trägerebene wünschenswert zu sein.

Wie erwähnt lassen sich manche Aspekte eines Qualitätsmaßstabs nur durch die Nutzer/-innen bewerten. Ihnen muss daher auch die Gelegenheit dazu gegeben werden und eine Nutzerbefragung wäre ein angemessenes Format dafür. Im Anhang dieser Arbeitshilfe sind Fragebögen für eine Nutzerbefragung bei den am Projekt PartiziQ beteiligten Beratungsstellen abgedruckt, die vor dem Hintergrund der entwickelten Qualitätsmaßstäbe formuliert wurden.

Darin sind die einzelnen Qualitätskriterien, die nur aus Nutzersicht beurteilt werden können, enthalten. Für die Verantwortlichen in den Beratungsstellen geben die Befragungsergebnisse somit wichtige Hinweise für die Einschätzung ihrer eigenen Qualität aus Nutzersicht.

Fazit

Die in PartiziQ durchgeführten partizipativen Qualitätsentwicklungsprozesse haben gezeigt, dass es für unterschiedliche Beratungsangebote möglich ist, Qualitätsmaßstäbe zu entwickeln. Diese zeigen einige Gemeinsamkeiten, aber auch erkennbare Unterschiede. Neben dem erfreulichen Gelingen der wesentlichen Anliegen des Projektes PartiziQ sei zum Abschluss des Projekts noch darauf hingewiesen, dass die lokal durchgeführten Prozesse neben dem reinen Ergebnis auch noch einen wichtigen Dialog zu Fragen der Pflegeberatung und pflegerischen Versorgung angestoßen haben. Die Auseinandersetzung um Fragen der Pflege ist vielfach noch Privatsache oder findet in fachlichen Zusammenhängen statt. Nur selten kommen Personen mit unterschiedlichen Hintergründen und Perspektiven zusammen, um sich gemeinsam darüber zu unterhalten, wie Pflege unter unterschiedlichen Gegebenheiten sinnvollerweise gestaltet werden kann, wer dabei mit welchen Herausforderungen konfrontiert ist und wer welche Lösungen für welches Problem anzubieten hat. Zumindest in einem kleinen Rahmen haben die Arbeitsgruppensitzungen im Projekt PartiziQ dazu beigetragen, einen solchen Dialog anzustoßen. Diese Arbeitshilfe ist hoffentlich für andere Anlass, ebenso mit dem Dialog über die pflegerische Versorgung in ihrem lokalen Umfeld zu beginnen.

Literatur

- AWMF. (2012). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“ [PDF] Verfügbar unter:
<http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html> (22.09.2017)
- ÄZQ. (2016). Patientenbeteiligung. [Online] Verfügbar unter:
<http://www.leitlinien.de/patienten/patientenbeteiligung> (22.09.2017)
- Bergold, J., Thomas, S. (2012). Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. Forum: Qualitative Sozialforschung, 13(1), Art. 30.
- Büscher, A., Oetting-Roß, C., Sulmann, D., (2016). ZQP-Perspektivenwerkstatt Qualität in der häuslichen Pflege - Potenziale von Beratung und Schulung.: Bericht zur Erarbeitung des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin
- DNQP: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2015). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück.
- Döhner, H., Gerlach, A., Köpke, S., Lüdecke, D. (2011). Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg, Hamburg.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund quarterly, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Englert, N., Oetting-Roß, C., Büscher, A. (2017). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege: Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Online first.
- Flick, U. (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 8. Auflage August 2017. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55694).
- GKV Spitzenverband (2011). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. Berlin.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1998). Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
- Green, L. W. (2006). Public health asks of systems science: to advance our evidence-based practice, can you help us get more practice-based evidence? American journal of public health, 96(3), 406–409.

- Isfort, M., Laag, U. & Weidner, F. (2011). Entlastungsprogramme bei Demenz - EDe: Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. *Pflegewissenschaft*, 13(03), 133-138.
- Joost, A.; Metzenrath, A. (2012): Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium. Frankfurt a. M.
- Kirchen-Peters, S., Nock, L. (2016). Pflegestützpunkte in Deutschland: Die Sicht der Mitarbeitenden. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- Kraehmer, S., Bethke, B., Goetze, H.-J., Sterz, A., Schmalenberg, A., Schmidt, S. (2013). Wissenschaftliche Evaluation der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Neubrandenburg.
- Kurz, A., Hallauer, J., Jansen, S. & Diehl, J. (2005). Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. *Der Nervenarzt*, 76(3), 261–269.
- Locke, E., Latham, G. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Perntice Hall.
- Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10., neu ausgestattete Aufl., Dr. nach Typoskr. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Munro, E. (2011). *The Munro Review of Child Protection: Final Report. A child-centred system*. Norwich: TSO.
- Oetting-Roß, C., Suhr, R., Sulman, D., Büscher, A. (2016). Konzepte zur Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung. *Monitor Pflege*, 16(02-3), 31–35.
- Rambøll Management Consulting. (2011). *Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg*. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.
- Rothgang, H., Bohns, S., Bauknecht, M., Sauer, S. (2012). *Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen*. Abschlussbericht. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen, Bremen.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., Unger, R. (2016): Schwerpunktthema Pflegebedürftigkeitsbegriff (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 42). [Online] Verfügbar unter: <https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressemitteilungen/pressearchiv-2016/pflegereport-2016-79324>. (22.09.2017)
- Schmidt, S., Luderer, C. (2013). „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern. *Informationsdienst altersfragen*, 40(01), 10–18.
- Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v. (2010a). Partizipation in der Zusammenarbeit zwischen Zielgruppe, Projekt und Geldgeber/in. In M. T. Wright (Hrsg.) *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 75–92). Bern: Huber.

- Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v., Kilian, H. (2010b). Partizipative Qualitätsentwicklung - eine Begriffsbestimmung. In M. T. Wright (Hrsg.) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 13–32). Bern: Huber.
- Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v., Kilian, H. (2010c). Partizipative Qualitätsentwicklung - eine Begriffsbestimmung. In M. T. Wright (Hrsg.) Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 13–32). Bern: Huber.
- Wright, M. T.; Unger, H., Block, M. (2010d): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: M. T. Wright (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 35–52.). Bern: Huber.
- Wright, M. T., Kilian, H., Brandes, S. (2013a). Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Das Gesundheitswesen* 75(6), 380–385.
- Wright, M. T., Block, M., Kilian, H., Lemmen, K. (2013b). Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8(3), 147–154.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Fragebogen zur Evaluation aus Nutzersicht für die Beratungs- und Beschwerdestelle „Pfleger in Not“, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Anlage 2: Fragebogen zur Evaluation aus Nutzersicht für das Informations- und Beschwerdetelefon „Pfleger und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Anlage 3: Fragebogen zur Evaluation aus Nutzersicht für den Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück

Anlage 1:

Fragebogen zur Evaluation aus Nutzersicht für die Beratungs- und
Beschwerdestelle „Pflege in Not“, Diakonisches Werk Berlin
Stadtmitte e.V.

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Beratung bei Pflege in Not Berlin

Liebe Ratsuchende,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Deshalb führen wir im Rahmen unseres Qualitätsmanagements eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer unserer Beratungsstelle durch. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind. Uns interessiert, was bereits gut läuft, aber auch, was verbessert werden kann. Mit Ihrer Hilfe können wir unsere Arbeit in Ihrem Sinne verbessern.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so offen und vollständig wie möglich auszufüllen. Wir werden Ihnen einige Fragen zu unserer Beratung sowie zu Ihrer Zufriedenheit stellen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Antworten werden anonym ausgewertet. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Name
Adresse
Adresse
Tel.
Email

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie ganz einfach im beiliegenden Rückumschlag an ___. Das Porto zahlen wir.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

01. Was war der Anlass für Sie, die Beratung in Anspruch zu nehmen?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich suchte ein ausführliches Gespräch über meine Situation.
- Ich suchte Hilfe bei einem Einstufungsverfahren/einem Widerspruch.
- Ich suchte Hilfe bei einer Beschwerde.
- Ich suchte gezielt nach Adressen oder Empfehlungen.
- Ich suchte Hilfe in Kostenfragen.
- Ich suchte Hilfe bei einer Antragsstellung.
- Ich suchte Hilfe bei einer Entscheidung.
- Ich suchte konkrete Informationen.
- Sonstige, nämlich: _____

02. Wie häufig hatten Sie insgesamt Kontakt mit der Beratungsstelle?

- 1- mal
- Mehr als 3- mal
- 2- bis 3- mal
- Der Kontakt besteht weiterhin regelmäßig.

03. Wann hatten Sie zuletzt Kontakt mit der Beratungsstelle?

Bitte ergänzen Sie in Ziffern in der für Sie zutreffenden Kategorie.

- Vor ___ Woche(n)
- Vor ___ Monat(en)

04. Wie hat die Beratung hauptsächlich stattgefunden?

- Telefonisch
- Persönlich in der Beratungsstelle
- Schriftlich
- Persönlich im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)

05. Für wen haben Sie Beratung gesucht?

- Familie/Freunde/Bekannte
- Für eine Klientin/ einen Klienten oder aus anderem beruflichen Grund
- Für mich selbst

06. Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Familie/Freunde/Bekannte
 - Medien, Werbung (Radio, TV, Internet, Flyer, etc.)
 - Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.)
 - (Selbsthilfe-)Gruppe/Verein/Verband
 - Krankenhaus
 - Ich habe nur durch Zufall von der Beratungsstelle erfahren und hätte gerne früher davon gewusst.
-

07. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwiefern Sie der Aussage zustimmen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Die Wartezeit auf einen persönlichen oder telefonischen Beratungstermin war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Verhalten der Beraterin/des Beraters war mir gegenüber mitfühlend, aber dennoch professionell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war freundlich und zugewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war einfühlsam und zeigte Verständnis für meine Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung zur Beraterin/zum Berater aufbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von mir getroffene Entscheidungen zum Umgang mit meinem Anliegen wurden von der Beraterin/dem Berater akzeptiert und nicht gewertet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat mich dazu motiviert, persönliches Erleben der Pflegesituation und vermeintliche Tabuthemen, z.B. Aggressionen oder Schuldgefühle, in der Beratung anzusprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat mich motiviert und angeleitet, mich in die Perspektive beteiligter Personen hineinzusetzen und die Situation aus einem anderen Blickwinkel zu betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Beratung wurde gemeinsam überlegt, ob ein Gespräch mit beteiligten Personen sinnvoll ist und wie die Beraterin/der Berater mich dabei unterstützen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat mich dazu motiviert, Schwierigkeiten in der Beratungsbeziehung anzusprechen und mich darauf hingewiesen, dass ein Beraterwechsel ohne Nachteile möglich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Wunsch wurde mir ein weiterer Termin zur Beratung angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, frei und ohne Unterbrechungen durch die Beraterin/den Berater von meinem Anliegen zu erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat meine individuelle Situation in der Beratung und bei der Maßnahmenplanung aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle, sprachliche oder soziale Besonderheiten, die meine Person oder mein Anliegen betreffen, wurden in der Beratung berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden Möglichkeiten zum Umgang mit meinem Anliegen aufgezeigt und ich konnte frei entscheiden, was ich davon umsetzen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Situation wurde objektiv und aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und analysiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das weitere Vorgehen zum Umgang mit meinem Anliegen und die Unterstützung durch die Beraterin/den Berater wurden gemeinsam überlegt und festgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die durch die Beraterin/den Berater erhaltene Unterstützung empfinde ich als bedarfsgerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

08. Alles in allem: Sind Ihre Erwartungen an die Beratung erfüllt worden?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll erfüllt | Weitestgehend erfüllt | Eher nicht erfüllt | Nicht erfüllt |

09. Alles in allem: Hält die Beratungsstelle, was Sie verspricht?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll erfüllt | Weitestgehend erfüllt | Eher nicht erfüllt | Nicht erfüllt |

10. Alles in allem: Wie hilfreich war die Beratung für Sie?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr hilfreich | Eher hilfreich | Weniger hilfreich | Gar nicht hilfreich |

11. Würden Sie die Beratung bei Bedarf erneut aufsuchen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmt | Wahrscheinlich | Wahrscheinlich nicht | Bestimmt nicht |

12. Würden Sie die Beratungsstelle weiterempfehlen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmt | Wahrscheinlich | Wahrscheinlich nicht | Bestimmt nicht |

**13. Wenn Sie zusammenfassend noch einmal alle Aspekte betrachten:
Wie bewerten Sie auf einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) insgesamt das
Beratungsangebot?**

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

14. Ihre Anregungen zur Beratungsstelle:

Was an der Beratung war für Sie besonders hilfreich? Was könnte Ihrer Meinung nach an der Beratung verbessert werden?

Bitte nennen Sie in eigenen Worten einige Stichpunkte. Benutzen Sie gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn Sie mehr Platz benötigen. Wir freuen uns über jeden Hinweis!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anlage 2:

Fragebogen zur Evaluation aus Nutzersicht für das Informations- und Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Informations- und Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Liebe Ratsuchende,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Deshalb führen wir im Rahmen unseres Qualitätsmanagements eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer unseres Beratungsangebotes durch. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind. Uns interessiert, was bereits gut läuft, aber auch, was verbessert werden kann. Mit Ihrer Hilfe können wir unsere Arbeit in Ihrem Sinne verbessern.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so offen und vollständig wie möglich auszufüllen. Wir werden Ihnen einige Fragen zu unserer Beratung sowie zu Ihrer Zufriedenheit stellen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Antworten werden anonym ausgewertet. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Name

Adresse

Adresse

Tel.

Email

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie ganz einfach im beiliegenden Rückumschlag an ___. Das Porto zahlen wir.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

01. Was war der Anlass für Sie, die Beratung in Anspruch zu nehmen?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich suchte Hilfe bei einem Widerspruch.
- Ich suchte Hilfe bei einer Beschwerde.
- Ich suchte konkrete Informationen.
- Ich suchte gezielt nach Adressen oder Empfehlungen.
- Ich suchte Hilfe in Kostenfragen.
- Ich suchte Hilfe bei einer Antragsstellung.
- Ich suchte Hilfe bei einer Entscheidung.
- Ich suchte ein ausführliches Gespräch über meine Situation.
- Sonstige, nämlich: _____

02. Wie häufig hatten Sie insgesamt Kontakt mit der Beratungsstelle?

- 1- mal
- Mehr als 3- mal
- 2- bis 3- mal
- Der Kontakt besteht weiterhin regelmäßig.

03. Wann hatten Sie zuletzt Kontakt mit der Beratungsstelle?

Bitte ergänzen Sie in Ziffern in der für Sie zutreffenden Kategorie.

- Vor ___ Woche(n)
- Vor ___ Monat(en)

04. Wie hat die Beratung hauptsächlich stattgefunden?

- Telefonisch
- Schriftlich

05. Für wen haben Sie Beratung gesucht?

- Familie/Freunde/Bekannte
- Für eine Klientin/ einen Klienten oder aus anderem beruflichen Grund
- Für mich selbst

06. Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Familie/Freunde/Bekannte
 - Medien, Werbung (Radio, TV, Internet, Flyer, etc.)
 - Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.)
 - (Selbsthilfe-)Gruppe/Verein/Verband
 - Beratungsstelle mit anderem Schwerpunkt
 - Ich habe nur durch Zufall vom Beratungsangebot erfahren und hätte gerne früher davon gewusst.
-

07. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwiefern Sie der Aussage zustimmen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Die telefonischen Sprechzeiten der Beratungsstelle waren für mich passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat meine individuelle Situation in der Beratung und bei vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war freundlich und zugewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war einfühlsam und hatte Verständnis für meine Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte eine vertrauensvolle Beziehung zur Beraterin/zum Berater aufbauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich zu den von mir nachgefragten Themen umfassend informiert und mit meinem Anliegen wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat sich für mich und meine Rechte gegenüber Dritten eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erklärungen der Beraterin/des Beraters waren für mich gut verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Gelegenheit, alle meine Fragen zu stellen und die Beraterin/der Berater hat mir alle Informationen präzise vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Beratung gestärkt, meine Rechte gegenüber Leistungsanbietern und –trägern (z.B. ambulante Pflegedienste, Pflegekassen) in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über den Verlauf meines formalen Verfahrens, bei dem mich die Beraterin/der Berater unterstützt hat, wurde ich fortwährend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Beratung stand genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

08. Alles in allem: Sind Ihre Erwartungen an die Beratung erfüllt worden?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll erfüllt | Weitestgehend erfüllt | Eher nicht erfüllt | Nicht erfüllt |

09. Alles in allem: Hält die Beratungsstelle, was Sie verspricht?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll erfüllt | Weitestgehend erfüllt | Eher nicht erfüllt | Nicht erfüllt |

10. Alles in allem: Wie hilfreich war die Beratung für Sie?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr hilfreich | Eher hilfreich | Weniger hilfreich | Gar nicht hilfreich |

11. Würden Sie die Beratung bei Bedarf erneut aufsuchen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmt | Wahrscheinlich | Wahrscheinlich nicht | Bestimmt nicht |

12. Würden Sie die Beratungsstelle weiterempfehlen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmt | Wahrscheinlich | Wahrscheinlich nicht | Bestimmt nicht |

**13. Wenn Sie zusammenfassend noch einmal alle Aspekte betrachten:
Wie bewerten Sie auf einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) insgesamt das
Beratungsangebot?**

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

14. Ihre Anregungen zur Beratungsstelle:

Was an der Beratung war für Sie besonders hilfreich? Was könnte Ihrer Meinung nach an der Beratung verbessert werden?

Bitte nennen Sie in eigenen Worten einige Stichpunkte. Benutzen Sie gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn Sie mehr Platz benötigen. Wir freuen uns über jeden Hinweis!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anlage 3:

Fragebogen zur Evaluation aus Nutzersicht für den Senioren- und
Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Senioren- und Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück

Liebe Ratsuchende,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Deshalb führen wir im Rahmen unseres Qualitätsmanagements eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer unserer Beratungsstelle durch. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind. Uns interessiert, was bereits gut läuft, aber auch, was verbessert werden kann. Mit Ihrer Hilfe können wir unsere Arbeit in Ihrem Sinne verbessern.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so offen und vollständig wie möglich auszufüllen. Wir werden Ihnen einige Fragen zu unserer Beratung sowie zu Ihrer Zufriedenheit stellen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Antworten werden anonym ausgewertet. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Name

Adresse

Adresse

Tel.

Email

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie ganz einfach im beiliegenden Rückumschlag an ___. Das Porto zahlen wir.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

01. Was war der Anlass für Sie, die Beratung in Anspruch zu nehmen?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich suchte ein ausführliches Gespräch über meine Situation.
- Ich suchte Hilfe bei einem Einstufungsverfahren/einem Widerspruch.
- Ich suchte Hilfe bei einer Beschwerde.
- Ich suchte gezielt nach Adressen oder Empfehlungen.
- Ich suchte Hilfe in Kostenfragen.
- Ich suchte Hilfe bei einer Antragsstellung.
- Ich suchte Hilfe bei einer Entscheidung.
- Ich suchte konkrete Informationen.
- Sonstige, nämlich: _____

02. Wie häufig hatten Sie insgesamt Kontakt mit der Beratungsstelle?

- 1- mal
- Mehr als 3- mal
- 2- bis 3- mal
- Der Kontakt besteht weiterhin regelmäßig.

03. Wann hatten Sie zuletzt Kontakt mit der Beratungsstelle?

Bitte ergänzen Sie in Ziffern in der für Sie zutreffenden Kategorie.

- Vor ___ Woche(n)
- Vor ___ Monat(en)

04. Wie hat die Beratung hauptsächlich stattgefunden?

- Telefonisch
- Persönlich in der Beratungsstelle
- Schriftlich
- Persönlich im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)

05. Für wen haben Sie Beratung gesucht?

- Familie/Freunde/Bekannte
- Für eine Klientin/ einen Klienten oder aus anderem beruflichen Grund
- Für mich selbst

06. Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Familie/Freunde/Bekannte
 - Medien, Werbung (Radio, TV, Internet, Flyer, etc.)
 - Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.)
 - (Selbsthilfe-)Gruppe/Verein/Verband
 - Krankenhaus
 - Ich habe nur durch Zufall von der Beratungsstelle erfahren und hätte gerne früher davon gewusst.
-

07. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwiefern Sie der Aussage zustimmen.

	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Die Sprechzeiten der Beratungsstelle waren für mich passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wartezeit auf einen persönlichen oder telefonischen Beratungstermin war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Vorfeld des Beratungstermins wurde ich darüber informiert, welche Unterlagen ich bereithalten sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Anfahrtsweg zur Beratungsstelle war hinsichtlich Zeit und Aufwand akzeptabel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war freundlich und zugewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war einfühlsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater war ehrlich, offen und neutral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich mit meinem Anliegen wertgeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat mir wertfrei und nicht anweisend verschiedene Möglichkeiten aufgezeigt; ich fühlte mich nicht in eine Richtung gedrängt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Beratung gestärkt, meine Rechte gegenüber Leistungsanbietern und –trägern (z.B. ambulante Pflegedienste, Pflegekassen) in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat sich für mich und meine Rechte gegenüber Dritten eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für die Beratung stand genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Beraterin/der Berater hat meine individuelle Situation in der Beratung und bei der Maßnahmenplanung aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat Informationen präzise vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Erklärungen der Beraterin/des Beraters waren für mich gut verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Gelegenheit, alle von mir benötigten Informationen zu erfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Beratung motiviert, eigene Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von mir getroffene Entscheidungen zur Gestaltung der Pflegesituation wurden von der Beraterin/dem Berater akzeptiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beraterin/der Berater hat mir Wege aufgezeigt, wie ich künftig ähnliche Herausforderungen selbstständig bewältigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die durch die Beraterin/den Berater erhaltene Unterstützung empfinde ich als bedarfsgerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

08. Alles in allem: Sind Ihre Erwartungen an die Beratung erfüllt worden?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll erfüllt | Weitestgehend erfüllt | Eher nicht erfüllt | Nicht erfüllt |

09. Alles in allem: Hält die Beratungsstelle, was Sie verspricht?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voll erfüllt | Weitestgehend erfüllt | Eher nicht erfüllt | Nicht erfüllt |

10. Alles in allem: Wie hilfreich war die Beratung für Sie?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr hilfreich | Eher hilfreich | Weniger hilfreich | Gar nicht hilfreich |

11. Würden Sie die Beratung bei Bedarf erneut aufsuchen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmt | Wahrscheinlich | Wahrscheinlich nicht | Bestimmt nicht |

12. Würden Sie die Beratungsstelle weiterempfehlen?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestimmt | Wahrscheinlich | Wahrscheinlich nicht | Bestimmt nicht |

**13. Wenn Sie zusammenfassend noch einmal alle Aspekte betrachten:
Wie bewerten Sie auf einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) insgesamt das
Beratungsangebot?**

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

14. Ihre Anregungen zur Beratungsstelle:

Was an der Beratung war für Sie besonders hilfreich? Was könnte Ihrer Meinung nach an der Beratung verbessert werden?

Bitte nennen Sie in eigenen Worten einige Stichpunkte. Benutzen Sie gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn Sie mehr Platz benötigen. Wir freuen uns über jeden Hinweis!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anlage 2:

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

-Fragebogen-



Befragung der Nutzerinnen und Nutzer der Beratungs- und Beschwerdestelle „Pflege in Not“, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

In Zusammenarbeit mit der Hochschule Osnabrück führen wir deshalb eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer unserer Beratungsstelle durch. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind. Uns interessiert, was bereits gut läuft, aber auch, was verbessert werden kann. Mit Ihrer Hilfe können wir unsere Arbeit in Ihrem Sinne verbessern.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so offen und vollständig wie möglich auszufüllen. Wir werden Ihnen einige Fragen zu unserer Beratung sowie zu Ihrer Zufriedenheit stellen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Antworten gehen direkt an die Hochschule Osnabrück und werden dort anonym ausgewertet. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Nathalie Englert
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30 A, 49076 Osnabrück
Tel.: 0541 969-3796
Email: n.englert@hs-osnabrueck.de

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie ganz einfach im beiliegenden Rückumschlag an die Hochschule Osnabrück. Das Porto zahlen wir.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

01. Was war der Anlass für Sie, die Beratung in Anspruch zu nehmen?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich suchte Hilfe, weil ich mich überfordert fühlte.
- Ich suchte Hilfe bei einem Konflikt/wegen einer Konfliktsituation.
- Ich suchte Hilfe, weil ich wegen einer Pflegesituation zunehmend aggressive Gedanken oder Gefühle hatte.
- Ich suchte Hilfe bei einer Beschwerde.
- Ich suchte Hilfe bei einer Entscheidung.
- Ich suchte ein ausführliches Gespräch über meine Situation.
- Ich suchte konkrete Informationen.
- Ich suchte gezielt nach Adressen oder Empfehlungen.

02. Wie häufig hatten Sie Kontakt mit der Beratungsstelle?

- 1-mal
- Mehr als 3- mal
- 2-bis 3- mal
- Der Kontakt besteht weiterhin regelmäßig.

03. Wann hatten Sie den letzten Kontakt mit der Beratungsstelle?

Bitte ergänzen Sie in Ziffern in der für Sie zutreffenden Kategorie.

- Vor __ __ Woche(n)
- Vor __ __ Monat(en)

04. Wie hat die Beratung hauptsächlich stattgefunden?

- Telefonisch
- Schriftlich
- Persönlich (in der Beratungsstelle)

05. Was ist bei einer Beratung zum Thema Pflege für Sie wichtig?

Bitte nennen Sie in eigenen Worten einige Stichpunkte. Benutzen Sie gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn Sie mehr Platz benötigen. Wir freuen uns über jeden Hinweis!

06. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle?

Bitte kreuzen Sie in der mittleren Spalte jeweils an, inwiefern Sie der Aussage zustimmen. In der rechten Spalte kreuzen Sie bitte zusätzlich die aus Ihrer Sicht fünf wichtigsten Aspekte an.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Dieser Aspekt ist mir besonders wichtig
Die Sprechzeiten der Beratungsstelle waren für mich passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Wartezeit auf einen erbetenen Rückruf oder einen Beratungstermin war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Für die Beratung stand genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beratung fand ungestört statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mit meinem Anliegen und meinen persönlichen Daten wurde vertraulich umgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Art des Kontakts (persönlich, telefonisch, schriftlich) entsprach meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mein Anliegen/mein Problem wurde schnell und richtig erkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater hat die individuellen Bedingungen meines Anliegens aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Meine Meinung wurde berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich in der Beratung emotional gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war freundlich und zugewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war respektvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden

13. Für wen haben Sie Beratung gesucht?

- Für mich persönlich oder für eine/n Angehörige/n (Familienmitglied, Ehe-oder Lebenspartner/in, Freunde, Bekannte).

→ Bitte beantworten Sie noch Frage 14 und 15

- Für eine Klientin/einen Klienten oder aus anderem beruflichen Grund.

→ Bitte beantworten Sie noch Frage 16 und 17

14. Bitte konkretisieren Sie, für wen Sie Beratung gesucht haben:

- Ich bin Angehörige/r eines Pflegebedürftigen und suchte Beratung, um die Pflegesituation für mich zu verbessern.
- Ich bin Angehörige/r eines Pflegebedürftigen und suchte für diesen die Beratung.
- Ich bin selbst pflegebedürftig und habe die Beratung für mich persönlich gesucht.
-

15. Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Familie/Freunde/Bekante
- Medien, Werbung (Radio, TV, Internet, Flyer, etc.)
- Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.)
- Beratungsstelle mit anderem Schwerpunkt
- Sonstige, nämlich:
- Ich habe nur durch Zufall von der Beratungsstelle erfahren und hätte gerne früher in der Pflegesituation davon gewusst.
-

16. Haben Sie für Ihre allgemeine berufliche Tätigkeit nach Beratung gesucht oder für eine konkrete Klientensituation?

- Allgemeine berufliche Tätigkeit
- Konkrete Situation einer Klientin/eines Klienten oder mit einer Klientin/einem Klienten
-

17. In welcher Einrichtung arbeiten Sie?

- Pflegestützpunkt
- (Teil-)Stationäre Pflegeeinrichtung
- Ambulante Pflegeeinrichtung
- Beratungsstelle mit anderem Schwerpunkt
- Krankenkasse
- Behörde/Prüfstelle
- Sonstige, nämlich:
-

Anlage 3:

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Informations- und Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

-Fragebogen-

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Informations- und Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

In Zusammenarbeit mit der Hochschule Osnabrück führen wir deshalb eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer unserer Beratungsstelle durch. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind. Uns interessiert, was bereits gut läuft, aber auch, was verbessert werden kann. Mit Ihrer Hilfe können wir unsere Arbeit in Ihrem Sinne verbessern.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so offen und vollständig wie möglich auszufüllen. Wir werden Ihnen einige Fragen zu unserer Beratung sowie zu Ihrer Zufriedenheit stellen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Antworten gehen direkt an die Hochschule Osnabrück und werden dort anonym ausgewertet. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Nathalie Englert
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30 A, 49076 Osnabrück
Tel.: 0541 969-3796
Email: n.englert@hs-osnabrueck.de

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie ganz einfach im beiliegenden Rückumschlag an die Hochschule Osnabrück. Das Porto zahlen wir.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

01. Was war der Anlass für Sie, die Beratung in Anspruch zu nehmen?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich suchte rechtliche Beratung zu einem konkreten Fall.
- Ich suchte Hilfe bei einem Widerspruch.
- Ich suchte Hilfe bei einer Beschwerde.
- Ich suchte konkrete Informationen.
- Ich suchte gezielt nach Adressen oder Empfehlungen.
- Ich suchte Hilfe in Kostenfragen.
- Ich suchte Hilfe bei einer Antragsstellung.
- Ich suchte Hilfe bei einer Entscheidung.
- Ich suchte ein ausführliches Gespräch über meine Situation.

02. Wie häufig hatten Sie Kontakt mit der Beratungsstelle?

- 1-mal
- Mehr als 3- mal
- 2-bis 3- mal
- Der Kontakt besteht weiterhin regelmäßig.

03. Wann hatten Sie zuletzt Kontakt mit der Beratungsstelle?

Bitte ergänzen Sie in Ziffern in der für Sie zutreffenden Kategorie.

- Vor __ __ Woche(n)
- Vor __ __ Monat(en)

04. Wie hat die Beratung hauptsächlich stattgefunden?

- Telefonisch
- Schriftlich

05. Was ist bei einer Beratung zum Thema Pflege für Sie wichtig?

Bitte nennen Sie in eigenen Worten einige Stichpunkte. Benutzen Sie gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn Sie mehr Platz benötigen. Wir freuen uns über jeden Hinweis!

06. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle?

Bitte kreuzen Sie in der mittleren Spalte jeweils an, inwiefern Sie der Aussage zustimmen. In der rechten Spalte kreuzen Sie bitte zusätzlich die aus Ihrer Sicht fünf wichtigsten Aspekte an.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Dieser Aspekt ist mir besonders wichtig
Die telefonischen Sprechzeiten der Beratungsstelle waren für mich passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Wartezeit auf einen telefonischen Beratungstermin war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Für die Beratung stand genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beratung fand ungestört statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mein Anliegen wurde in einem angemessenen Zeitrahmen weiter bearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mit meinem Anliegen und meinen persönlichen Daten wurde vertraulich umgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater hat die individuellen Bedingungen meines Anliegens aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Gelegenheit, alle von mir benötigten Informationen zu erfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Meine Meinung wurde berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beratung war umfassend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war freundlich und respektvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Erklärungen der Beraterin/des Beraters waren für mich gut verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden

13. Für wen haben Sie Beratung gesucht?

- Für mich persönlich oder für eine/n Angehörige/n (Familienmitglied, Ehe-oder Lebenspartner/in, Freunde, Bekannte).

→ Bitte beantworten Sie noch Frage 14 und 15

- Für eine Klientin/einen Klienten oder aus anderem beruflichen Grund.

→ Bitte beantworten Sie noch Frage 16 und 17

14. Bitte konkretisieren Sie, für wen Sie Beratung gesucht haben:

- Ich bin Angehörige/r eines Pflegebedürftigen und suchte Beratung, um die Pflegesituation für mich zu verbessern.
- Ich bin Angehörige/r eines Pflegebedürftigen und suchte für diesen die Beratung.
- Ich bin selbst pflegebedürftig und habe die Beratung für mich persönlich gesucht.
-

15. Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Familie/Freunde/Bekannte
- Medien, Werbung (Radio, TV, Internet, Flyer, etc.)
- Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.)
- Beratungsstelle mit anderem Schwerpunkt
- Sonstige, nämlich:
- Ich habe nur durch Zufall von der Beratungsstelle erfahren und hätte gerne früher in der Pflegesituation davon gewusst.
-

16. Haben Sie für Ihre allgemeine berufliche Tätigkeit nach Beratung gesucht oder für eine konkrete Klientensituation?

- Allgemeine berufliche Tätigkeit
- Konkrete Situation einer Klientin/eines Klienten oder mit einer Klientin/einem Klienten
-

17. In welcher Einrichtung arbeiten Sie?

- Pflegestützpunkt
- (Teil-)Stationäre Pflegeeinrichtung
- Ambulante Pflegeeinrichtung
- Beratungsstelle mit anderem Schwerpunkt
- Krankenkasse/MDK
- Behörde/Prüfstelle
- Sonstige, nämlich:
-

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anlage 4:

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Senioren- und
Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück

-Fragebogen-

Befragung der Nutzerinnen und Nutzer des Senioren- und Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Ihre Meinung ist uns wichtig!

In Zusammenarbeit mit der Hochschule Osnabrück führen wir deshalb eine Befragung der Nutzerinnen und Nutzer unserer Beratungsstelle durch. Wir möchten gerne wissen, wie zufrieden Sie mit der Beratung sind. Uns interessiert, was bereits gut läuft, aber auch, was verbessert werden kann. Mit Ihrer Hilfe können wir unsere Arbeit in Ihrem Sinne verbessern.

Daher möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen so offen und vollständig wie möglich auszufüllen. Wir werden Ihnen einige Fragen zu unserer Beratung sowie zu Ihrer Zufriedenheit stellen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig. Die Antworten gehen direkt an die Hochschule Osnabrück und werden dort anonym ausgewertet. Es ist absolut sichergestellt, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an:

Nathalie Englert
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistraße 30 A, 49076 Osnabrück
Tel.: 0541 969-3796
Email: n.englert@hs-osnabrueck.de

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie ganz einfach im beiliegenden Rückumschlag an die Hochschule Osnabrück. Das Porto zahlen wir.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mithilfe!

01. Was war der Anlass für Sie, die Beratung in Anspruch zu nehmen?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich suchte ein ausführliches Gespräch über meine Situation.
- Ich suchte Hilfe bei einem Einstufungsverfahren/einem Widerspruch.
- Ich suchte Hilfe bei einer Beschwerde.
- Ich suchte gezielt nach Adressen oder Empfehlungen.
- Ich suchte Hilfe in Kostenfragen.
- Ich suchte Hilfe bei einer Antragsstellung.
- Ich suchte Hilfe bei einer Entscheidung.
- Ich suchte konkrete Informationen.

02. Wie häufig hatten Sie Kontakt mit der Beratungsstelle?

- 1-mal
- Mehr als 3- mal
- 2-bis 3- mal
- Der Kontakt besteht weiterhin regelmäßig.

03. Wann hatten Sie zuletzt Kontakt mit der Beratungsstelle?

Bitte ergänzen Sie in Ziffern in der für Sie zutreffenden Kategorie.

- Vor ___ Woche(n)
- Vor ___ Monat(en)

04. Wie hat die Beratung hauptsächlich stattgefunden?

- Telefonisch
- Persönlich in der Beratungsstelle
- Schriftlich
- Persönlich im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)

05. Was ist bei einer Beratung zum Thema Pflege für Sie wichtig?

Bitte nennen Sie in eigenen Worten einige Stichpunkte. Benutzen Sie gerne die Rückseite des Fragebogens, wenn Sie mehr Platz benötigen. Wir freuen uns über jeden Hinweis!

06. Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen in Hinblick auf die Beratungsstelle?

Bitte kreuzen Sie in der mittleren Spalte jeweils an, inwiefern Sie der Aussage zustimmen. In der rechten Spalte kreuzen Sie bitte zusätzlich die aus Ihrer Sicht fünf wichtigsten Aspekte an.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Dieser Aspekt ist mir besonders wichtig
Die Sprechzeiten der Beratungsstelle waren für mich passend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Wartezeit auf einen persönlichen oder telefonischen Beratungstermin war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Für die Beratung stand genügend Zeit zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beratung fand ungestört statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Art des Beratungskontakts (persönlich in der Beratungsstelle, zu Hause, telefonisch, schriftlich) entsprach meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Mit meinem Anliegen und meinen persönlichen Daten wurde vertraulich umgegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater hat die individuellen Bedingungen meines Anliegens aufgegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Gelegenheit, alle von mir benötigten Informationen zu erfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Meine Meinung wurde berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beratung war umfassend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Beraterin/der Berater war freundlich und respektvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Die Erklärungen der Beraterin/des Beraters waren für mich gut verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden

Abschließend benötigen wir noch einige Angaben zu Ihrer Person:

13. Für wen haben Sie Beratung gesucht?

- Für mich persönlich oder für eine/n Angehörige/n (Familienmitglied, Ehe-oder Lebenspartner/in, Freunde, Bekannte).

→ Bitte beantworten Sie noch Frage 14 und 15

- Für eine Klientin/ einen Klienten oder aus anderem beruflichen Grund.

→ Bitte beantworten Sie noch Frage 16 und 17

14. Bitte konkretisieren Sie, für wen Sie die Beratung gesucht haben:

- Ich bin Angehörige/r eines Pflegebedürftigen und suchte Beratung, um die Pflegesituation für mich zu verbessern.
- Ich bin Angehörige/r eines Pflegebedürftigen und suchte für diesen die Beratung.
- Ich bin selbst pflegebedürftig und habe die Beratung für mich persönlich gesucht.
-

15. Wie sind Sie auf die Beratungsstelle aufmerksam geworden?

Sie können hier mehrere Antworten ankreuzen.

- Familie/Freunde/Bekannte
- Medien, Werbung (Radio, TV, Internet, Flyer, etc.)
- Pflegeeinrichtung (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.)
- (Selbsthilfe-)Gruppe/Verein/Verband
- Krankenhaus
- Sonstige, nämlich:
- Ich habe nur durch Zufall von der Beratungsstelle erfahren und hätte gerne früher in der Pflegesituation davon gewusst.
-

16. Haben Sie für Ihre allgemeine berufliche Tätigkeit nach Beratung gesucht oder für eine konkrete Klientensituation?

- Allgemeine berufliche Tätigkeit
- Konkrete Situation eines Klienten
-

17. In welcher Einrichtung arbeiten Sie?

- Ambulante Pflegeeinrichtung
- (Teil-)Stationäre Pflegeeinrichtung
- (Selbsthilfe-)Gruppe/Verein/Verband
- Krankenhaus
- Sonstige, nämlich:
-

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anlage 5:

Qualitätsrichtlinie zur Beratung bei Pflege in Not



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

QUALITÄTSRICHTLINIE ZUR BERATUNG BEI PFLEGE IN NOT

Erarbeitet mit Nutzerinnen und Nutzern der Beratung bei Pflege in Not
im Rahmen des Projekts „Partizipative Qualitätsentwicklung in der
Pflegeberatung (PartiziQ)“

Qualitätsrichtlinie zur Beratung bei Pflege in Not

Projektleitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

Projektpartner:

Pflege in Not - Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Projektförderung:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

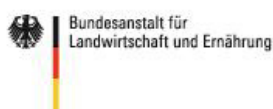
Projekträgerschaft:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Inhalt

Einführung	1
Qualitätsrichtlinie zur Beratung bei Pflege in Not Berlin	3
Erläuterungen und Evaluationskriterien zur Qualitätsrichtlinie	4
Qualitätsbereich 1: Rahmenbedingungen und Infrastruktur	5
Qualitätsbereich 2: Theoretische und konzeptionelle Fundierung.....	10
Qualitätsbereich 3: Kompetenz und Qualifizierung	11
Qualitätsbereich 4: Beratungsinhalte	13
Qualitätsbereich 5: Beratungsprozess	15
Der Beratungsprozess bei Pflege in Not Berlin in der Übersicht	20

Einführung

Pflegebedürftig zu werden bedeutet für die Betroffenen und ihre Familie eine Veränderung ihrer bisherigen Lebensumstände. Sie sind konfrontiert mit einer unsicheren und unbekannteren Situation, in der sich viele Herausforderungen ergeben. Beratung kann dazu beitragen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Anpassung an die veränderten Lebensumstände zu unterstützen und Hilfs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Eine besondere Bedeutung kommt der Beratung in hochbelasteten oder konflikthafter Pflegesituationen zu. Dies gilt sowohl für pflegende Angehörige und betroffene Pflegebedürftige, als auch für professionell Pflegende, die in ihrem beruflichen Alltag an Grenzen stoßen. Untersuchungen zeigen, dass Beratungsangebote von Nutzer/-innen vielfach als hilfreich erlebt werden. Allerdings bestehen bei der Umsetzung der Beratung große Unterschiede. Auch fehlt es an Qualitätsmaßstäben, an denen sich die Beratung orientieren kann und die eine Evaluation der Beratung ermöglichen.

An diesem Punkt setzt das Projekt „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ)“ an, in dessen Rahmen diese Qualitätsrichtlinie für die Beratung bei Pflege in Not erarbeitet wurde. Kernelement bei der Entwicklung war die intensive Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen des Beratungsangebotes: Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung wurden in insgesamt drei Workshops Erwartungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge an die Beratung herausgearbeitet und als Qualitätsanforderungen formuliert. An den Workshops teilgenommen haben pflegende Angehörige, Pflege- und Leitungspersonal sowie Berater/-innen anderer Angebote und der zuständigen Aufsichtsbehörde im Kontext von Pflege.

Der Prozess wurde durch Wissenschaftler/-innen der Hochschule Osnabrück koordiniert und methodisch geleitet. Begleitend wurden die Berater/-innen von Pflege in Not zur Abstimmung des Prozesses und über eine Kommentierung der Ergebnisse einbezogen. Die Qualitätsrichtlinie spiegelt jedoch ausschließlich die Perspektive der Teilnehmer/-innen der Workshops wider. Damit ist es gelungen, ein Anforderungsprofil für die Beratung zu erarbeiten, welches auf den Vorstellungen derjenigen basiert, die diese nutzen.

Die so erarbeitete Qualitätsrichtlinie orientiert sich im Aufbau am Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege¹. Dieser stellt eine konzeptionelle Grundlage für Inhalte und Qualitätsanforderungen von Beratungsangeboten in der Pflege anhand von fünf Qualitätsbereichen dar: **Rahmenbedingungen und Infrastruktur, theoretische und konzeptionelle Fundierung, Kompetenz und Qualifizierung, Beratungsinhalte** und **Beratungsprozess**. Diese fünf Qualitätsbereiche wurden für die vorliegende Qualitätsrichtlinie aufgegriffen und dazu jeweils ein Leitsatz und Qualitätsziele formuliert.

Auf den folgenden Seiten findet sich zunächst die Qualitätsrichtlinie im Überblick. Anschließend werden die einzelnen Qualitätsziele ausführlich erläutert und Kriterien zur Evaluation der Beratung formuliert. Um den Beratungsprozess für Ratsuchende transparent zu gestalten und eine Orientierung beim Einstieg in die Beratung zu bieten, wurde eine für Ratsuchende leicht einsehbare und verständlich gestaltete Übersicht über die Schritte in der Beratung erstellt, die das vorliegende Dokument abschließt.

¹ Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2016) Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf

Als Anwender/-innen der Qualitätsrichtlinie werden die Mitarbeiter/-innen von Pflege in Not verstanden. Gleichzeitig stehen Träger und Führungsebene des Beratungsangebotes in der Verantwortung, die Rahmenbedingungen zur Durchführung der Beratung im Sinne der Qualitätsrichtlinie zu gewährleisten. Neben Leistungsträgern sind auch politisch Verantwortliche auf kommunaler sowie Landesebene angesprochen.

Qualitätsrichtlinie zur Beratung bei Pflege in Not Berlin

Zielsetzung:

Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die die Pflegesituation stabilisiert und/oder verbessert.

Leitsatz 1: Das Beratungsangebot ist für Ratsuchende niedrigschwellig zugänglich.

Qualitätsziele:

- V Die angesprochene Zielgruppe weiß in einer Bedarfssituation um das Beratungsangebot und seine spezifischen Beratungsinhalte.
- V Die Beratung ist für Ratsuchende kostenfrei.
- V Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- V Die Beratung ist für Ratsuchende leicht erreichbar.
- V Die Beratung ist zeitnah verfügbar.
- V Der Beratungsrahmen ist vertraulich.
- V Pflege in Not ist Bestandteil der Berliner Beratungslandschaft und kooperativer Partner weiterer Beratungsangebote.

Leitsatz 2: Das Beratungsangebot ist theoretisch-konzeptionell fundiert.

Das Konzept enthält mindestens Aussagen zu folgenden Aspekten:

- V Welche ethische Haltung der Beratung zu Grunde liegt und wie diese umgesetzt wird
- V Wie die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsangeboten und weiteren professionellen Akteuren gestaltet wird
- V Wie die fachliche und personale Kompetenz der Berater/-innen sichergestellt wird
- V Wie die Multiprofessionalität des Beratungsteams gestaltet wird
- V Wie der Beratungsprozess methodisch gestaltet wird

Leitsatz 3: Das multiprofessionelle Beratungsteam ist handlungskompetent.

Qualitätsziele:

- V Fachliche Kompetenz der Berater/-innen
 - Qualifikation auf Niveau 5-6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen
 - Wissen über die Anforderungen einer familiären Pflegesituation und damit verbundene psychosoziale Belastungen
- V Personale Kompetenz der Berater/-innen
 - Zugewandte Beratungshaltung
 - Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Situation der ratsuchenden Person
 - Fähigkeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
 - Akzeptanz selbstbestimmter Entscheidungen
 - Angemessenes Verhältnis aus Nähe und Distanz

Leitsatz 4: Das Themenfeld Gewalt und Konflikt in der Pflege ist die Kernkompetenz des Beratungsangebots.

Qualitätsziele:

- V Emotionen im Zusammenhang mit der Pflegesituation werden mitgeteilt und bearbeitet.
- V Konflikte mit Dritten im Zusammenhang mit der Pflegesituation werden aufgearbeitet und eine Konfliktlösung angestrebt.
- V Professionelle Akteure werden bei der Prävention und Aufarbeitung von Gewalt im Kontext formeller Pflege unterstützt.

Leitsatz 5: Die Beratung orientiert sich an der Perspektive und den Bedürfnissen der ratsuchenden Person.

Qualitätsziele:

- V Jede ratsuchende Person hat eine fest zugeordnete Beraterin/einen fest zugeordneten Berater.
- V Der Zeitrahmen für Beratungsgespräche ist bedürfnisorientiert.
- V Der Gesprächsbedarf der ratsuchenden Person wird anerkannt und gestärkt.
- V Die Individualität des Beratungsanliegens wird berücksichtigt.
- V Die Beratung erfolgt objektiv und neutral.
- V Die Beratung erfolgt kooperativ.
- V Die Beratung ist strukturiert und folgt gemeinsamen Absprachen.

Erläuterungen und Evaluationskriterien zur Qualitätsrichtlinie

Die folgenden Ausführungen erläutern nun die einzelnen Qualitätsbereiche anhand der Ergebnisse aus den drei Workshops mit den Nutzer/-innen der Beratung.

Für jeden Qualitätsbereich ist zunächst ein Leitsatz definiert, der richtungsweisend für den jeweiligen Bereich sein soll. Darunter folgen jeweils Qualitätsziele, die es in diesem Bereich zu erreichen gilt. Einzelne Qualitätsziele sind mit dem Zusatz „besonders wertvoll“ versehen: diese Aspekte wurden von den Teilnehmer/-innen der Workshops als besonders wichtig erachtet. Zum vertiefenden Verständnis sind den zu erreichenden Qualitätszielen Erläuterungen angefügt, die konsequent aus der Perspektive der Nutzer/-innen formuliert sind, die an den Workshops teilgenommen haben.

Eine Ausnahme bei der Darstellung der Qualitätsziele bildet Qualitätsbereich 2. Inhalt dieses Bereichs ist das theoretisch-konzeptionelle Fundament der Beratung. Hier sollten die Inhalte aus den Workshops mit den Nutzer/-innen richtungsweisend sein, eine Ausarbeitung kann aber nur durch die Verantwortlichen und Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle geleistet werden, da nur diese auf der Basis ihrer Expertise und ihres lokalen Wissens die formulierten Anforderungen in eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung übertragen können. Zudem werden in einem Konzept das Beratungsverständnis und die mit dem Beratungsprozess verbundenen Ziele festgelegt. Auch die Auseinandersetzung mit diesen Fragen kann nur durch Verantwortliche und Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle erfolgen.

Zur Überprüfung des Umsetzungsgrads der Qualitätsrichtlinie sind zu jedem Qualitätsziel Evaluationskriterien formuliert. Dabei sind die Datenquellen berücksichtigt, die zur Evaluation herangezogen werden müssen. Eine Reihe von Evaluationskriterien sind Aspekte der *strukturellen Rahmenbedingungen*, wie etwa der Zugang zur Beratung gewährleistet ist und welche Qualifikation die Berater/-innen aufweisen. Eine *Dokumentenanalyse* sollte Aufschluss über weitere Evaluationskriterien geben können, die sich auf einzelne Beratungsaspekte und Aktivitäten des Informations- und Beschwerdetelefons und seiner Mitarbeiter/-innen beziehen. Ein erheblicher Teil der Evaluationskriterien kann nur durch die Nutzer/-innen des Beratungsangebots bewertet werden, da Qualitätsaspekte wie die personale Kompetenz der Berater/-innen und die Ausrichtung der Beratung auf die Bedürfnisse Ratsuchender einer hohen Subjektivität unterliegen. Eine regelmäßige *Nutzerbefragung* ist zur Evaluation des Beratungsangebotes daher unumgänglich.

Qualitätsbereich 1: Rahmenbedingungen und Infrastruktur

Leitsatz: Das Beratungsangebot ist für Ratsuchende niedrigschwellig zugänglich.

Qualitätsziele

- V **Die angesprochene Zielgruppe weiß in einer Bedarfssituation um das Beratungsangebot und seine spezifischen Beratungsinhalte.**



Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Pflege in Not trägt durch Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit dazu bei, dass andere professionelle Akteure für das Thema Gewalt und Konflikt in der Pflege älterer Menschen und hinsichtlich ihrer Funktion als Zuweiser für Pflege in Not sensibilisiert sind. Besonderer Fokus liegt auf Pflegestützpunkten und Hausarztpraxen.
- Pflege in Not nutzt ergänzend verschiedene mediale Kanäle, um die breite Bevölkerung auf das Beratungsangebot aufmerksam zu machen.
- Die speziellen Bedürfnisse bildungsferner Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund werden bei der Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigt.

Erläuterung

Ein hoher Bekanntheitsgrad des Beratungsangebots wird von den Nutzer/-innen als unerlässlich eingeschätzt, da nur so Betroffene bei Bedarf den Weg in die Beratung finden könnten. Dabei differenzieren die Nutzer/-innen zwischen der Bekanntheit des Angebots in der breiten Bevölkerung und bei professionellen Akteuren. Letzteren käme eine wichtige Vermittlerrolle zu. So werden Hausarztpraxen übereinstimmend als zentrale Vermittlungsstelle gesehen, da diese für Betroffene häufig erster Ansprechpartner bei Fragen und Problemen seien. Des Weiteren werden explizit Pflegestützpunkte angesprochen, die ebenfalls nach Ansicht der Nutzer/-innen in der Verantwortung stehen, Ratsuchende bei entsprechenden Bedarfssituationen an Pflege in Not zu vermitteln oder über das Beratungsangebot zu informieren. Auch Pflegekassen und Pflegekräfte in Einrichtungen werden als potentielle Vermittler benannt. Dabei sollte nach Ansicht der Nutzer/-innen explizit die Zielgruppe der Beratung verdeutlicht werden, die Leitungs- und Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen sowie andere vom Themenfeld Gewalt und Konflikt in der Pflege Betroffene einschließt.

Die Sensibilisierung professioneller Akteure zum Thema Gewalt und Konflikt in der Pflege sowie deren Wissen um Pflege in Not ist nach Ansicht der Nutzer/-innen von zentraler Bedeutung, um Ratsuchenden den Zugang zum Beratungsangebot zu ermöglichen. Die Sensibilisierungsarbeit beinhalte nicht nur die Information über das Beratungsangebot als solches, sondern auch die Aufklärung professioneller Akteure bzgl. des Themas, damit konfliktbelastete Pflegesituationen erkannt und Beratungsbedarf abgeleitet werden kann. Wie die Bekanntheit darüber hinaus zu erhöhen ist, wird kontrovers diskutiert. Flächendeckende Werbeaktivitäten werden einerseits kritisch bewertet, da zu viele konkurrierende Angebote bestünden und zudem nur unmittelbar Betroffene auf solche Werbeaktivitäten aufmerksam würden. Gleichzeitig berichten Nutzer/-innen, durch eine Plakataktion bzw. eine Zeitungsannonce den Weg zu Pflege in Not gefunden zu haben.

Konsens wird dahingehend gefunden, dass die Sensibilisierung professioneller Akteure vorrangig betrieben werden müsse, sinnvoll eingesetzte Werbeaktivitäten aber ergänzend wirksam sein können. Mögliche Beispiele sind Zeitungsannoncen und Plakataktionen. Daneben fragen sich die Nutzer/-innen, ob möglicherweise bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten, vom Beratungsangebot schlechter erreicht werden. Von dieser Zielgruppe ist aus anderen Bereichen, etwa der Prävention und Gesundheitsförderung, bekannt, dass sie für Angebote der Wissens- und Informationsvermittlung vergleichsweise schlecht zugänglich sind, so dass es möglicherweise eines speziellen Zuschnitts der Öffentlichkeitsarbeit bedarf.

V Die Beratung ist für Ratsuchende kostenfrei.

besonders
wertvoll

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die Beratung wird kostenfrei angeboten

Erläuterung

Die Kostenfreiheit des Beratungsangebots wird als zentraler Qualitätsaspekt für den niedrighschwelligen Zugang betont. Im Fall einer kostenpflichtigen Beratung bestünde die Gefahr, dass ein Großteil der Ratsuchenden die Beratung nicht mehr in Anspruch nimmt und Ratsuchende mit niedrigem Einkommen ausgeschlossen werden.

V Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.

besonders
wertvoll

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Eine telefonische Sprechzeit der Berater/-innen wird täglich angeboten.
- Der Zeitrahmen der täglichen Sprechzeit (Montag bis Freitag) beträgt mindestens vier Stunden.
- An mindestens einem Wochentag wird die Sprechzeit zwischen 14:00 Uhr und 20:00 Uhr angeboten.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen wünschen sich eine hohe telefonische Erreichbarkeit der Berater/-innen. Sprechzeiten sollten im Zeitraum von Montag bis Freitag täglich angeboten werden und einen Zeitrahmen von mindestens vier Stunden umfassen. Zusätzlich wird eine Nachmittags- bzw. Abendsprechstunde angeregt, um den Bedürfnissen berufstätiger Ratsuchender gerecht zu werden. Konkret wird vorgeschlagen, die vierstündige Sprechzeit mindestens einmal die Woche in einen Zeitraum zwischen 14:00 Uhr und 20:00 Uhr zu verlegen. Zu überlegen sei auch die Möglichkeit, dass Ratsuchende für besondere Krisenfälle am Wochenende Kontakt aufnehmen können. Dieser Aspekt wird von den Teilnehmer/-innen intensiv diskutiert, da dies zwar aus Nutzersicht wünschenswert sei und in Anbetracht erhöhter Beratungsanfragen an Montagen und nach Feiertagen auch scheinbar ein Bedarf bestehe. Gleichzeitig beinhalte dies aber auch die Problematik, den

„Notfall“ zu definieren, damit die Wochenendsprechstunde auch tatsächlich nur für Ausnahmefälle genutzt wird. Konsens wird dahingehend gefunden, dass eine Wochenendbereitschaft wünschenswert ist, aber kein zentrales Qualitätsmerkmal darstellt. Dies setzt allerdings die Gewährleistung der oben genannten Sprechzeiten voraus.

V Die Beratung ist für Ratsuchende leicht erreichbar.

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Beratungsgespräche werden von Pflege in Not bei Bedarf als Hausbesuch angeboten.
- Pflege in Not ist in zentraler Lage und kann mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden.

Erläuterung

Zentraler Aspekt der örtlichen Zugänglichkeit ist der Wunsch nach einem Hausbesuch, insbesondere im Rahmen der psychologischen Gespräche. Ratsuchende, die nicht die Möglichkeit hätten persönlich zur Beratungsstelle zu kommen und bei denen zudem eine alleinige telefonische Beratung nicht möglich/nicht ausreichend ist, seien vom Beratungsangebot ausgeschlossen.

Zudem wird der Bedarf einer allgemein höheren örtlichen Präsenz diskutiert, bspw. durch persönliche Sprechzeiten in den verschiedenen Stadtteilen Berlins. Eine Beratungsstelle sei in Anbetracht der Größe Berlins zu wenig und die Zugangsmöglichkeiten zu einem persönlichen Gespräch für Ratsuchende aus entfernteren Stadtteilen dadurch beschränkt. Gleichzeitig wird aber auch betont, dass die Gewährleistung der telefonischen Erreichbarkeit für Ratsuchende deutlich wichtiger sei und die telefonische Beratung oft auch genüge. In diesem Sinne seien eine zentrale Lage der Beratungsstelle und die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln ausreichend, unter der Voraussetzung, dass für besondere Bedarfsfälle ein Hausbesuch angeboten wird.

V Die Beratung ist zeitnah verfügbar.

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Bei Abwesenheit der Berater/-innen können auf einem Anrufbeantworter eine Nachricht und Informationen zu einem gewünschten Rückruf hinterlassen werden.

Dokumentenanalyse:

- Eine erste Rückmeldung auf eine Beratungsanfrage erfolgt direkt im Rahmen der Sprechzeiten oder am folgenden Werktag.
- Ein telefonischer Termin zu einer ausführlichen Beratung wird in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des Anliegens möglichst zeitnah vergeben, spätestens jedoch innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Beratungsanfrage.

Erläuterung

Hinsichtlich des Wunsches nach einer zeitnahen Beratung wird von den Nutzer/-innen angeregt, zwischen einer Rückmeldung auf eine Beratungsanfrage und einer Beratung zu differenzieren. Eine erste Rückmeldung auf eine Beratungsanfrage sollte dabei spätestens am nächsten Werktag erfolgen. Es wird betont, dass die kurzfristige Rückmeldung auf eine Anfrage von zentraler Bedeutung sei, da damit der ratsuchenden Person Wertschätzung entgegengebracht und eine Verbindlichkeit seitens Pflege in Not vermittelt werde. Außerdem wisse die ratsuchende Person so, dass ihr Anliegen aufgenommen wurde und eine ausführliche Beratung folgt. Gewünscht wird zudem die Möglichkeit, auf einem Anrufbeantworter eine Nachricht und die Bitte um Rückruf zu hinterlassen, falls der Anruf nicht persönlich durchgestellt werden kann oder außerhalb der Sprechzeiten eingeht. Damit werde vermieden, dass die ratsuchende Person mehrfach anrufen muss, bis ihr Anliegen aufgenommen werden kann.

In diesem ersten Kontakt soll dann eine kurze Situationseinschätzung vorgenommen werden, um die Dringlichkeit des Anliegens bewerten zu können und den Umfang des Beratungsbedarfs abzuschätzen. Sollte ein ausführliches Beratungsgespräch notwendig sein, sollte dann -abhängig von der Dringlichkeit des Anliegens und sofern ein längeres Beratungsgespräch nicht unmittelbar möglich ist- ein Beratungstermin vergeben werden: Bei hoher Belastung der ratsuchenden Person wird ein Zeitraum von zwei-drei Tagen nach Beratungsanfrage genannt, bei niedriger Belastung sollte innerhalb von zwei Wochen ein telefonischer Beratungstermin möglich sein. Die Entscheidung über die Dringlichkeit falle in den Kompetenzbereich der Berater/-innen, die ratsuchende Person müsse aber transparent informiert werden.

V Der Beratungsrahmen ist vertraulich.

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die Beratung kann in einer ungestörten und vertraulichen Atmosphäre durchgeführt werden.

Dokumentenanalyse:

- Es bestehen Regelungen zum Umgang mit persönlichen Daten, die für die Ratsuchenden transparent sind.

Erläuterung

Für die Nutzer/-innen ist es wichtig, dass durch die Beratung ein Rahmen geboten wird, in dem das Anliegen völlig offen besprochen werden kann und der die Preisgabe sehr persönlicher oder auch unternehmensinterner Daten ermöglicht. Es wird deutlich, dass es abseits der Beratungsstelle insbesondere für professionelle Kräfte keine Möglichkeiten gibt, ihr Anliegen ohne Rücksicht auf eine evtl. Schweigepflicht oder Aspekte des Datenschutzes vortragen zu können.

V **Pflege in Not ist Bestandteil der Berliner Beratungslandschaft und kooperativer Partner weiterer Beratungsangebote.**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Nach Rücksprache mit der ratsuchenden Person werden bei weiterführendem Beratungs- und Unterstützungsbedarf geeignete Ansprechpartner/-innen vermittelt.
- Im Beratungsprozess wird eine gemeinsame Fallarbeit mit Berater/-innen anderer Angebote bei Bedarf angeregt; die Kompetenzen aller Beteiligten sind eindeutig geklärt.
- Ratsuchende werden motiviert, ihre Erfahrungen mit Ansprechpartner/-innen, die von Pflege in Not vermittelt wurden, mitzuteilen.

Erläuterung

Pflege in Not wird mit seinem speziellen Schwerpunkt als wichtiger Bestandteil der Beratungslandschaft bewertet, der andere Angebote ergänzt. Dabei erleben es insbesondere Mitarbeiter/-innen anderer Beratungsstellen als große Entlastung, im Bedarfsfall zuverlässig auf Pflege in Not als Beratungsangebot mit psychosozialen Schwerpunkt verweisen zu können. Gleichzeitig sehen die Nutzer/-innen auch den Bedarf einer engen Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, insbesondere den Pflegestützpunkten. Angeregt wird die gemeinsame Fallarbeit, damit die jeweiligen Kompetenzen der Berater/-innen sich optimal ergänzen.

Wenn die Grenzen des Beratungsangebotes von Pflege in Not erreicht sind, wünschen sich die Nutzer/-innen, dass die Beraterin/der Berater weitere Hilfen vermitteln kann, die das Beratungsangebot ergänzen oder erweitern. Genannt wird die Begleitung und Unterstützung durch andere Betroffene oder ehrenamtliche Kräfte sowohl für Pflegebedürftige als auch Angehörige. Konkrete Beispiele sind auch die Vermittlung von Selbsthilfegruppen oder eines Pflegecoaches als kontinuierlicher Ansprechpartnerin/kontinuierlichen Ansprechpartner über den gesamten Prozess der Pflegebedürftigkeit. Aber auch die Vermittlung weiterer professioneller Kräfte, etwa zur Supervision für Pflegekräfte, wird von den Nutzer/-innen gewünscht. Es wird betont, dass bei Bedarf eine Vermittlung nicht nur die Weitergabe von Kontaktdaten bedeutet, sondern bei Bedarf auch gezielt einen Kontakt zwischen der ratsuchenden Person und weiteren Ansprechpartner/innen herzustellen.

Es wird weiterhin darüber diskutiert, ob die Vermittlung weiterführender Ansprechpartner/-innen geprüft werden sollte. Es wird angemerkt, dass zwar häufig Kontaktdaten weitergegeben würden, Informationen zur Inanspruchnahme der Vermittlung aber nicht bekannt seien. Dies sei insofern von Nachteil, da die weitervermittelnde Beratungsstelle dadurch sowohl die Qualität ihrer Kontakte nicht beurteilen könne als auch keine Rückmeldung darüber erhalte, ob die Weitervermittlung in der individuellen Situation hilfreich war. Der Vorschlag, aus diesem Grund bei den Ratsuchenden im Nachgang der Beratung aktiv die Inanspruchnahme abzufragen, wird aber insbesondere von der Gruppe der Angehörigen abgelehnt, da dies als Kontrolle erlebt bzw. missverstanden werden könne. Denkbar sei allerdings, die Ratsuchenden in der Beratung dazu zu motivieren, ihre Erlebnisse mit der Weitervermittlung an Pflege in Not zurückzumelden. Es sollte betont werden, dass die Rückmeldung ausschließlich Zwecken der Qualitätsentwicklung dient und keine Überprüfung von Beratungsergebnissen darstellt.

Qualitätsbereich 2: Theoretische und konzeptionelle Fundierung

Leitsatz: Das Beratungsangebot ist theoretisch-konzeptionell fundiert.

Inhalt dieses Bereichs ist das theoretisch-konzeptionelle Fundament der Beratung. Demnach sollte das Konzept mindestens Aussagen zu folgenden Aspekten enthalten:

- V **Welche ethische Haltung der Beratung zu Grunde liegt und wie diese umgesetzt wird**
- V **Wie die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsangeboten und weiteren professionellen Akteuren gestaltet wird**
- V **Wie die fachliche und personale Kompetenz der Berater/-innen sichergestellt wird**
- V **Wie die Multiprofessionalität des Beratungsteams gestaltet wird**
- V **Welches methodische Konzept der Gestaltung des Beratungsprozesses zu Grunde liegt**

Erläuterung

Dieser Qualitätsbereich bildet eine Ausnahme bei der Formulierung von Qualitätsanforderungen. Zwar sollen die Inhalte aus den Workshops mit den Nutzer/-innen richtungsweisend sein, eine Ausarbeitung des konzeptionellen Fundaments kann aber nur durch die Verantwortlichen und Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle geleistet werden. Bspw. wird durch die Nutzer/-innen der Anspruch formuliert, durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen einen möglichst hohen Bekanntheitsgrad des Beratungsangebotes sicherzustellen oder die Zusammenarbeit mit anderen beratenden Institutionen zu gewährleisten. Welche Maßnahmen dann konkret ergriffen werden und wie in diesem Sinne die Zusammenarbeit mit Dritten gestaltet wird, kann durch die Nutzer/-innen nicht vorgegeben werden. Auch der methodisch-konzeptionelle Ansatz, an dem sich der Beratungsprozess ausrichtet, muss durch das Beratungsangebot festgelegt werden, sollte aber so gewählt werden, dass die Qualitätsansprüche der Nutzer/-innen umgesetzt werden können. Qualitätsziel in diesem Qualitätsbereich ist also, dass die Anforderungen der Nutzer/-innen in eine theoretische Konzeptualisierung übertragen werden. Dies muss durch eine inhaltliche Prüfung des Konzepts bzw. einen Abgleich mit den in dieser Qualitätsrichtlinie formulierten Anforderungen erfolgen.

Qualitätsbereich 3: Kompetenz und Qualifizierung

Leitsatz: Das multiprofessionelle Beratungsteam ist handlungskompetent.

Qualitätsziele

Die Berater/-innen verfügen über:

V Fachkompetenz

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die formale Qualifikation beläuft sich auf Niveaustufe 5 bis 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR).
- Die Berater/-innen verfügen über berufspraktische Erfahrung in der langzeitpflegerischen Versorgung und/oder Beratungserfahrung im Kontext Pflege. Bei besonderer Eignung kann das Wissen um die Besonderheiten der häuslichen Pflegesituation und damit verbundene psycho-soziale Belastungssituationen anderweitig nachgewiesen werden.
- Das Beratungsteam ist multiprofessionell zusammengesetzt, die Teammitglieder ergänzen sich in ihrer Fachexpertise.

Dokumentenanalyse:

- Pflege in Not stellt sicher, dass die Fachkompetenz der Berater/-innen regelmäßig aktualisiert wird.

Erläuterung

Die Beraterin/der Berater sollte nach Ansicht der Nutzer/-innen über ein umfangreiches Fachwissen verfügen, welches ihr/ihm ermöglicht, für das geschilderte Anliegen relevante Informationen zu vermitteln. Die Nutzer/-innen äußern auch den Wunsch nach Klärung rechtlicher Fragen im Zusammenhang mit der Pflegesituation. Es wird in diesem Zusammenhang darauf verwiesen, dass eine Rechtsberatung gesetzlich reglementiert ist und nicht durch das Beratungsteam von Pflege in Not geleistet werden darf. Fragen zu rechtlichen Rahmenbedingungen, wie etwa den Rechten von Pflegebedürftigen und Angehörigen gegenüber Leistungsanbietern, können aber durchaus Bestandteil der Beratung sein. In Zweifelsfällen werden die Ratsuchenden auf Wunsch an Jurist/-innen mit entsprechender Expertise verwiesen.

Voraussetzung, damit Ratsuchende auch vom Wissen der Berater/-innen profitieren können, sei die Fähigkeit, die geschilderte Situation fachlich richtig einzuschätzen und darauf basierend Beratungsinhalte für die individuell ratsuchende Person verständlich zu vermitteln. Dies erfordere die Kenntnis von Kommunikationsmodellen und -techniken und den Einsatz geeigneter Methoden. Aus diesen Anforderungen der Nutzer/-innen lässt sich als erforderliches Qualifikationsniveau die Stufe 5 bis 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) ableiten. Für die Beratung bei Pflege in Not kommen damit als Berufsgruppen bspw. Psycholog/-innen, Sozialarbeiter/-innen oder -pädagog/-innen sowie Gesundheits- oder Pflegewissenschaftler/-innen (Niveaustufe 6) in Betracht. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen bzw. Altenpfleger/-innen erreichen durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen die

besonders
wertvoll

Qualifizierung der Niveaustufe 5, sodass auch diese Berufsgruppe die erforderlichen Beratungskompetenzen mitbringen kann.

Das Wissen um die Entstehung und Entwicklung familiärer Pflegesituationen und der damit einhergehenden Herausforderungen wird von den Nutzer/-innen als expliziter Bestandteil der Fachkompetenz ausgewiesen. Diese werde idealerweise durch berufspraktische Erfahrung in der Pflege oder Beratungserfahrung im Kontext von Pflege erworben. Denkbar sei aber auch, dass das Wissen um die Besonderheiten einer familiären Pflegesituation theoretisch oder über persönliche Erfahrung erschlossen und nachgewiesen werden kann.

Pflege in Not wird von den Nutzer/-innen eine spezielle Expertise zugeschrieben. So wird die Möglichkeit psychologischer Gespräche sehr geschätzt, da der Bedarf dafür hoch sei, die Hürde in eine „echte“ Psychotherapie, die entweder selbst oder durch die Krankenversicherung finanziell getragen werden muss, aber oftmals als zu hoch eingeschätzt wird. Für professionell Pflegenden, die sich als Ratsuchende an Pflege in Not wenden, könne es dagegen hilfreich sein, wenn die Beraterin/der Berater selbst über Pflegeerfahrung verfügt. Im Sinne dieser speziellen Beratungsexpertise schätzen die Nutzer/-innen die Verbindung verschiedener Professionen, dass also die psychologische Kompetenz um die Expertise von Pflege und Sozialarbeit erweitert und ergänzt wird.

Darüber hinaus habe die Führungsebene von Pflege in Not dafür Sorge zu tragen, dass das Fachwissen der Mitarbeiter/-innen durch geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen regelmäßig aktualisiert wird.

V **Personale Kompetenz**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Pflege in Not unterstützt den Erhalt und die Entwicklung personaler Kompetenzen mit geeigneten Maßnahmen.

Nutzerbefragung:

- Die Beraterin/der Berater ist freundlich und zugewandt.
- Die Beraterin/der Berater verfügt über Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Situation der ratsuchenden Person.
- Die Beraterin/der Berater baut eine vertrauensvolle Beziehung zur ratsuchenden Person auf.
- Die Beraterin/der Berater akzeptiert selbstbestimmte Entscheidungen des Ratsuchenden uneingeschränkt.
- Die Beraterin/der Berater zeigt ein angemessenes Verhältnis aus Nähe und Distanz.

Erläuterung

Zentrales Element des Beratungsprozesses ist die vertrauensvolle Beziehung zwischen der ratsuchenden Person und der Beraterin/dem Berater. Die Nutzer/-innen wünschen sich eine empathische und zugewandte Grundhaltung der Beraterin/des Beraters, die durch einfühlsames Verstehen der Situation der ratsuchenden Person gekennzeichnet ist. Gerade im speziellen Themenfeld von Pflege in Not sei der Aufbau einer verständnis- und

vertrauensvollen Beratungsatmosphäre von zentraler Bedeutung, damit emotionale Themen frei geäußert werden können. Die hohe Empathiefähigkeit sollte dabei in einem angemessenen Verhältnis zur Beratungsbeziehung stehen und das gebotene Maß an professioneller Distanz nicht unterschreiten. In diesem Sinne wird ergänzt, dass Berater/-innen auch über die Kompetenz verfügen müssten, frustrierende Beratungssituationen auszuhalten. Als Berater/-in gebe man nur Unterstützung zu Veränderung, habe diese aber nicht selbst in der Hand und müsse akzeptieren können, wenn diese sich nur langsam oder gar nicht einstellen. Dies setzte auch die Akzeptanz selbstbestimmter Entscheidungen voraus, auch wenn subjektiv oder objektiv damit verbundene Herausforderungen gesehen werden.

Die Pflege personaler Kompetenzen sollte durch die Führungsebene von Pflege in Not unterstützt werden. Geeignete Maßnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung personaler Kompetenzen können bspw. Supervisionen oder die kollegiale Beratung sein.

Qualitätsbereich 4: Beratungsinhalte

Leitsatz: Das Themenfeld Gewalt und Konflikt in der Pflege ist die Kernkompetenz des Beratungsangebots.

Der Beratungsschwerpunkt von Pflege in Not wird von den Nutzer/-innen als einzigartig und im Bedarfsfall unverzichtbare Ergänzung der Beratungslandschaft erlebt. Gerade das Thema Gewalt in der Pflege überschreite aufgrund seiner emotionalen Konnotation im Regelfall die Kompetenz von Berater/-innen anderer Angebote, etwa in Pflegestützpunkten. Die Konzentration auf diesen Beratungsschwerpunkt ist Voraussetzung für die hohe Kompetenz von Pflege in Not in diesem Themenfeld.

Qualitätsziele

V Emotionen im Zusammenhang mit der Pflegesituation werden mitgeteilt und bearbeitet.

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Die ratsuchende Person erhält ausreichend Gelegenheit, mit der Pflege verbundene Gefühle mitzuteilen, etwa Überforderungserleben und innerpsychische Konflikte, und diese mit der Beraterin/dem Berater aufzuarbeiten.
- Die ratsuchende Person wird motiviert, ihr persönliches Erleben der Pflegesituation und damit auch vermeintliche Tabuthemen, etwa eigene Aggressionen oder Schuldgefühle, in die Beratung einzubringen.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen berichten, dass Pflege in Not ihnen die Möglichkeit gegeben habe, über Emotionen zu sprechen, die sonst nirgendwo Platz finden. Zu nennen sind das Gefühl, mit der Pflege überfordert zu sein oder Konflikte, die durch die Pflegesituation bedingt oder verstärkt werden. Auch Tabuthemen, wie etwa Aggressionen bis hin zu Gewalt in der Pflege, oder Schuldgefühle sind Beratungsanliegen, die aus der Perspektive der Nutzer/-innen nur bei Pflege in Not an- und ausgesprochen werden können. Es wird berichtet, dass

gerade diese emotionalen Belange weder von anderen Beratungsangeboten aufgegriffen noch im privaten Umfeld aufgefangen werden.

V Konflikte mit Dritten im Zusammenhang mit der Pflegesituation werden aufgearbeitet und eine Konfliktlösung angestrebt.

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Konflikte mit Dritten werden multiperspektivisch analysiert.
- Ein Konfliktgespräch wird in Abstimmung mit der ratsuchenden Person von der Beraterin/dem Berater inhaltlich und organisatorisch vorbereitet.

Nutzerbefragung:

- Es wird gemeinsam mit der ratsuchenden Person erarbeitet, welche Hintergründe und Motive den Konflikt mit beteiligten Dritten bedingen.
- Es wird gemeinsam mit der ratsuchenden Person überlegt, ob ein Konfliktgespräch in der gegebenen Situation geführt werden sollte.

Erläuterung

Eine häufige Ausgangssituation, die die Ratsuchenden zum Beratungsangebot führt, sind durch eine Pflegesituation entstandene oder wieder hervorgerufene Konflikte, etwa mit pflegenden/pflegebedürftigen Familienmitgliedern oder Pflegekräften. Aus diesem Grund wünschen sich die Nutzer/-innen von den Berater/-innen, dass diese mit ihnen die Hintergründe von Konflikten herausarbeiten, um ein vertiefendes Verständnis für die Konfliktbedingungen und potentielle Lösungsansätze zu entwickeln. Es wird berichtet, dass Ratsuchende selbst oft nicht die Initiative zu einem klärenden Gespräch mit beteiligten Dritten ergreifen, umso positiver wird eine dahingehende Initiative der Beraterin/des Beraters aufgefasst. Kann ein klärendes Gespräch initiiert werden, erleben die Nutzer/-innen es als sehr hilfreich, wenn die Gesprächsführung bzw. die Moderation des Gesprächs mit den beteiligten Konfliktparteien von den Berater/-innen übernommen wird und die ratsuchende Person sich ausschließlich auf die Bearbeitung des Konflikts konzentrieren kann.

V Professionelle Akteure werden bei der Prävention und Aufarbeitung von Gewalt im Kontext formeller Pflege unterstützt.

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Für professionelle Akteure stehen Angebote der Kompetenzentwicklung zur Verfügung, durch die die Fachkräfte im Umgang mit Gewalt in der Pflege geschult und unterstützt werden.
- Für professionelle Akteure stehen Coachingangebote zur Verfügung, die die betreffenden Personen bei der Fall- und Problemanalyse unterstützen.

Erläuterung

Unterstützende Angebote für Pflege- und Führungspersonal, die über die persönliche Beratung hinausgehen, werden von den Nutzer/-innen sehr positiv und als hilfreich bewertet. Erwähnt werden bspw. spezielle Schulungsangebote zur Sensibilisierung für das Thema Gewalt in der Pflege. Aus der Perspektive der Führungsebene wird zudem die Unterstützung bei der Problemanalyse im Sinne einer externen Beratung für Pflegeeinrichtungen als sehr hilfreich bewertet. Die Möglichkeit, gemeinsam mit Pflege in Not eine Strategie zur Konflikt- und Gewaltprävention individuell für die Einrichtung zu entwickeln, wird als wertvoll und nachhaltig bewertet, da dadurch langfristig die berufliche Kompetenz erweitert und auch ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden könne, die besondere Verantwortung im Bedarfsfall nicht allein tragen zu müssen.

Qualitätsbereich 5: Beratungsprozess

Leitsatz: Die Beratung orientiert sich an der Perspektive und den Bedürfnissen der ratsuchenden Person.

Qualitätsziele

V Jede ratsuchende Person hat eine fest zugeordnete Beraterin/einen fest zugeordneten Berater.

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Jeder ratsuchenden Person wird in der Beratungsstelle eine Beraterin/ein Berater als Bezugsperson zugewiesen, die den Beratungsprozess hauptzuständig trägt.
- Für Ausfallzeiten der Bezugsperson wird eine kontinuierlich gleichbleibende Vertretung bestimmt und die ratsuchende Person darüber informiert.

Nutzerbefragung:

- Die ratsuchende Person wird dazu motiviert, wahrgenommene Probleme in der Beratungsbeziehung anzusprechen und wird auf die Möglichkeit hingewiesen, die Beratung bei einer Kollegin/einem Kollegen fortführen zu können.

Erläuterung

Ist der Beratungsprozess einmal angestoßen, erwarten die Nutzer/-innen, dass ihnen bei Pflege in Not eine feste Bezugsperson zur Verfügung steht und keine neuen Beratungskontakte aufgebaut werden müssen. Der Wunsch nach Kontinuität verdeutlicht die hohe Relevanz eines Vertrauensverhältnisses zur Beraterin/zum Berater. Weiterhin bringen die Nutzer/-innen zum Ausdruck, dass es von besonderer Bedeutung ist, dass die Beraterin/der Berater die individuelle Situation gut kennt, und dass ein Wechsel der Bezugsperson in diesem Sinne von Nachteil wäre. Dennoch wird die personelle Kontinuität als Qualitätsmerkmal unter den Nutzer/-innen kontrovers diskutiert, da diese aus arbeitsorganisatorischen Gründen nicht immer gewährleistet werden könne. Es wird dahingehend Konsens gefunden, dass den Ratsuchenden grundsätzlich eine Beraterin/ein Berater fest zugeteilt werden sollte, im Falle von Krankheit oder Urlaub aber eine feste

Vertretung bestimmt wird („A- und B-Lösung“). Es wird zudem angemerkt, dass Kontinuität auch bedeute, dass Beratungsprozesse bei einem erneuten Anliegen einer ratsuchenden Person nicht neu aufgerollt werden müssen, sondern dass an einen früheren Prozess angeknüpft werden kann.

Aufgrund der hohen Relevanz einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Berater/-in und ratsuchender Person, die gerade im Beratungskontext von Pflege in Not eine besondere Stellung einnimmt, wird angeregt aufzunehmen, wie mit Beratungsverhältnissen umgegangen wird, in denen „die Chemie nicht stimmt“. Es könne in Beratungs- und therapeutischen Situationen immer mal vorkommen, dass die Beteiligten keinen Bezug zueinander finden, was sowohl für einzelne Berater/-innen als auch das gesamte Beratungsteam keine Herausforderung darstellen sollte. Auf der anderen Seite sei es für Ratsuchende wichtig zu wissen, dass grundsätzlich die Möglichkeit besteht, die Beraterin/den Berater zu wechseln, wenn die Beziehung nicht als vertrauensvoll erlebt wird, und dass dieser Wunsch legitim ist und frei kommuniziert werden kann, ohne dass negative Konsequenzen zu befürchten sind. Darauf sollten Ratsuchende nach Ansicht der Nutzer/-innen explizit hingewiesen werden.

V **Der Zeitrahmen für Beratungsgespräche ist bedürfnisorientiert.**

besonders
wertvoll

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Die Gestaltung des Zeitrahmens für die Beratungsgespräche orientiert sich an den Bedürfnissen der ratsuchenden Person.
- Der zur Verfügung stehende Zeitrahmen wird transparent aufgezeigt und bei Bedarf ein Folgetermin angeboten.

Erläuterung

Für Nutzer/-innen, die persönlich von Pflege betroffen sind, ist der Wunsch nach ausreichend Zeit für die Beratungsgespräche ein zentraler Aspekt. Allerdings wird dieser auch kontrovers diskutiert, da Nutzer/-innen von professioneller Seite aus zu bedenken geben, dass der Bedarf Ratsuchender häufig zeitlich intensiver sei, als diesem von den Berater/-innen aus organisatorischen Gründen entsprochen werden könne. Daher bestehe teils die Notwendigkeit, das Zeitfenster entgegen der Wünsche der Ratsuchenden zu begrenzen. Dagegen wird argumentiert, dass ein zu eng gesteckter Zeitrahmen großen Zeitdruck aufbauen und Ratsuchende daran hindern könnte, Ängste und Sorgen frei vorzutragen. Ein Konsens wird dahingehend gefunden, dass sich die Beratungszeit an den Bedürfnissen der ratsuchenden Person orientieren sollte, nicht aber durch diese vollständig bestimmt werden kann. Das Beratungsgespräch wird als zweiseitiger Prozess beschrieben, dessen zeitlicher Rahmen daher auch nicht nur durch eine Seite vorgegeben werden könne. Allerdings sei es Aufgabe der Beraterin/des Beraters, das Gespräch zu strukturieren, das Zeitfenster wenn nötig transparent aufzuzeigen und bei Bedarf einzelne Beratungsinhalte auf einen weiteren Beratungstermin zu vertagen.

V **Der Gesprächsbedarf der ratsuchenden Person wird anerkannt und gestärkt.**

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Der Redebedarf der ratsuchenden Person wird respektiert und gezielte Erzählimpulse gesetzt.
- Die ratsuchende Person wird bei der Schilderung ihres Anliegens/ Problems nur durch Verständnisfragen unterbrochen und nicht korrigiert.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen beschreiben es als sehr entlastend, dass ihnen bei Pflege in Not eine Person zur Verfügung steht, der sie ihre durch die Pflegesituation bedingten Herausforderungen und damit einhergehende Emotionen schildern können. So wird es im ersten Schritt bereits als erleichternd empfunden, dass durch die Beratung das Gefühl vermittelt wird, mit dem Problem/dem Anliegen nicht allein zu sein und dass es eine professionelle Person gibt, der gegenüber die mit der Pflegesituation verbundenen Gefühle ausgesprochen werden können. Vielfach wird deutlich, dass für diese Art des Austauschs weder im privaten Umfeld noch von professioneller Seite ähnlich geeignete Ansprechpersonen zur Verfügung stehen und ein hoher Redebedarf Ratsuchender besteht. Gleichzeitig wird deutlich, welche hohe Bedeutung der Austausch für Ratsuchende bei der Bewältigung der Pflegesituation einnimmt.

V **Die Individualität des Beratungsanliegens wird berücksichtigt.**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Der individuelle Beratungsbedarf wird mit der ratsuchenden Person zu Beginn der Beratung geklärt und analysiert.

Nutzerbefragung:

- Der biografische und lebensweltliche Kontext der ratsuchenden Person wird aufgegriffen.
- Der kulturelle, sprachliche und soziale Hintergrund der ratsuchenden Person wird berücksichtigt.
- Handlungsalternativen werden unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen der beteiligten Personen erarbeitet.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen legen Wert darauf, dass jeder Beratungsfall als Einzelfall betrachtet wird und keine Beratungsschemata ohne Berücksichtigung der individuellen Situation zur Anwendung kommen. Letzteres wird als demotivierend und frustrierend bewertet, da es Energie koste, aber weder neue Erkenntnisse noch die erwartete Unterstützung hervorbringen würde. Voraussetzung für eine individuelle Beratung ist nach Ansicht der Nutzer/-innen, dass die Beraterin/der Berater gute Kenntnis über die Situation hat und Ratsuchende als Expert/-innen für ihre Situation anerkannt werden. Zum Ausdruck kommt

die Individualität der Beratung dann bspw. in Lösungsansätzen, die auf die Situation und die beteiligten Personen abgestimmt sind und von diesen als umsetzbar erlebt werden. In Bezug auf schwer zugängliche Zielgruppen wird auch die Frage aufgeworfen, ob für diese Gruppen ein speziellerer Zuschnitt der Beratung nötig ist. Dies könnte für Menschen mit Migrationshintergrund eine Sprachunterstützung sein oder die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds im Beratungsprozess. Im Hinblick auf Menschen aus bildungsfernen Zielgruppen wird angeregt, eine akademische Ausrichtung zu vermeiden, da Sprachgebrauch und andere Faktoren eine abschreckende Wirkung auf diese Zielgruppe nehmen könnten.

V Die Beratung erfolgt objektiv und neutral.

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Die Berater/-innen agieren als unparteiische Person, die bei Gewalt und Konflikt in der Pflege die Situation objektiv analysiert.
- Die ratsuchende Person wird motiviert und angeleitet, die geschilderte Situation aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.

Erläuterung

In den Äußerungen der Nutzer/-innen kommt zum Ausdruck, dass sie eine objektive Haltung der Beraterin/des Beraters schätzen, die es ermöglicht, den vorliegenden Konflikt/das vorliegende Problem aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Zwar wünschen sich die Nutzer/-innen vor der Beratung teils, dass die Beraterin/der Berater parteiisch die Sicht der ratsuchenden Person ergreift, stellen im Prozess aber fest, dass nur durch die Betrachtung verschiedener Perspektiven neue Erkenntnisse möglich sind. Aus diesem Grund wünschen sich die Nutzer/-innen eine „unvoreingenommene“ Haltung, dass also durch die Berater/-innen keine spontanen Schuld- oder Fehlerzuweisungen ausgesprochen werden. Ziel ist immer, entweder die Situation oder das Gegenüber zu verstehen und dadurch mit dem Geschehenen abschließen zu können und in Zukunft weitere Handlungsalternativen zur Verfügung zu haben.

V Die Beratung erfolgt kooperativ.

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Die Beratung wird non-direktiv geführt und die Selbstbestimmungsrechte der ratsuchenden Person werden respektiert.
- Je nach Bedarf der ratsuchenden Person werden Handlungsalternativen unter Berücksichtigung der individuellen Situation gemeinsam erarbeitet oder konkrete Handlungsangebote zum weiteren Vorgehen gesetzt.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen bewerten es als positiv, wenn Handlungsoptionen gemeinsam mit der Beraterin /dem Berater überlegt werden. Dabei gehen die Vorstellungen der Nutzer/-innen über die Gestaltung dieses Prozesses auseinander: Ein Teil schätzt die Gemeinsamkeit, dass also im wechselseitigen Austausch Handlungsalternativen erarbeitet werden. Die Berater/-innen verstehen sich in dieser Vorstellung von Beratung somit als unterstützender Teil in einem Prozess der Entscheidungsfindung, der Wissen und Erfahrung non-direktiv beisteuert. Dagegen wird aber auch die Haltung vertreten, dass Ratsuchende dankbar sind für konkrete Handlungsvorschläge. Diese sollen dabei nicht nur die verschiedenen Möglichkeiten aufzeigen, sondern auch eine Bewertung einschließen, wie diese Alternativen zu priorisieren und zu favorisieren sind. In jedem Fall sollte das Vorgehen in einem einvernehmlichen Prozess ausgehandelt und abgestimmt werden.

V Die Beratung ist strukturiert und folgt gemeinsamen Absprachen.

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Der Beratungsprozess wird durch die Beraterin/den Berater strukturiert.

Nutzerbefragung:

- Die geplanten Schritte werden transparent aufgezeigt und mit der ratsuchenden Person abgestimmt.

Erläuterung

Den Nutzer/-innen ist es wichtig zu erleben, dass der Beratungsprozess von der Beraterin/dem Berater gesteuert und geleitet wird. Dies schließt die Anwendung gezielter Fragetechniken, mit denen das Beratungsanliegen systematisch erfasst wird, und eines methodischen Aufbaus des Beratungsprozesses ein. In die weitere Prozessplanung wollen die Nutzer/-innen dann eingebunden werden und erwarten Transparenz über die Schritte im Beratungsprozess.

Der Beratungsprozess bei Pflege in Not Berlin in der Übersicht



Beratungsanfragen können Sie **telefonisch** oder auch **schriftlich** an Pflege in Not richten. Sollten Sie uns telefonisch einmal nicht erreichen, können Sie auf einem Anrufbeantworter eine Nachricht hinterlassen. Unsere Berater/-innen melden sich **in der Regel am folgenden Werktag** bei Ihnen.

Die Beratung steht **sowohl Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als auch Pflege- und Leitungspersonal** und anderen an der Pflege beteiligten Personen offen.

Im ersten Telefonat mit einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter von Pflege in Not können Sie **ausführlich und in Ruhe Ihr Anliegen schildern und besprechen**. Häufig kann hier bereits eine Entlastung oder ein Lösungsansatz entstehen.

Diese telefonische Beratung können Sie auch **mehrfach ohne Begrenzung** in Anspruch nehmen. In besonderen Situationen können Sie telefonische oder persönliche **Gesprächstermine** vereinbaren. Dabei werden Sie möglichst **immer mit Ihrer Beraterin/Ihrem Berater aus dem Erstgespräch** sprechen.

Für Beratungsgespräche steht **nach Bedarf bis zu einer Stunde** zur Verfügung, bei Bedarf kann ein **Folgetermin** vereinbart werden.

Unsere Berater/-innen widmen sich u.a. folgenden Problemen:

- **Überlastungsfolgen in der Familienpflege** (Aggressionen, Misshandlung, Schuldgefühle, körperliche und psychische Krankheitssymptome bei pflegenden Angehörigen)
- **Konflikte mit Leistungsanbietern** (würdelose und gefährliche Pflege, Beschwerden, Hausverbot für Angehörige, Androhung von Anzeigen)
- **Konflikte in Einrichtungen** („schwierige“ Angehörige oder Bewohner, Mobbing, Gewaltsituationen)
- **Informationsmangel** (Leistungspflicht der Einrichtungen, Krankheitsbilder, ärztliche Versorgung)

Unser Anspruch ist es, **durch eine individuelle Beratung die Pflegesituation zu stabilisieren oder zu verbessern**.

Für bestimmte Themen benennen wir Ihnen spezialisierte Mitarbeiter/-innen:

- **Persönliche psychologische Beratung**: bis zu 10 Gespräche bei besonders intensiven innerpsychischen Konfliktsituationen
- **Mediation**: Vermittlung bei Konflikten zwischen einzelnen Personen und pflegerischen Einrichtungen
- **Familiengespräche**
- **Fallbesprechungen** in Pflegeeinrichtungen
- **Online-Beratung für pflegende Kinder und Jugendliche**

Anlage 6:

Qualitätsrichtlinie zur Beratung des Informations- und
Beschwerdetelefon „Pflege und Wohnen in Einrichtungen“ der
Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

QUALITÄTSRICHTLINIE

ZUR BERATUNG DES INFORMATIONEN- UND BESCHWERDETELEFONS PFLEGE UND WOHNEN IN EINRICHTUNGEN DER VERBRAUCHERZENTRALE RHEINLAND-PFALZ

Erarbeitet mit Nutzerinnen und Nutzern des Informations- und Beschwerdetelefon im Rahmen des Projekts „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ)“

Qualitätsrichtlinie zur Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Projektleitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

Projektpartner:

Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

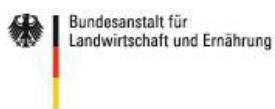
Projektförderung:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

Projekträgerschaft:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Einführung	1
Qualitätsrichtlinie zur Beratung des Informations- und Beschwerdetelefons Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz	3
Erläuterungen und Evaluationskriterien zur Qualitätsrichtlinie	4
Qualitätsbereich 1: Rahmenbedingungen und Infrastruktur	5
Qualitätsbereich 2: Theoretische und konzeptionelle Fundierung.....	10
Qualitätsbereich 3: Kompetenz und Qualifizierung	11
Qualitätsbereich 4: Beratungsinhalte	13
Qualitätsbereich 5: Beratungsprozess	16
Der Beratungsprozess in der Übersicht	19

Einführung

Pflegebedürftig zu werden bedeutet für die Betroffenen und ihre Familie eine Veränderung ihrer bisherigen Lebensumstände. Sie sind konfrontiert mit einer unsicheren und unbekanntem Situation, in der sich viele Fragen und Herausforderungen ergeben. Beratung kann dazu beitragen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Anpassung an die veränderten Lebensumstände zu unterstützen und Hilfs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Eine besondere Bedeutung kommt der Beratung bei Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Pflege zu, wenn es Konflikte mit professionellen Leistungserbringern oder bei der Inanspruchnahme von Leistungen gibt. Untersuchungen zeigen, dass Beratungsangebote von Nutzer/-innen vielfach als hilfreich erlebt werden. Allerdings bestehen bei der Umsetzung der Beratung große Unterschiede. Auch fehlt es an Qualitätsmaßstäben, an denen sich die Beratung orientieren kann und die eine Evaluation der Beratung ermöglichen.

An diesem Punkt setzt das Projekt „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ)“ an, in dessen Rahmen diese Qualitätsrichtlinie für die Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz erarbeitet wurde. Kernelement bei der Entwicklung war die intensive Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen des Beratungsangebotes: Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung wurden in insgesamt drei Workshops Erwartungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge an die Beratung herausgearbeitet und als Qualitätsanforderungen formuliert. An den Workshops teilgenommen haben pflegende Angehörige sowie Berater/-innen anderer Angebote im Kontext Pflege. Parallel wurde eine schriftliche Nutzerbefragung durchgeführt, in der neben der Zufriedenheit mit der Beratung weitere wichtige Aspekte der Beratung aus der Nutzerperspektive erfasst wurden.

Der Prozess wurde durch Wissenschaftler/-innen der Hochschule Osnabrück koordiniert und methodisch geleitet. Begleitend wurden die Berater/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon zur Abstimmung des Prozesses und über eine Kommentierung der Ergebnisse einbezogen. Die Qualitätsrichtlinie spiegelt jedoch ausschließlich die Perspektive der Teilnehmer/-innen der Workshops wider, die um Erkenntnisse aus der Nutzerbefragung ergänzt wurde. Damit ist es gelungen, ein Anforderungsprofil für die Beratung zu erarbeiten, welches auf den Vorstellungen derjenigen basiert, die diese nutzen.

Die so erarbeitete Qualitätsrichtlinie orientiert sich im Aufbau am Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege¹. Dieser stellt eine konzeptionelle Grundlage für Inhalte und Qualitätsanforderungen von Beratungsangeboten in der Pflege anhand von fünf Qualitätsbereichen dar: **Rahmenbedingungen und Infrastruktur, theoretische und konzeptionelle Fundierung, Kompetenz und Qualifizierung, Beratungsinhalte** und **Beratungsprozess**. Diese fünf Qualitätsbereiche wurden für die vorliegende Qualitätsrichtlinie aufgegriffen und dazu jeweils ein Leitsatz und Qualitätsziele formuliert.

Auf den folgenden Seiten findet sich zunächst die Qualitätsrichtlinie im Überblick. Anschließend werden die einzelnen Qualitätsziele ausführlich erläutert und Kriterien zur Evaluation der Beratung formuliert. Um den Beratungsprozess für Ratsuchende transparent zu gestalten und eine Orientierung beim Einstieg in die Beratung zu bieten, wurde eine für

¹ Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2016) Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Qualitaetsrahmen_Beratung_Pflege.pdf

Ratsuchende leicht einsehbare und verständlich gestaltete Übersicht über die Schritte in der Beratung erstellt, die das vorliegende Dokument abschließt.

Als Anwender/-innen der Qualitätsrichtlinie werden die Mitarbeiter/-innen des Informations- und Beschwerdetelefons verstanden. Gleichzeitig stehen Träger und Führungsebene des Beratungsangebotes in der Verantwortung, die Rahmenbedingungen zur Durchführung der Beratung im Sinne der Qualitätsrichtlinie zu gewährleisten. Neben Leistungsträgern sind auch politisch Verantwortliche auf kommunaler sowie Landesebene angesprochen.

Qualitätsrichtlinie zur Beratung des Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Zielsetzung:

Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die in (rechtlichen) Fragen der Pflegesituation zur Wahrnehmung ihrer Interessen innerhalb der gesetzlich gegebenen Möglichkeiten beiträgt.

Leitsatz 1: Das Beratungsangebot ist für Ratsuchende niedrigschwellig zugänglich.

Qualitätsziele:

- ✓ Die angesprochene Zielgruppe weiß in einer Bedarfssituation um das Informations- und Beschwerdetelefon und seine spezifischen Beratungsinhalte und nutzt das Beratungsangebot.
- ✓ Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit den Berater/-innen sind ohne formale Hürden und orientieren sich an den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- ✓ Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.
- ✓ Die Beratung erfolgt zeitnah.
- ✓ Die Beratung ist kostenfrei.
- ✓ Der Beratungsrahmen ist vertraulich.
- ✓ Das Informations- und Beschwerdetelefon ist Bestandteil einer Beratungslandschaft und kooperativer Partner weiterer Beratungsangebote in Rheinland-Pfalz.

Leitsatz 2: Das Beratungsangebot ist theoretisch-konzeptionell fundiert.

Das Konzept enthält mindestens Aussagen zu:

- ✓ Welche ethische Haltung der Beratung zu Grunde liegt und wie diese umgesetzt wird
- ✓ Wie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Ratsuchenden aufgebaut wird
- ✓ Wie die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsangeboten und weiteren professionellen Akteuren gestaltet wird
- ✓ Wie die fachliche und personale Kompetenz der Berater/-innen sichergestellt wird
- ✓ Welcher methodische Ansatz der Gestaltung des Beratungsprozesses zu Grunde liegt

Leitsatz 3: Das Beratungsteam ist handlungskompetent.

Qualitätsziele:

- ✓ Fachliche Kompetenz
 - Breites fachliches Wissen zu rechtlichen Fragen bzgl. Pflege und Versorgung
 - Wissen um die Besonderheiten einer (familiären) Pflegesituation
 - Besondere Expertise in ausgewählten Rechtsbereichen von Pflege und Versorgung
- ✓ Personale Kompetenz
 - Freundliches und zugewandtes Auftreten
 - Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Situation der ratsuchenden Person
 - Fähigkeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zur ratsuchenden Person

Leitsatz 4: Die Beratung zu rechtlichen Fragen im Themenfeld von Pflege und Versorgung ist die Kernkompetenz des Informations- und Beschwerdetelefon.

Qualitätsziele:

- ✓ Umfassende Informationen und Beratung zu pflege- und leistungsrechtlichen Themen
- ✓ Bedarfsgerechte Unterstützung bei formalen und rechtlichen Verfahren im Kontext von Pflege
- ✓ Aufklärung der Bevölkerung zu aktuellen pflege- und versorgungsrechtlichen Themen

Leitsatz 5: Die Beratung orientiert sich an der Perspektive und den Bedürfnissen der ratsuchenden Person.

Qualitätsziele:

- ✓ Die Individualität des Beratungsanliegens wird berücksichtigt.
- ✓ Die Beratung ist verständlich.
- ✓ Die Ratsuchenden werden durch die Berater/-innen parteilich vertreten.
- ✓ Die Ratsuchenden werden fortlaufend über den Beratungsprozess informiert.
- ✓ Der Zeitrahmen für die Beratung ist bedarfs- und bedürfnisorientiert und berücksichtigt formale Fristsetzungen.

Erläuterungen und Evaluationskriterien zur Qualitätsrichtlinie

Die folgenden Ausführungen erläutern nun die einzelnen Qualitätsbereiche anhand der Ergebnisse aus den drei Workshops mit den Nutzer/-innen der Beratung.

Für jeden Qualitätsbereich ist zunächst ein Leitsatz definiert, der richtungsweisend für den jeweiligen Bereich sein soll. Darunter folgen jeweils Qualitätsziele, die es in diesem Bereich zu erreichen gilt. Einzelne Qualitätsziele sind mit dem Zusatz „besonders wertvoll“ versehen: diese Aspekte wurden von den Teilnehmer/-innen der Workshops als besonders wichtig erachtet.

Eine Ausnahme bei der Darstellung der Qualitätsziele bildet Qualitätsbereich 2. Inhalt dieses Bereichs ist das theoretisch-konzeptionelle Fundament der Beratung. Hier sollten die Inhalte aus den Workshops mit den Nutzer/-innen richtungsweisend sein, eine Ausarbeitung kann aber nur durch die Verantwortlichen und Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle geleistet werden, da nur diese auf der Basis ihrer Expertise und ihres lokalen Wissens die formulierten Anforderungen in eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung übertragen können. Zudem werden in einem Konzept das Beratungsverständnis und die mit dem Beratungsprozess verbundenen Ziele festgelegt. Auch die Auseinandersetzung mit diesen Fragen kann nur durch die Verantwortlichen und Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle erfolgen.

Zum vertiefenden Verständnis sind den zu erreichenden Qualitätszielen Erläuterungen angefügt, die konsequent aus der Perspektive der Nutzer/-innen formuliert sind, die an den Workshops teilgenommen haben. An relevanten Stellen werden Erkenntnisse aus der schriftlichen Nutzerbefragung ergänzt, die aber lediglich als Bestätigung der Inhalte der Workshops dienen sollen. An der nicht-repräsentativen Befragung nahmen 85 Nutzer/-innen des Beratungsangebotes teil, 70 Prozent davon waren entweder selbst pflegebedürftig oder Angehörige einer pflegebedürftigen Person.

Zur Überprüfung des Umsetzungsgrads der Qualitätsrichtlinie sind zu jedem Qualitätsziel Evaluationskriterien formuliert. Dabei sind die Datenquellen berücksichtigt, die zur Evaluation herangezogen werden müssen. Eine Reihe von Evaluationskriterien sind Aspekte der *strukturellen Rahmenbedingungen*, wie etwa der Zugang zur Beratung gewährleistet ist und welche Qualifikation die Berater/-innen aufweisen. Eine *Dokumentenanalyse* sollte Aufschluss über weitere Evaluationskriterien geben können, die sich auf einzelne Beratungsaspekte und Aktivitäten des Informations- und Beschwerdetelefons und seiner Mitarbeiter/-innen beziehen. Ein erheblicher Teil der Evaluationskriterien kann nur durch die Nutzer/-innen des Beratungsangebots bewertet werden, da Qualitätsaspekte wie die personale Kompetenz der Berater/-innen und die Ausrichtung der Beratung auf die Bedürfnisse Ratsuchender einer hohen Subjektivität unterliegen. Eine regelmäßige *Nutzerbefragung* ist zur Evaluation des Beratungsangebotes daher unumgänglich.

Qualitätsbereich 1: Rahmenbedingungen und Infrastruktur

Leitsatz 1: Das Beratungsangebot ist für Ratsuchende niedrigschwellig zugänglich.

Qualitätsziele

- ✓ **Die angesprochene Zielgruppe weiß in einer Bedarfssituation um das Informations- und Beschwerdetelefon und seine spezifischen Beratungsinhalte und nutzt das Beratungsangebot.**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Verantwortliche und Mitarbeiter/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon tragen durch Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit dazu bei, dass das Beratungsangebot in der Bevölkerung bekannt ist.
- Die Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit betont die Inhalte und Ziele der Beratung und die Nähe zu den Nutzer/-innen von Pflegeleistungen.
- Der Internetauftritt des Beratungsangebots, Informationsflyer o.ä. werden möglichst persönlich gestaltet und vermitteln einen Eindruck von den Berater/-innen.

Erläuterung

Ein hoher Bekanntheitsgrad des Beratungsangebots wird von den Nutzer/-innen als unerlässlich eingeschätzt. Ein niedrigschwelliger Zugang sei nur dann gewährleistet, wenn Ratsuchende überhaupt vom Beratungsangebot wissen. Im nächsten Schritt sehen die Workshop-Teilnehmer/-innen die fehlende Möglichkeit des persönlichen Kontakts als potentiell große Hürde für Ratsuchende. Da das Anliegen, mit dem sich die Ratsuchenden an die Beratung wenden, meist sehr persönlich und emotional aufgeladen sei, bestehe im Vorfeld der Beratung eine Hemmschwelle, sich „fremden Personen“ mit diesen Anliegen zu öffnen. Zusätzlich hätten die Vorstellungen, die mit einer Rechtsberatung verbunden werden, eine abschreckende Wirkung. Den Jurist/-innen wird oftmals nicht das nötige Einfühlungsvermögen für die Pflegesituation zugetraut, vielfach wird auch die Sorge vor juristischer Fachsprache geäußert. In vielen Fällen müsse daher, nach Angaben der Workshop-Teilnehmer/-innen, von den Berater/-innen in Pflegestützpunkten eine Brücke zum Informations- und Beschwerdetelefon geschlagen werden und Befangenheiten gegenüber der Rechtsberatung abgebaut werden. Zusammengefasst bestehen also zwei Herausforderungen hinsichtlich der Vertrauensbildung: die Anonymität der Berater/-innen, die durch eine ausschließlich telefonische oder schriftliche Beratung zusätzlich begünstigt wird, und die Vorbehalte gegenüber Rechtsexpert/-innen als Ratgeber in Pflegefragen. Aus den genannten Aspekten lässt sich folgern, dass es einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit bzgl. der Inhalte und Ziele der Beratung bedarf, um zum einen die Bevölkerung auf die Möglichkeit der Beratung aufmerksam zu machen, zum anderen muss die Nähe zu den Nutzer/-innen von Pflegeleistungen und ein besonderes Verständnis für die Herausforderungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit verdeutlicht werden. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit einer ‚Ent-Anonymisierung‘ der Berater/-innen. Von allen Teilnehmer/-innen begrüßt und als hilfreich bewertet wird ein Gruppenfoto des Beratungsteams auf der Homepage der Verbraucherzentrale bzw. des

Beratungsangebots. Für Einzelfotos der Berater/-innen als noch persönlichere Variante wird kein Konsens gefunden.

- ✓ **Die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit den Berater/-innen sind ohne formale Hürden und orientieren sich an den Bedürfnissen der Ratsuchenden.**

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die Beratung kann telefonisch und schriftlich (Email, Post, Fax) sowie bei Bedarf persönlich in der Beratungsstelle erfolgen.
- Ratsuchende können Beratungsanfragen ohne formalen Aufwand direkt an die Berater/-innen richten.

Dokumentenanalyse:

- Ratsuchende haben im Beratungsteam eine feste Ansprechpartnerin/einen festen Ansprechpartner.

Erläuterung

Aus Sicht der Workshop-Teilnehmer/-innen sollten für einen niedrighschwelligigen Zugang verschiedene Formen des Beratungskontakts angeboten werden. Die Möglichkeit, per Email mit den Berater/-innen Kontakt aufzunehmen, wird für andere Akteure im Pflegewesen, z.B. Berater/-innen in den Pflegestützpunkten, begrüßt, da dies besonders gut in den beruflichen Alltag zu integrieren sei. Insbesondere für Pflegebedürftige und Angehörige wird aber zusätzlich die Möglichkeit eines Face-to-Face-Kontakts gewünscht, da bei einigen Ratsuchenden zu hohe Hemmungen bzgl. des schriftlichen oder auch rein telefonischen Kontakts wahrgenommen werden. Für Laien wird es in vielen Fällen als große Hürde bewertet, ohne einen persönlichen Eindruck von den Berater/-innen mit vertraulichen Daten und Informationen auf diese zuzugehen. Gleichzeitig sei es aber auch für diese Zielgruppe wichtig, alternativ eine rein telefonische oder schriftliche Beratung wählen zu können, wobei auf die Größe des Einzugsgebiets der Beratungsstelle verwiesen wird.

Die Kontaktaufnahme soll dabei möglichst „unkompliziert“ erfolgen können. Kriterium einer unkomplizierten Kontaktaufnahme ist zum einen die Möglichkeit, Berater/-innen direkt ansprechen zu können, ohne formelle Anträge o.ä. einreichen zu müssen. Dabei sei es auch hilfreich, wenn beim ersten Kontakt ein/e Mitarbeiter/in das Anliegen aufnimmt und bei Bedarf zielsicher an die geeignete Ansprechpartnerin/den geeigneten Ansprechpartner im Beratungsteam weiterleiten kann. Zum anderen ist für die Nutzer/-innen wichtig, dass Ratsuchende bei mehrfachen Kontakten eine feste Bezugsperson im Beratungsteam haben.

✓ **Die telefonischen Sprechzeiten entsprechen den Bedürfnissen der Ratsuchenden.**

besonders
wertvoll

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Eine telefonische Sprechzeit der Berater/-innen wird täglich (Montag bis Freitag) angeboten.
- Der Zeitrahmen der täglich gleichbleibenden Sprechzeit beträgt mindestens vier Stunden.
- An mindestens einem Wochentag findet die Sprechzeit bis 19:00 Uhr statt.
- Wenn das Telefon nicht besetzt ist, ist ein Anrufbeantworter geschaltet, auf dem die Bitte um Rückruf hinterlassen werden kann.

Erläuterung

Die Teilnehmer/-innen der Workshops wünschen sich eine hohe telefonische Erreichbarkeit der Berater/-innen. Sprechzeiten sollten täglich (Montag bis Freitag) angeboten werden und einen Zeitraum von jeweils mind. vier Stunden umfassen. Besonders nutzerfreundlich sei eine täglich gleichbleibende Kernsprechzeit im Zeitraum üblicher Bürozeiten, bspw. von 09:00 Uhr bis 13:00 Uhr. Speziell für Berufstätige wird das Angebot einer Abendsprechstunde für sinnvoll erachtet. An einem möglichst gleichbleibenden Wochentag sollte daher die Sprechzeit in den Nachmittags- bzw. Abendstunden angeboten werden, so dass die Berater/-innen bis 19:00 Uhr erreichbar sind. Für Ratsuchende, insbesondere pflegende Angehörige mit eng bemessenen zeitlichen Ressourcen, sei es schwierig, im laufenden Alltag einem zu eng gesteckten Zeitfenster zu folgen bzw. nur am Vormittag die Möglichkeit zu haben, die Beratung zu kontaktieren. Auch von Seiten der Befragten der schriftlichen Nutzerbefragung ist der Wunsch nach ausreichend bemessenen telefonischen Sprechzeiten von zentraler Bedeutung.

Darüber hinaus ist es den Nutzer/-innen wichtig, dass während und außerhalb der Sprechzeiten ein Anrufbeantworter geschaltet ist, sodass die Bitte um Rückruf hinterlassen werden kann. Dadurch kämen Betroffene nicht in die Situation, mehrfach anrufen zu müssen und ein Frustrationserlebnis zu erfahren. Zusätzlich sollte die Ansage des Anrufbeantworters Angaben zu den Sprechzeiten beinhalten.

✓ **Die Beratung erfolgt zeitnah.**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Eine erste Rückmeldung auf eine Beratungsanfrage erfolgt direkt im Rahmen der Sprechzeiten oder spätestens am folgenden Werktag.
- Eine ausführliche Beratung/eine ausführliche schriftliche Rückmeldung erfolgt in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des Anliegens und unter Berücksichtigung damit verbundener gesetzlicher Fristen, spätestens jedoch innerhalb der ersten vier Wochen nach der Beratungsanfrage.

Erläuterung

Hinsichtlich des Wunsches nach einer zeitnahen Beratung wird von den Workshop-Teilnehmer/-innen angeregt, zwischen einer ersten Rückmeldung auf eine Beratungsanfrage und der tatsächlichen Beratung zu differenzieren. Die Bestätigung, dass die Beratungsanfrage erfasst wurde, soll spätestens am nächsten Werktag erfolgen. Für Ausnahmen aufgrund eines hohen Beratungsaufkommens wird von den Nutzer/-innen Verständnis gezeigt, wichtig sei in diesen Fällen allerdings eine transparente Kommunikation der Umstände an die Ratsuchenden. Es wird betont, dass die kurzfristige Bestätigung der Beratungsanfrage von zentraler Bedeutung sei, da die ratsuchende Person dann wisse, dass ihr Anliegen aufgenommen wurde und eine ausführliche Beratung folgt. Für einzelne Anliegen sei es zudem wichtig, zügig geeignete Ansprechpartner/-innen zu haben. Als Beispiel werden Fragen bzgl. der Wäschekennzeichnung in stationären Pflegeeinrichtungen genannt, was meist nur eine kurze Information erfordere, die aber schnell verfügbar sein müsse, um Streitigkeiten zeitnah lösen zu können. In diesem ersten Kontakt soll daher eine kurze Situationseinschätzung vorgenommen werden, um die Dringlichkeit des Anliegens bewerten zu können und den Umfang des Beratungsbedarfs abzuschätzen.

Einen konkreten Zeitrahmen zu definieren, in dem nach der Beratungsanfrage bzw. dem Erstkontakt eine ausführliche Beratung erfolgen soll, stellt sich als Herausforderung dar. Es wird mehrfach von den Teilnehmer/-innen darauf hingewiesen, dass die Dringlichkeit des Anliegens und evtl. bestehende Fristen, bspw. bei einem Widerspruchsverfahren gegen die Zuordnung in einen Grad der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekasse, berücksichtigt werden müssen. Gleichzeitig wird aber die Schwierigkeit gesehen, diese Priorisierung in der realen Beratungspraxis vorzunehmen und als Qualitätsmaßstab zu formulieren. Es folgt der Vorschlag, als maximalen Zeitrahmen vier Wochen festzusetzen, wobei ausdrücklich darauf verwiesen wird, dass sich dieser Zeitraum auf ein erstes Beratungsgespräch/eine erste ausführliche schriftliche Rückmeldung bezieht, und nicht der gesamte Beratungsprozess innerhalb dieses Zeitfensters abgeschlossen sein müsse. Viele Anliegen werden von den Ratsuchenden als dringlich bewertet, oftmals sind existenzielle Fragen damit verknüpft. Gleichwohl ist der Zeitrahmen, in dem Rechtsbesorgungen durchgeführt werden, maßgeblich abhängig von Dritten und kann von den Beraterinnen der Verbraucherzentrale nur in Teilen beeinflusst werden. Die Klärung existenzieller Fragen ist damit oftmals erst nach erfolgreicher Rechtsbesorgung möglich.

✓ **Die Beratung ist kostenfrei.**

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die Beratung wird kostenfrei angeboten

Erläuterung:

Die Kostenfreiheit des Beratungsangebots wird als zentraler Qualitätsaspekt für den niedrighschwelligen Zugang betont. Im Fall einer kostenpflichtigen Beratung bestünde die Gefahr, dass ein Großteil der Ratsuchenden die Beratung nicht mehr in Anspruch nimmt und Ratsuchende mit niedrigem Einkommen ausgeschlossen werden.

besonders
wertvoll

✓ **Der Beratungsrahmen ist vertraulich.**

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die Beratung kann auf Wunsch anonym durchgeführt werden.

Dokumentenanalyse:

- Es bestehen Regelungen zum Umgang mit persönlichen Daten, die für die Ratsuchenden transparent sind.

Erläuterung

Für die Nutzer/-innen ist es wichtig, dass durch die Beratung ein Rahmen geboten wird, in dem das Anliegen völlig offen besprochen werden kann. Da die Beratung oftmals die Preisgabe sehr persönlicher Informationen erfordert, sollte die Beratung grundsätzlich anonym möglich sein, sofern die ratsuchende Person das wünscht. Für diejenigen Beratungsfälle, in denen personenbezogene Daten angegeben werden, müssten Regelungen zum Schutz der Daten bestehen, die für die Ratsuchenden transparent sind. Dies wird von den Teilnehmer/-innen der Workshops genannt, lässt sich aber auch aus der schriftlichen Nutzerbefragung ableiten. Hier wurde die Frage nach der Umsetzung des Datenschutzes auffallend häufig nicht beantwortet und oftmals mit einem handschriftlichen Zusatz versehen, der darauf verweist, dass der Datenschutz von Ratsuchenden nicht beurteilt werden könne. Hilfreich sei hier nach Ansicht der Workshop-Teilnehmer/-innen ein entsprechendes Merkblatt, welches bei Bedarf an Ratsuchende ausgegeben wird.

✓ **Das Informations- und Beschwerdetelefon ist Bestandteil einer Beratungslandschaft und kooperativer Partner weiterer Beratungsangebote in Rheinland-Pfalz.**

besonders
wertvoll

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Die Mitarbeiter/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon stehen in regelmäßigem Austausch mit anderen professionellen Akteuren in Rheinland-Pfalz.
- Eine einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zu aktuellen Themen wird vom Informations- und Beschwerdetelefon forciert; die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeit werden nachhaltig aufbereitet.
- Im Beratungsprozess wird eine gemeinsame Fallarbeit mit Berater/-innen anderer Angebote bei Bedarf angeregt; die Kompetenzen der beteiligten Berater/-innen sind eindeutig geklärt.
- Ergebnisse juristischer Verfahren werden den Berater/-innen anderer Angebote, insbesondere den Pflegestützpunkten, anonymisiert zur Verfügung gestellt.

Erläuterung

Der kollegiale Austausch über fachliche Fragen mit den Berater/-innen der Verbraucherzentrale wird von Ratsuchenden mit professionellem Hintergrund sehr

geschätzt. Dies böte zum einen die Möglichkeit, aktuelle Fragen zu diskutieren, zum anderen könnte so ein besserer Einblick in die relevanten Themen aus der Perspektive von Pflegebedürftigen und Angehörigen gewonnen werden. Den Austausch bewerten professionelle Nutzer/-innen als wechselseitig gewinnbringend, da durch die kollegiale Beratung auch die Berater/-innen des Informations- und Beschwerdetelefons von den Informationen aus anderen Beratungsangeboten profitieren können. Positive Erwähnung finden auch nachhaltige Ergebnisse einer gemeinsamen Zusammenarbeit, bspw. wurde eine Broschüre zur Vertragsgestaltung entwickelt, die inhaltlich Ergebnis mehrerer Beratungsgespräche zu diesem Themenbereich ist. Um die verschiedenen Kompetenzen für die Ratsuchenden gewinnbringend einsetzen zu können, wird die Möglichkeit zur gemeinsamen Fallarbeit angeregt. Eine weitere Anregung bezieht sich auf eine Datenbank, in der die Ergebnisse juristischer Verfahren einsehbar sind. Dies böte insbesondere den Berater/-innen in Pflegestützpunkten die Möglichkeit, anhand von Beispielfällen die eigenen Kompetenzen zu erweitern.

Qualitätsbereich 2: Theoretische und konzeptionelle Fundierung

Leitsatz: Das Beratungsangebot ist theoretisch-konzeptionell fundiert.

Inhalt dieses Bereichs ist das theoretisch-konzeptionelle Fundament der Beratung. Demnach sollte das Konzept mindestens Aussagen zu folgenden Aspekten enthalten:

- ✓ **Welche ethische Haltung der Beratung zu Grunde liegt und wie diese umgesetzt wird**
- ✓ **Wie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Ratsuchenden und Berater/-innen aufgebaut wird**
- ✓ **Wie die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsangeboten und weiteren professionellen Akteuren gestaltet wird**
- ✓ **Wie die fachliche und personale Kompetenz der Berater/-innen sichergestellt wird**
- ✓ **Welcher methodische Ansatz der Gestaltung des Beratungsprozesses zu Grunde liegt**

Erläuterung

Dieser Qualitätsbereich bildet eine Ausnahme bei der Formulierung von Qualitätsanforderungen. Zwar sollen die Inhalte aus den Workshops mit den Nutzer/-innen richtungsweisend sein, eine Ausarbeitung des konzeptionellen Fundaments kann aber nur durch die Verantwortlichen und Mitarbeiter/-innen der Beratungsstelle geleistet werden. Bspw. wird durch die Nutzer/-innen der Anspruch formuliert, durch öffentlichkeitswirksame Maßnahmen einen möglichst hohen Bekanntheitsgrad des Beratungsangebotes sicherzustellen oder die Zusammenarbeit mit anderen beratenden Institutionen zu gewährleisten. Welche Maßnahmen dann konkret ergriffen werden und wie in diesem Sinne die Zusammenarbeit mit Dritten gestaltet wird, kann durch die Nutzer/-innen nicht vorgegeben werden. Auch der methodisch-konzeptionelle Ansatz, an dem sich der Beratungsprozess

ausrichtet, muss durch das Beratungsangebot festgelegt werden, sollte aber so gewählt werden, dass die Qualitätsansprüche der Nutzer/-innen umgesetzt werden können. Qualitätsziel in diesem Qualitätsbereich ist also, dass die Anforderungen der Nutzer/-innen in eine theoretische Konzeptualisierung übertragen werden. Dies muss durch eine inhaltliche Prüfung des Konzepts bzw. einen Abgleich mit den in dieser Qualitätsrichtlinie formulierten Anforderungen erfolgen.

Qualitätsbereich 3: Kompetenz und Qualifizierung

Leitsatz: Das Beratungsteam ist handlungskompetent.

Qualitätsziele

Die Berater/-innen verfügen über:

✓ **Fachliche Kompetenz**

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Die Berater/-innen verfügen über breites, fachliches Wissen zu rechtlichen Themen im Kontext von Pflege und Versorgung.
- Die Berater/-innen verfügen über Beratungserfahrung im Kontext Pflege. Bei besonderer Eignung kann das Wissen um die Besonderheiten einer (familiären) Pflegesituation anderweitig nachgewiesen werden.
- Die einzelnen Mitglieder des Beratungsteams weisen eine besondere Expertise in ausgewählten Rechtsbereichen von Pflege und Versorgung auf, die Teammitglieder ergänzen sich in ihrer Fachexpertise.

Dokumentenanalyse:

- Verantwortliche des Informations- und Beschwerdetelefon stellen sicher, dass die Fachkompetenz der Berater/-innen regelmäßig aktualisiert wird.
- Die Beraterin/der Berater erkennt die Grenzen der eigenen Kompetenz und kommuniziert diese offen; Ratsuchende werden nach weiterführender Recherche kontaktiert und über die Ergebnisse informiert.

Erläuterung

Den Mitarbeiter/-innen des Informations- und Beschwerdetelefon wird von den Nutzer/-innen eine spezielle Expertise zugeschrieben, diese aber auch entsprechend des Beratungsschwerpunkts des Informations- und Beschwerdetelefon erwartet. Vorrangig erwarten sowohl die Teilnehmer/-innen der Workshops als auch diejenigen der schriftlichen Nutzerbefragung ein breites Fachwissen in pflegerechtlichen Fragen. Gefordert wird fundiertes Wissen zu den Gesetzen des SGB V und XI, insbesondere der Leistungsgewährung durch die Pflegekassen. Auf allgemeiner Ebene ist diese Forderung nach fundiertem und umfangreichem Wissen schwierig zu operationalisieren bzw. muss zu einer Evaluation dahingehend formalisiert werden, dass die notwendige berufliche Qualifikation der Berater/-innen klar umrissen wird. Verbraucherzentralen haben nach § 8

besonders
wertvoll

Rechtsdienstleistungsgesetz die Erlaubnis, Rechtsdienstleistungen zu erbringen. Darüber hinaus sind alle in dem Projekt rechtsberatend und -besorgend tätigen Mitarbeiter/-innen Jurist/-innen. Damit ist bereits eine qualitativ solide Grundlage hinsichtlich der Fachkompetenz geschaffen. In diesem Sinne ist das genannte Evaluationskriterium eher als Hinweis zu verstehen, dass die rechtliche Expertise der Berater/-innen Themen rund um Pflege und Versorgung fokussiert, was im Einstellungsverfahren der Berater/-innen berücksichtigt werden sollte.

Zudem wird Fachwissen zu „Spezialthemen“, wie etwa der rechtlichen Ausgestaltung betreuter Wohngruppen, gefordert, da abseits der Verbraucherzentrale keine entsprechenden Expert/-innen in diesen Fragen verfügbar seien. Über diese Expertise in ausgewählten Rechtsbereichen müsse nicht jede Beraterin/jeder Berater verfügen, das Beratungsteam sich aber gegenseitig hinsichtlich einer besonderen Expertise in rechtlichen Nischenbereichen ergänzen.

Das Wissen um die Herausforderungen (familiärer) Pflegesituationen wird von den Nutzer/-innen als expliziter Bestandteil der Fachkompetenz ausgewiesen. Diese werde idealerweise durch berufspraktische Erfahrung im Kontext von Pflege erworben. Denkbar sei aber auch, dass das Wissen um die Besonderheiten einer familiären Pflegesituation theoretisch oder über persönliche Erfahrung erschlossen und nachgewiesen werden kann. Darüber hinaus hat die Führungsebene des Beratungsangebots dafür Sorge zu tragen, dass das Fachwissen der Mitarbeiter/-innen durch geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen regelmäßig aktualisiert wird.

Die Workshop-Teilnehmer/-innen ergänzen, dass das Vertrauen in die Expertise der Berater/-innen auch dadurch gestärkt wird, dass diese ihre Wissenslücken offen kommunizieren. Die Beratungsanliegen der Ratsuchenden werden als teils so individuell erlebt, dass die ad-hoc-Beantwortung aller Beratungsfragen nicht immer möglich sei. Wissenslücken in bestimmten Einzelfällen werden daher von den Nutzer/-innen nicht negativ bewertet, aber ein transparenter Umgang damit sowie die Bereitschaft zu einer entsprechenden weiterführenden Recherche erwartet, über deren Ergebnisse die ratsuchende Person unaufgefordert informiert wird.

✓ **Personale Kompetenz**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Verantwortliche des Informations- und Beschwerdetelefon unterstützen den Erhalt und die Entwicklung personaler Kompetenzen mit geeigneten Maßnahmen.

Nutzerbefragung:

- Die Beraterin/der Berater ist freundlich und zugewandt.
- Die Beraterin/der Berater verfügt über Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Situation der ratsuchenden Person.
- Die Beraterin/der Berater baut eine vertrauensvolle Beziehung zur ratsuchenden Person auf.

besonders
wertvoll

Erläuterung

Die gewünschte personale Kompetenz bezieht sich auf mehrere Aspekte, die im Wesentlichen aber eine zugewandte Haltung der Berater/-innen erfordert. Die Nutzer/-innen wünschen sich, dass die Berater/-innen das Gefühl vermitteln, dass die Ratsuchenden mit ihren Anliegen willkommen sind und sich durch ein freundliches Auftreten auszeichnen. Zudem erwarten die Nutzer/-innen, dass die Berater/-innen sensibel auf ihr Anliegen eingehen, da der Weg zur Beratung für die Ratsuchenden oftmals die Preisgabe sehr persönlicher und intimer Informationen bedeute. Gerade die Beratung am Telefon erfordere ein besonderes Feingefühl der Berater/-innen. Aus diesem Grund erwarten die Nutzer/-innen auch eine hohe Vertraulichkeit in der Beratung. Die Berater/-innen der Verbraucherzentrale sollen nach Ansicht der Nutzer/-innen den Ratsuchenden das Gefühl vermitteln, dass ihr Anliegen verstanden wird, ohne dass der problemhafte Charakter detailliert erklärt werden muss.

Die Pflege personaler Kompetenzen sollte durch die Führungsebene des Informations- und Beschwerdetelefon unterstützt werden. Geeignete Maßnahmen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung personaler Kompetenzen können bspw. Supervisionen oder die kollegiale Beratung sein.

Qualitätsbereich 4: Beratungsinhalte

Leitsatz: Die Beratung zu rechtlichen Fragen im Themenfeld von Pflege und Versorgung ist die Kernkompetenz des Informations- und Beschwerdetelefon.

Die Nutzer/-innen sehen das Informations- und Beschwerdetelefon mit seiner speziellen Expertise als wichtigen Bestandteil der Beratungslandschaft, der das gesetzliche Angebot in den Pflegestützpunkten oder die Aufgaben von Prüfbehörden ergänzt. Für Berater/-innen anderer Angebote bietet die Verbraucherzentrale mit dem Informations- und Beschwerdetelefon zudem die Sicherheit, in schwierigen Beratungssituationen auf diese Expertise zurückgreifen zu können. Die Konzentration auf diesen Beratungsschwerpunkt ist Voraussetzung für die hohe Kompetenz des Informations- und Beschwerdetelefon in diesem Themenfeld.

Qualitätsziele

- ✓ **Umfassende Informationen und Beratung zu pflege- und leistungsrechtlichen Themen**

Evaluationskriterien

Strukturelle Rahmenbedingungen:

Folgende Themenbereiche sind Bestandteil des Beratungsangebots und werden in Informationsbroschüren, dem Internetauftritt u.ä.deutlich aufgeführt :

- Leistungen des SGB XI (Pflegeversicherung) sowie relevante Leistungen des SGB V (Krankenversicherung) und SGB XII (Sozialhilfe)
- Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
- Verträge und Abrechnungen mit Leistungsträgern und -anbietern

- Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBG)
- Möglichkeiten der legalen Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen sowie von Pflege- und Betreuungskräften (sog. „24 h-Betreuungskräfte“)

Nutzerbefragung:

- Ratsuchende fühlen sich umfassend zu den nachgefragten Themen informiert.

Erläuterung

Im Zentrum der geäußerten Erwartungen der Ratsuchenden stehen pflege- und leistungsrechtliche Fragen. An diesem Punkt wird die Kompetenz anderer Beratungsangebote in der Regel überschritten, gleichzeitig besteht ein hoher Bedarf seitens der Verbraucher/-innen, zu diesen Themen beraten zu werden. Auch in der schriftlichen Nutzerbefragung zeigt sich, dass Ratsuchende aus privaten Haushalten sich bzgl. ihrer eigenen Rechte wenig informiert fühlen: Vielfach wird der Wunsch nach Aufklärung über die Gesetzeslage und die rechtlichen Ansprüche seitens der Betroffenen geäußert. Eng mit rechtlichen Fragen verknüpft ist der Wunsch nach Beratung rund um die Leistungen des SGB XI. Hier stehen Information und Aufklärung bzgl. des Pflegebegutachtungsverfahrens des MDK im Zentrum der Erwartungen, was meist auch die Möglichkeiten zum Widerspruch gegen die Einstufung der Pflegebedürftigkeit beinhaltet. Aber auch die für Pflegebedürftige relevanten Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung (SGB V) sowie der Sozialhilfe (SGB XII) werden von den Nutzer/-innen nachgefragt und sollten daher Bestandteil des Beratungsangebotes sein. Hinsichtlich des SGB XII sei allerdings darauf verwiesen, dass aufgrund der rechtlichen Beratungsbefugnis nur Basisinformationen vermittelt werden dürfen, eine umfassende Beratung oder gar Rechtsbesorgung kann nicht erfolgen.

✓ **Bedarfsgerechte Unterstützung bei formalen und rechtlichen Verfahren im Kontext von Pflege**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Der Unterstützungsbedarf bei formalen/juristischen Verfahren wird systematisch erfasst.

Nutzerbefragung:

- Die Unterstützung bei formalen/juristischen Verfahren wird bedarfsgerecht umgesetzt.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen wünschen sich, dass die Berater/-innen über die reine Weitergabe von Information und Handlungsanleitung hinaus tätig werden und Ratsuchende bei rechtlichen Verfahren aktiv unterstützen. Ratsuchende fühlen sich im Regelfall von formalen Verfahren überfordert und erleben es als Belastung, die notwendigen bürokratischen Prozesse einzuleiten bzw. selbstständig zu führen. Als zentrale Beispiele werden die Antragsstellung zur Pflegebegutachtung durch den MDK und der Widerspruch gegen die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit genannt, aber auch Beschwerdeverfahren gegen

Leistungsträger und -anbieter. Die Unterstützung bei diesen Vorgängen und/oder die Übernahme einzelner Schritte erleben die Nutzer/-innen als Erleichterung ihres Versorgungsalltags. Die Teilnehmer/-innen der Workshops ergänzen, dass dies unter Umständen auch die aktive Bereitschaft erfordere, mit den Ratsuchenden den Rechtsweg zu beschreiten.

Die Workshop-Teilnehmer/-innen fügen darüber hinaus hinzu, dass die erteilte Unterstützung sich an den Möglichkeiten des Ratsuchenden orientieren muss. So könnten einige Ratsuchende bspw. bei einem Widerspruchsverfahren Informationen gut verbalisieren oder verschriftlichen, andere hätten da größere Schwierigkeiten und bedürften mehr Unterstützung. Je nach Komplexität des Beratungsanliegens und den Ressourcen der ratsuchenden Person sei auch eine vollständige Übernahme des formalen oder juristischen Prozesses angezeigt (im Sinne einer Rechtsbesorgung).

✓ **Aufklärung der Bevölkerung zu aktuellen pflege- und versorgungsrechtlichen Themen**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Aktuelle verbraucherrelevante Themen werden identifiziert und Aufklärungsbedarf abgeleitet.
- Es werden geeignete Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung zu aktuellen verbraucherrelevante Themen ausgewählt und umgesetzt.
- Informationen zu den relevantesten Themen für Verbraucher/-innen werden übersichtlich und in schriftlicher Form aufbereitet und Ratsuchenden frei zur Verfügung gestellt.

Erläuterung

Die Teilnehmer/-innen der Workshops berichten, dass die Verbraucherzentrale regelmäßig auf einen allgemeinen Beratungsbedarf reagiere, der sich aus den Beratungsgesprächen des Informations- und Beschwerdetelefon und dem Austausch mit anderen professionellen Akteuren ableiten lasse. Als konkretes Beispiel werden Informationsveranstaltungen für Verbraucher/-innen und professionelle Akteure zu betreuten Wohnformen genannt, die als Resultat einer Vielzahl von Beratungsanfragen zu diesem Thema angeboten wurden. Dem Leitgedanken des Verbraucherschutzes folgend wird die Identifikation von breitem Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung zu aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen als Teil des Auftrags der Verbraucherzentrale innerhalb der Beratungslandschaft von Rheinland-Pfalz gesehen.

Weiterhin ginge es im Sinne einer Übersetzungshilfe vielfach darum, Gesetzestexte für Verbraucher/-innen verständlich zu machen, dabei müssten auch komplexe Zusammenhänge erkannt und laiengerecht aufbereitet werden können. Wünschenswert sei außerdem, für die Ratsuchenden eine Broschüre o.ä. anzufertigen, in der Informationen zu den häufigsten Beratungsthemen aufbereitet werden.

Qualitätsbereich 5: Beratungsprozess

Leitsatz: Die Beratung orientiert sich an der Perspektive und den Bedürfnissen der ratsuchenden Person.

Qualitätsziele

- ✓ **Die Individualität des Beratungsanliegens wird berücksichtigt.**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Der individuelle Beratungsbedarf wird systematisch zu Beginn der Beratung erfasst

Nutzerbefragung:

- Der lebensweltliche Kontext des Ratsuchenden wird aufgegriffen und erarbeitete Handlungsalternativen berücksichtigen die Besonderheiten der Pflege- und Versorgungssituation.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen erwarten, dass die Ratsuchenden mit ihrem individuellen Beratungsanliegen als Einzelfälle wahrgenommen werden und kein einheitliches Beratungsschema unreflektiert zum Einsatz kommt. Nach Ansicht der Teilnehmer/-innen der Workshops sind die Beratungsfälle des Informations- und Beschwerdetelefons oftmals so individuell, dass eine Vernachlässigung der speziellen Gegebenheiten in der Beratung als mangelnde Wertschätzung gegenüber der ratsuchenden Person gewertet wird. Zudem steigere die Anerkennung der Besonderheiten des Einzelfalls das Vertrauen in die Beratung, was für einen gelingenden Beratungsprozess zentral sei. Auch von den Teilnehmer/-innen der schriftlichen Nutzerbefragung wird vielfach der Wunsch geäußert, dass die Beraterin/der Berater die Individualität des Anliegens erkennt und alternative Lösungsmöglichkeiten aufzeigen kann.

- ✓ **Die Beratung ist verständlich.**

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Beratungsinhalte werden verständlich vermittelt und orientieren sich am Wissens- und Erfahrungshorizont der ratsuchenden Person.
- Ratsuchende werden motiviert Verständnis- oder Rückfragen zu stellen; Beratungsinhalte ggf. mehrfach und/oder detaillierter ausgeführt.

Erläuterung

Die Berater/-innen sollen sich bei der Vermittlung des Fachwissens am Wissens- und Erfahrungshorizont der ratsuchenden Person orientieren und die Beratung für alle Ratsuchenden verständlich gestalten. Speziell, da es sich um eine Rechtsberatung

besonders
wertvoll

handelt, sei es von wesentlicher Bedeutung, auf juristische Fachsprache zu verzichten und Informationen und Handlungsoptionen stattdessen nutzerorientiert zu vermitteln. Dies erfordert auch das Signal an die Ratsuchenden, jederzeit Verständnis- oder Rückfragen zu stellen, sowie die Bereitschaft, einzelne Details ggf. mehrfach zu erläutern.

✓ **Die Ratsuchenden werden durch die Berater/-innen parteilich vertreten.**

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Die Ratsuchenden werden über ihre Rechte aufgeklärt.
- Die Ratsuchenden werden zur Durchsetzung ihrer Rechte motiviert und dabei aktiv unterstützt.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen haben den Eindruck, dass ihr Einfordern von Leistungen von anderen Akteuren im Pflegewesen häufig als ungerechtfertigt bewertet wird. In der Verbraucherzentrale werden dagegen die Rechte der Ratsuchenden wahrgenommen und deren Position parteilich gestärkt. Dadurch erfahren die Ratsuchenden eine Legitimation ihrer Erwartungen an Leistungsträger und –anbieter. Auch in der schriftlichen Nutzerbefragung zeigt sich, dass die Befragten ein Aufklärungsdefizit hinsichtlich ihrer eigenen Rechte wahrnehmen und sich bei der Verbraucherzentrale über ihre rechtlich verbindlichen Ansprüche informieren möchten. Dabei erwarten die Befragten ebenfalls, dass die Berater/-innen der Verbraucherzentrale sich als Vertreter/-innen der Ratsuchenden verstehen und z.B. Argumentationshilfen bei Problemen mit Pflegeeinrichtungen anbieten. Die parteiliche Vertretung durch die Berater/-innen des Informations- und Beschwerdetelefons erleben viele der Befragten zum einen als große Erleichterung ihres Alltags, erhalten dadurch aber vor allem auch ein Gefühl der Sicherheit. Sie erleben sich in ihrer Rolle in der Versorgungslandschaft gestärkt.

✓ **Die Ratsuchenden werden fortlaufend über den Beratungsprozess informiert.**

Evaluationskriterien

Nutzerbefragung:

- Ratsuchende werden über den Verlauf eingeleiteter Verfahren im Vorfeld und bei aktuellen Veränderungen informiert.

Erläuterung

Die Nutzer/-innen erwarten im laufenden Beratungsprozess sowohl über den Ablauf als auch über neue Entwicklungen informiert zu werden. Insbesondere, da die Verfahren teils von Dritten abhängig sind und sich über einen längeren Zeitraum hinziehen können, sei es wichtig, sich darauf verlassen zu können, dass aktuelle Informationen unaufgefordert mitgeteilt werden.

- ✓ **Der Zeitrahmen für die Beratung ist bedarfs- und bedürfnisorientiert und berücksichtigt formale Fristsetzungen.**

Evaluationskriterien

Dokumentenanalyse:

- Bei der Bearbeitung notwendiger formaler und/oder juristischer Vorgänge wird die Komplexität und Dringlichkeit des Beratungsanliegens berücksichtigt.

Nutzerbefragung:

- Die Gestaltung des Zeitrahmens für die Beratungsgespräche orientiert sich an den Bedürfnissen der ratsuchenden Person.

Erläuterung

Um den Bedürfnissen der Ratsuchenden gerecht zu werden sollen die Berater/-innen sich nach Wunsch der Nutzer/-innen ausreichend Zeit nehmen, um das Beratungsanliegen vollständig zu klären. Es wird angemerkt, dass eine völlige Orientierung an den Bedürfnissen Ratsuchender nicht möglich und auch nicht angebracht sei. Wohl aber sollte verdeutlicht werden, dass die Beratungsgespräche nicht unter Zeitdruck erfolgen. Einen generellen Zeitrahmen festzusetzen sei nicht möglich, da dies vom Anliegen der ratsuchenden Person und deren Komplexität abhängig sei, für ein Erstgespräch sollte in der Regel aber ein wenig mehr Zeit eingeplant werden.

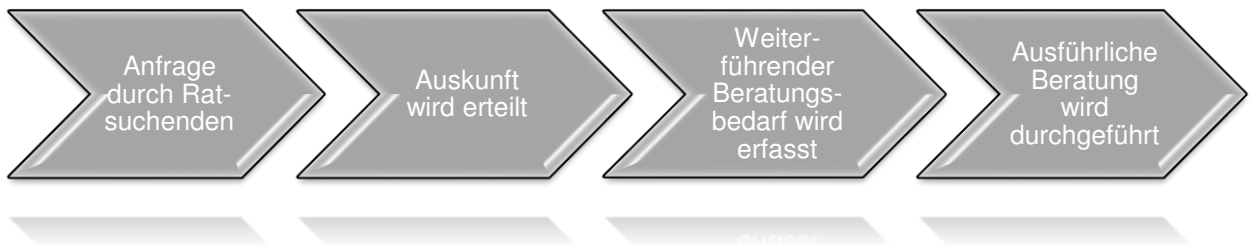
Zudem wünschen sich die Nutzer/-innen, dass Beratungsanfragen zügig bearbeitet werden. Welcher Zeitrahmen noch als „zügig“ definiert werden kann, wird dabei vom Anliegen der ratsuchenden Person abhängig gemacht. Bei aufwändigen Anfragen mit komplizierten Rechtsproblemen werden längere Bearbeitungszeiten akzeptiert, da den Berater/-innen noch Zeit zu einer Recherche eingeräumt wird.

Der Beratungsprozess in der Übersicht

Die Beratung steht allen pflegebedürftigen Personen, die in Rheinland-Pfalz leben, und deren Angehörigen offen. Die Berater/-innen des Informations- und Beschwerdetelefons sind **juristische Fachkräfte**, die über Erfahrung im Kontext von Pflege verfügen und **mit den drängenden Problemen von Betroffenen und deren Angehörigen gut vertraut** sind.

Unsere Mitarbeiter/-innen beraten und unterstützen u.a. zu folgenden Themen:

- Leistungen des SGB XI (Pflegeversicherung) sowie relevante Leistungen des SGB V (Krankenversicherung) und des SGB XII (Sozialhilfe)
- Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
- Verträge und Abrechnungen mit Leistungsträgern und -anbietern
- Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG)
- Möglichkeiten der legalen Beschäftigung ausländischer Haushaltshilfen sowie von Pflege- und Betreuungskräften (sog. „24h-Betreuungskräfte“)



Beratungsanfragen können Sie auf folgenden Wegen an das Informations- und Beschwerdetelefon richten:

- **schriftlich** per Mail/Post
- **telefonisch**
- **persönlich** in der Beratungsstelle

Außerhalb der Sprechzeiten können Sie auf einem Anrufbeantworter eine Nachricht hinterlassen, unsere Berater/-innen rufen Sie zurück.

Die Beratung ist in jedem Fall **kostenfrei**.

Wird eine konkrete Information benötigt, können Ihnen unsere Berater/-innen im Regelfall **unmittelbar** weiterhelfen.

Bei schriftlicher Kontaktaufnahme oder bei telefonischer Kontaktaufnahme außerhalb der Sprechzeiten melden sich unsere Berater/-innen in der Regel **spätestens am folgenden Arbeitstag** bei Ihnen.

Unsere Berater/-innen werden mit Ihnen das Beratungsanliegen **individuell** erörtern.

Bei Beratungsbedarf, der eine kurze Information überschreitet, bieten Ihnen unsere Mitarbeiter/-innen eine **weiterführende Beratung** an.

Der Art und Dringlichkeit des Beratungsanliegens entsprechend erhalten Sie einen telefonischen Beratungstermin oder eine ausführliche schriftliche Rückmeldung **innerhalb von maximal vier Wochen** nach Ihrer Anfrage.

Je nach Bedarf kann die Beratung über diesen Zeitraum hinaus fortgesetzt werden.

Abhängig vom Umfang Ihres Anliegens und Ihren Möglichkeiten können unsere Berater/-innen eine **ausführliche Rechtsberatung bis hin zu einer außergerichtlichen Rechtsvertretung** (Rechtsbesorgung) durchführen. Das heißt, dass unsere Berater/-innen z.B. bei einem Widerspruch gegen einen Leistungsbescheid der Pflegekasse stellvertretend für Sie mit dieser Kontakt aufnehmen und Ihre berechtigten Ansprüche durchsetzen. Die Formulierung einer Klageschrift oder eine rechtliche Vertretung vor Gericht sind dagegen nicht möglich.

Anlage 7:

Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt
des Landkreises Osnabrück



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

QUALITÄTSSTANDARD ZUR PFLEGEBERATUNG IM SENIOREN- UND PFLEGESTÜTZPUNKT DES LANDKREISES OSNABRÜCK

Erarbeitet mit Nutzerinnen und Nutzern der Pflegeberatung
im Rahmen des Projekts „Partizipative Qualitätsentwicklung
in der Pflegeberatung (PartiziQ)“

Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück

Projektleitung:

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück

Projektpartner:

Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen im Landkreis Osnabrück

Projektförderung:

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV)

Projekträgerschaft:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Gefördert durch:



Bundesministerium
der Justiz und
für Verbraucherschutz



Bundesanstalt für
Landwirtschaft und Ernährung

ptble

Projektträger Bundesanstalt
für Landwirtschaft und Ernährung

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Einführung	1
Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück	2
Erläuterungen zum Qualitätsstandard	4
Vorbemerkungen	4
Kontaktaufnahme und Orientierungsphase	4
Klärungsphase.....	9
Veränderungsphase	9
Abschlussphase.....	12
Der Beratungsprozess in der Übersicht	13
Kriterien zur Evaluation des Beratungsangebotes	14

Einführung

Pflegebedürftig zu werden bedeutet für die Betroffenen und ihre Familie eine Veränderung ihrer bisherigen Lebensumstände. Sie sind konfrontiert mit einer unsicheren und unbekanntem Situation, in der sich viele Fragen und Herausforderungen ergeben. Beratung kann dazu beitragen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Anpassung an die veränderten Lebensumstände zu unterstützen und Hilfs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Untersuchungen zeigen, dass Beratungsangebote von Nutzer/-innen vielfach als hilfreich erlebt werden. Allerdings bestehen bei der Umsetzung der Beratung große Unterschiede. Auch fehlt es an Qualitätsmaßstäben, an denen sich die Beratung orientieren kann und die eine Evaluation der Beratung ermöglichen.

An diesem Punkt setzt das Projekt „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ)“ an, in dessen Rahmen dieser Qualitätsstandard für die Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück erarbeitet wurde. Kernelement bei der Entwicklung war die intensive Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen der Beratungsstelle: Im Sinne einer partizipativen Qualitätsentwicklung wurden in insgesamt vier Workshops Erwartungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge an den Pflegestützpunkt herausgearbeitet und als Qualitätsanforderungen formuliert.

Teilgenommen haben Pflegebedürftige, (pflegende) Angehörige, ehrenamtliche Seniorenbegleiter/-innen und Berater/-innen anderer Angebote im Kontext Pflege. Der Prozess wurde durch Wissenschaftler/-innen der Hochschule Osnabrück koordiniert und methodisch geleitet. Die Berater/-innen des Senioren- und Pflegestützpunktes wurden zur Abstimmung des Prozesses und für eine Kommentierung der Ergebnisse begleitend einbezogen. Der Qualitätsstandard spiegelt jedoch ausschließlich die Perspektive der Workshop-Teilnehmer/-innen wider. Damit ist es gelungen, ein Anforderungsprofil für die Beratung zu erarbeiten, welches auf den Vorstellungen der tatsächlichen und potenziellen Nutzer/-innen basiert.

Auf den folgenden Seiten findet sich zunächst der erarbeitete Qualitätsstandard, differenziert in Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In den anschließenden Erläuterungen werden die einzelnen Kriterien des Qualitätsstandards näher ausgeführt. Die Erläuterungen sind in der Logik des Beratungsprozesses aufgebaut – Kontaktaufnahme und Orientierung, Klärung, Veränderung und Abschluss. Um den Beratungsprozess für Ratsuchende transparent zu gestalten und eine Orientierung beim Einstieg in die Beratung zu bieten, wurde eine leicht einsehbare und verständlich gestaltete Übersicht über die Schritte der Beratung erstellt, die im Anschluss an die Erläuterungen zu finden ist. Abschließend sind Kriterien zur Evaluation und Überprüfung der Beratung in einer Übersicht zusammengefasst.

Im Zentrum der Qualitätskriterien stehen Anforderungen an die fachlichen und personalen Kompetenzen der Berater/-innen, die als Anwender/-innen des Qualitätsstandards verstanden werden. Gleichzeitig steht die Führungsebene des Pflegestützpunktes in der Verantwortung, die Rahmenbedingungen zur Durchführung der Beratung im Sinne des Qualitätsstandards zu gewährleisten. Hier sind zunächst die Leistungsträger des Beratungsangebotes angesprochen, aber auch politisch Verantwortliche auf kommunaler sowie Landesebene.

Qualitätsstandard zur Pflegeberatung im Senioren- und Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück

Zielsetzung: Jede ratsuchende Person erhält eine individuelle Beratung, die die Pflegesituation stabilisiert und/oder verbessert.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt stellt die Rahmenbedingungen für einen niedrighschwelligen Zugang für Ratsuchende sicher.</p>	<p>P1 Träger und Mitarbeiter/-innen des Senioren- und Pflegestützpunkts betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit, um die lokale Bevölkerung sowie Haus- und Facharztpraxen und Leistungsanbieter über das Beratungsangebot zu informieren.</p>	<p>E1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist in der Bevölkerung sowie in Haus- und Facharztpraxen und bei Leistungsanbietern bekannt. Ratsuchende können die Beratung ohne erheblichen persönlichen Aufwand in Anspruch nehmen.</p>
<p>S2 Der Senioren- und Pflegestützpunkt verfügt über eine Verfahrensregelung zur Reaktion auf Beratungsanfragen, die nutzergerecht aufbereitet und einsehbar ist.</p>	<p>P2 Der/die Berater/-in nimmt nach einer Beratungsanfrage spätestens am folgenden Werktag mit der ratsuchenden Person Kontakt auf und bietet abhängig von der Dringlichkeit innerhalb von acht Tagen eine Beratung an.</p>	<p>E2a Die ratsuchende Person weiß nach der ersten Beratungsanfrage, dass ihr Beratungsanliegen erfasst wurde und ist über den Zeitpunkt einer ausführlichen Beratung informiert.</p> <p>E2b Die Beratung erfolgt entsprechend der individuellen Situation der ratsuchenden Person zeitnah durch eine fest zugeordnete Beraterin/einen fest zugeordneten Berater.</p>
<p>S3 Der/die Berater/-in verfügt über kommunikative Kompetenz und Einfühlungsvermögen.</p>	<p>P3a Der/die Berater/-in führt die Beratung mit der ratsuchenden Person freundlich-zugewandt durch und zeigt sich in einem der Situation angemessenem Maß einfühlsam.</p> <p>P3b Der/die Berater/-in signalisiert eine non-direktive Beratungsausrichtung und bezieht die Perspektive der ratsuchenden Person ein.</p> <p>P3c Der/die Berater/-in signalisiert, dass sie/er in der Beratung die Interessen der ratsuchenden Person vertritt.</p>	<p>E3a Die ratsuchende Person fühlt sich mit ihrem Beratungsanliegen wertgeschätzt und verstanden und erlebt sich als gleichberechtigte Expertin/gleichberechtigten Experten für die eigene Pflegesituation.</p> <p>E3b Die ratsuchende Person fühlt sich durch die Beraterin/den Berater in ihrem Sinne vertreten und erlebt ein Gefühl von Sicherheit.</p>
<p>S4 Der/die Berater/-in verfügt über die Kompetenz zur Erfassung und Einschätzung des Beratungsbedarfes.</p>	<p>P4 Der/die Berater/-in klärt systematisch mit der ratsuchenden Person den Beratungsbedarf und greift dabei die Lebenssituation der beteiligten Personen auf.</p>	<p>E4 Der Beratungsbedarf ist individuell und aktuell erfasst.</p>

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S5a Der/die Berater/-in verfügt über breites fachliches Wissen zu Fragen der Pflege und Versorgung.</p> <p>S5b Der/die Berater/-in verfügt über Informationen über regionale Leistungsanbieter, die auch Hinweise zu Leistungs- und Qualitätsmerkmalen beinhalten und ist mit den formalen Abläufen rund um die Versorgungsgestaltung bei Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit vertraut.</p> <p>S5c Der Senioren- und Pflegestützpunkt hält Informationsmaterial zu den Beratungsthemen für Ratsuchende bereit.</p>	<p>P5a Der/die Berater/-in vermittelt die Beratungsinhalte verständlich, bedarfsgerecht und präzise.</p> <p>P5b Der/die Berater/-in informiert die ratsuchende Person über Versorgungs- und Unterstützungsoptionen sowie relevante administrative Schritte zur Stabilisierung und Verbesserung der Pflegesituation und vermittelt bei weiterführendem Beratungs- und Unterstützungsbedarf geeignete Ansprechpartner/-innen.</p>	<p>E5a Die Entscheidungs- und Handlungskompetenz der ratsuchenden Person ist gestärkt.</p> <p>E5b Die ratsuchende Person fühlt sich ausreichend zu Themen der Pflege und Versorgung informiert und kennt relevante Versorgungs- und Unterstützungsoptionen sowie Ansprechpartner/-innen für ihr individuelles Beratungsanliegen.</p>
<p>S6 Der/die Berater/-in verfügt über die Kompetenz, ein Konzept zur Versorgungsgestaltung zu entwickeln.</p>	<p>P6 Der/die Berater/-in erarbeitet gemeinsam mit der ratsuchenden Person Handlungsalternativen, die die Individualität der Pflege- und Versorgungssituation berücksichtigen.</p>	<p>E6 Gemeinsam erarbeitete Handlungsoptionen sind für die ratsuchende Person in der individuellen Situation und vor dem Hintergrund verfügbarer Ressourcen umsetzbar.</p>
<p>S7 Der/die Berater/-in verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Einleitung der ausgehandelten Interventionen.</p>	<p>P7 Der/die Berater/-in unterstützt die ratsuchende Person bei der Umsetzung der ausgehandelten Interventionen bedarfsgerecht.</p>	<p>E7 Die ratsuchende Person erlebt die Pflegesituation als stabilisiert und/oder verbessert.</p>

Erläuterungen zum Qualitätsstandard

Vorbemerkungen

Die Qualitätsanforderungen an die Pflegeberatung des Senioren- und Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück werden in Kriterien der Struktur-, der Prozess- sowie der Ergebnisqualität unterteilt. Im Bereich der **Strukturqualität** werden die Rahmenbedingungen aufgeführt, die als Voraussetzung zur Ausführung der Beratung notwendig sind. Die **Prozessqualität** bildet die Art und Weise ab, wie die Beratung durchgeführt werden sollte und umfasst alle Tätigkeiten, die direkt oder indirekt auf den Beratungsprozess einwirken. Die **Ergebnisqualität** definiert die zu erreichenden Ziele der Beratung. Diese beziehen sich immer auf die Perspektive der Ratsuchenden. Die sieben Ebenen des Qualitätsstandards orientieren sich an den Phasen des Beratungsprozesses. Bei der **Kontaktaufnahme und Orientierungsphase** stehen der Aufbau eines geeigneten Beratungsumfeldes sowie die Orientierung auf der Beziehungs- und Inhaltsebene im Vordergrund. In der **Klärungsphase** wird das Anliegen der ratsuchenden Person geschildert, um der Beraterin/dem Berater ein Verstehen der Situation zu ermöglichen. Die Identifikation von Lösungsmöglichkeiten findet in der **Veränderungsphase** statt. In der **Abschlussphase** werden konkrete Schritte zur Umsetzung der Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

Kontaktaufnahme und Orientierungsphase

Zugang zur Beratung

Struktur	Prozess	Ergebnis
S1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt stellt die Rahmenbedingungen für einen niedragschweligen Zugang für Ratsuchende sicher.	P1 Träger und Mitarbeiter/-innen des Senioren- und Pflegestützpunkts betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit, um die lokale Bevölkerung sowie Haus- und Facharztpraxen und Leistungsanbieter über das Beratungsangebot zu informieren.	E1 Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist in der Bevölkerung sowie in Haus- und Facharztpraxen und bei Leistungsanbietern bekannt. Ratsuchende können die Beratung ohne erheblichen persönlichen Aufwand in Anspruch nehmen.

Der niedragschwellige Zugang zum Senioren- und Pflegestützpunkt ist aus Nutzersicht ein zentrales Qualitätsmerkmal. Im Vordergrund stehen dabei Aspekte der zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit der Berater/-innen, aber auch der Bekanntheitsgrad des Angebots bei Ratsuchenden. Hinsichtlich der strukturellen Rahmenbedingungen werden neben dem Aspekt der **Kostenfreiheit** der Beratung einige weitere Anforderungen durch die Nutzer/-innen definiert, die einen niedragschweligen Zugang sicherstellen:

- **Der Senioren- und Pflegestützpunkt stellt bei der Personal- und Arbeitsplanung die telefonische Erreichbarkeit mind. einer Beraterin/eines Beraters zu üblichen Bürozeiten sicher. Bei Abwesenheit der Berater/-innen informiert ein Anrufbeantworter über die nächstmögliche Erreichbarkeit oder den Zeitpunkt eines erwartbaren Rückrufs.** Die Nutzer/-innen wünschen sich, dass die Beratung von Montag bis Freitag zu den üblichen Bürozeiten verlässlich telefonisch erreichbar ist. Als Kernzeit wird der Zeitraum zwischen 09:00 Uhr und 16:00 Uhr vorgeschlagen. Eine explizit

ausgewiesene Abendsprechstunde wird nicht zwingend vorausgesetzt, allerdings wird darauf verwiesen, dass an mindestens einem Wochentag nach Vereinbarung Beratungstermine bis 20:00 Uhr möglich sein sollten. Dies sei insbesondere für berufstätige Angehörige wichtig. Gleichzeitig sei eine nutzerorientierte Lösung wünschenswert, wenn Anrufe nicht durchgestellt werden können (Anschluss ist besetzt oder Berater/-in nicht erreichbar), damit Betroffene nicht mehrfach anrufen müssen und dadurch ggf. ein Frustrationserlebnis entsteht. Vorgeschlagen wird daher ein Anrufbeantworter, auf dem persönliche Informationen hinterlassen werden können und dessen Ansage Auskunft darüber gibt, wann mit einem Rückruf durch die Berater/-innen gerechnet werden kann.

- **Die Beratung kann telefonisch, schriftlich oder persönlich im Senioren- und Pflegestützpunkt in Anspruch genommen werden. Bei Bedarf besteht zusätzlich die Möglichkeit des Hausbesuchs.** Diese Auswahl ist wichtig, um den verschiedenen Bedürfnissen der Ratsuchenden gerecht werden zu können. Der Hausbesuch wird von den Nutzer/-innen nicht zwingend in jeder Beratungssituation gefordert, stellt bei Bedarf aber ein wichtiges Leistungsmerkmal dar. Zum einen sei die Möglichkeit der Inanspruchnahme für diejenigen Ratsuchenden wichtig, die nicht persönlich in die Beratungsstelle kommen können, aber trotzdem eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch nehmen möchten. Zum anderen sei es bei häuslichen Pflegearrangements oftmals wichtig, dass die Beraterin/der Berater sich ein persönliches Bild von der Lebenssituation machen kann, um Verbesserungspotential in der Versorgung identifizieren zu können.
- **Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist für die lokale Bevölkerung mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar und für die Ratsuchenden bestehen möglichst geringe Anfahrtswege und -zeiten.** Dieser Aspekt wird insbesondere vor dem Hintergrund der großen Fläche des Landkreises betont, für den die Berater/-innen des Senioren- und Pflegestützpunktes zuständig sind. Aus Sicht der Nutzer/-innen ist ein lokaler Zugang zur Beratung erforderlich, bei einer zentralen Anlaufstelle ließen sich längere Anfahrtswege und -zeiten aber nie ganz vermeiden. Vorgeschlagen werden daher Sprechstunden in allen Teilen des Landkreises. Dabei wird auf die Nebenstellen des Landkreises verwiesen und angeregt, von verantwortlicher Stelle zu überlegen, ob diese ggf. mit Pflegeberater/-innen besetzt werden sollten. Gleichzeitig sei wichtig, dass der Senioren- und Pflegestützpunkt bzw. ggf. die entsprechenden Außenstellen mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sind, da viele Ratsuchende auf diese angewiesen seien.
- **Die Räumlichkeiten des Senioren- und Pflegestützpunkts sind leicht auffindbar, einladend gestaltet und ermöglichen ein ungestörtes Beratungsgespräch.** Für Ratsuchende, die ein persönliches Gespräch im Senioren- und Pflegestützpunkt suchen, sei es wichtig, dass die Räumlichkeiten zum einen leicht zu finden sind, was insbesondere vor dem Hintergrund der Ansiedlung der Beratungsstelle im Kreishaus des Landkreises Osnabrück von Bedeutung ist. Zum anderen sei wichtig, dass die Beratungsräume ansprechend gestaltet sind und eine vertrauensvolle Beratungsatmosphäre ermöglichen.
- **Der Senioren- und Pflegestützpunkt stellt eine aussagekräftige Namensgebung sicher, die Ratsuchenden ausreichend Hinweis auf Form und Inhalt der Beratung gibt.** Aus der Perspektive der Nutzer/-innen ist der Begriff Senioren- und Pflegestützpunkt kritisch zu bewerten, da dieser nicht ausreichend Hinweis auf die Ziele und die Zielgruppe der Beratung gibt und nicht mit den eigentlichen Inhalten der Pflegeberatung verbunden wird. Konsens wird dahingehend gefunden, dass der Begriff „Beratung/Beratungsstelle“ im Namen aufgegriffen werden sollte, ggf. als „zentrale Beratungsstelle für Pflege“. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass sich der Begriff Senioren- und Pflegestützpunkt nach

und nach durchsetze, so dass dieser Name zusätzlich erhalten bleiben sollte. Eine Möglichkeit wäre, den etablierten Namen des „Senioren- und Pflegestützpunkts“ mit einem Untertitel zu versehen, der sich deutlich auf die Beratung bezieht.

- **Der Senioren- und Pflegestützpunkt verfügt über ein Konzept zur Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Kräften, die das Beratungsangebot unterstützen.** Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist bereits durch das DUO-Qualifizierungsprogramm ehrenamtlicher Personen, die sich in der Betreuung Pflegebedürftiger engagieren, aktiv, was durch die Nutzer/-innen begrüßt wird. Darüber hinaus wird der Vorschlag eingebracht, auch die Beratungstätigkeit des Senioren- und Pflegestützpunktes verstärkt durch ehrenamtliche Kräfte zu unterstützen. Bspw. könnten diese bei akutem Informationsbedarf Ratsuchender oder dem Wunsch nach Austausch als lokale Ansprechpartner/-innen tätig werden. Dadurch könnte für Ratsuchende ein besserer Zugang zum Beratungsangebot in den verschiedenen Regionen des Landkreises gewährleistet werden. Das konkrete Aufgabenfeld und das dafür erforderliche Qualifikationsniveau der ehrenamtlichen Kräfte sind durch den Senioren- und Pflegestützpunkt zu definieren. Um eine aus möglichst vielen Perspektiven positive Situation zu erreichen, werden ehemals pflegende Angehörige vorgeschlagen, um diesen die Möglichkeit zu geben, ihr erworbenes Wissen weiterzugeben und in der Neuorientierungsphase nach der Pflege einer/s Angehörigen einer Aufgabe nachgehen zu können. Ausdrücklich betont wird von den Nutzer/-innen, dass die Unterstützung durch ehrenamtliche Kräfte keinen Einfluss auf die zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen dieses Standards notwendige Anzahl qualifizierter Mitarbeiter/-innen haben darf, sondern ausschließlich als Ergänzung des Beratungsangebots verstanden wird, um einen niedrigschwelligen Zugang zur Beratung sicherzustellen.

Damit das Beratungsangebot des Senioren- und Pflegestützpunktes bei potentiellen Ratsuchenden bekannt ist, wird der Bedarf einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit gesehen. Dabei sei es zum einen wichtig, die breite Bevölkerung auf den Senioren- und Pflegestützpunkt aufmerksam zu machen, zum anderen sollten Leistungsanbieter und -träger sensibilisiert werden, damit diese bei Bedarf auch auf das Beratungsangebot verweisen können. Die aus Nutzersicht zentrale Rolle hausärztlicher Praxen und deren Verantwortung, bei Beratungsbedarf Vermittlungsarbeit zu leisten, wird mehrfach betont. Diesbezüglich werden spezielle Schulungsangebote und Aufklärungskampagnen für diese Zielgruppe angeregt. Eine zu geringe Bekanntheit führe bspw. dazu, dass Anträge auf Leistungsgewährung durch die Pflegeversicherung im Alleingang gestellt werden und dann ggf. wegen mangelnden Wissens der Betroffenen nicht zum gewünschten Ziel führen. Diese Frustrationen seien vermeidbar, wenn die Beratung frühzeitig im Prozess der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen wird.

Reaktion auf Beratungsanfrage

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S2 Der Senioren- und Pflegestützpunkt verfügt über eine Verfahrensregelung zur Reaktion auf Beratungsanfragen, die nutzergerecht aufbereitet und einsehbar ist.</p>	<p>P2 Der/die Berater/-in nimmt nach einer Beratungsanfrage spätestens am folgenden Werktag mit der ratsuchenden Person Kontakt auf und bietet abhängig von der Dringlichkeit innerhalb von acht Tagen eine Beratung an.</p>	<p>E2a Die ratsuchende Person weiß nach der ersten Beratungsanfrage, dass ihr Beratungsanliegen erfasst wurde und ist über den Zeitpunkt einer ausführlichen Beratung informiert.</p> <p>E2b Die Beratung erfolgt entsprechend der individuellen Situation der ratsuchenden Person zeitnah durch eine fest zugeordnete Beraterin/einen fest zugeordneten Berater. .</p>

Die Nutzer/-innen erwarten, dass möglichst zeitnah zur Anfrage eine Beratung stattfindet. Dies sei wichtig, da dadurch gehandelt werden könne, bevor sich zugrunde liegende Probleme verfestigen oder verschlimmern. Dabei differenzieren die Nutzer/-innen zwischen der ersten Rückmeldung auf eine Beratungsanfrage und der tatsächlichen Beratung. Telefonische Beratungsanfragen sollten ebenso wie spontane Besuche im Senioren- und Pflegestützpunkt möglichst direkt entgegengenommen werden. Ist dies aus organisatorischen Gründen nicht möglich, bspw. weil die Anfrage außerhalb der Sprechzeiten gestellt wird oder die Berater/-innen in Beratungsgespräche eingebunden sind, sollte spätestens am folgenden Werktag ein Rückruf durch eine Beraterin/einen Berater erfolgen, sofern die ratsuchende Person entsprechende Informationen hinterlassen hat. Wenn die Beratungsanfrage am Morgen gestellt wird, wäre eine Rückmeldung noch am selben Tag wünschenswert. Bei schriftlichen Anfragen sollte die erste Rückmeldung ebenfalls spätestens am folgenden Werktag erfolgen. Die frühzeitige Aufnahme des ersten Beratungskontakts ist aus Sicht der Nutzer/-innen wichtig, damit die ratsuchende Person weiß, dass ihr Anliegen erfasst wurde und dadurch Sicherheit und Verbindlichkeit seitens des Senioren- und Pflegestützpunkts erlebt wird.

Sollte die ratsuchende Person eine Auskunft benötigen, erhält sie diese unmittelbar im ersten Beratungskontakt. Ziel dieses ersten Beratungskontakts sollte darüber hinaus sein, das Beratungsanliegen näher einzugrenzen sowie weitreichenderen Beratungsbedarf festzustellen und hinsichtlich der Dringlichkeit einzuschätzen. Wird im ersten Beratungskontakt ein über die Auskunftserteilung hinausreichender Beratungsbedarf festgestellt, wird ein Beratungstermin angeboten, bei dem das Anliegen ausführlich bearbeitet werden kann. Innerhalb welchen Zeitrahmens dieser Termin vergeben werden sollte, ist aus Sicht der Nutzer/-innen abhängig von der Dringlichkeit des Anliegens und kann nicht pauschal festgesetzt werden. Spätestens sollte die ausführliche Beratung acht Werktage nach der Anfrage angeboten werden, im Bedarfsfall deutlich früher. Die Beurteilung der Dringlichkeit obliege dabei der Kompetenz der Berater/-innen.

Um die Beratung auch für die Ratsuchenden möglichst effizient zu gestalten, möchten die Nutzer/-innen im Vorfeld eines Beratungstermins darüber informiert werden, wenn Unterlagen bereitgehalten werden sollten. Es sei ärgerlich, wenn die Beratung nur unzureichend durchgeführt werden könne, weil bspw. für weiterführende Aussagen die Einsicht eines Schreibens der Pflegekasse erforderlich ist.

Ist der Beratungsprozess einmal angestoßen, erwarten die Nutzer/-innen, dass ihnen im Senioren- und Pflegestützpunkt eine Bezugsperson zugeteilt ist und keine neuen

Beratungskontakte aufgebaut werden müssen. In diesem Sinne ist es wichtig, dass den einzelnen Ratsuchenden eine Beraterin/ein Berater fest zugeordnet wird und eine Regelung für die Vertretung in Krankheits- oder Urlaubszeiten besteht.

Beratungsbeziehung definieren

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>S3 Der/die Berater/-in verfügt über kommunikative Kompetenz und Einfühlungsvermögen.</p>	<p>P3a Der/die Berater/-in führt die Beratung mit der ratsuchenden Person freundlich-zugewandt durch und zeigt sich in einem der Situation angemessenem Maß einfühlsam.</p> <p>P3b Der/die Berater/-in signalisiert eine non-direktive Beratungsausrichtung und bezieht die Perspektive der ratsuchenden Person ein.</p> <p>P3c Der/die Berater/-in signalisiert, dass sie/er in der Beratung die Interessen der ratsuchenden Person vertritt.</p>	<p>E3a Die ratsuchende Person fühlt sich mit ihrem Beratungsanliegen wertgeschätzt und verstanden und erlebt sich als gleichberechtigte Expertin/gleichberechtigten Experten für die eigene Pflegesituation.</p> <p>E3b Die ratsuchende Person fühlt sich durch die Beraterin/den Berater in ihrem Sinne vertreten und erlebt ein Gefühl von Sicherheit.</p>

Die von den Nutzer/-innen geforderte personale Kompetenz der Berater/-innen setzt sich aus verschiedenen Aspekten zusammen, wird im Wesentlichen aber durch eine ausgeprägte kommunikative Kompetenz und Einfühlungsvermögen definiert. Ein freundliches Auftreten wird von den Nutzer/-innen beschrieben als ein geduldiges Eingehen auf die ratsuchende Person und deren Beratungsanliegen, wobei nicht das Gefühl hinterlassen wird, zur Last zu fallen, sondern Raum für weitere Fragen und Anliegen eröffnet wird. Eng damit verbunden ist das Erleben von Verständnis, welches die Beraterin/der Berater Ratsuchenden entgegenbringt. Diese Fähigkeit zu Empathie soll nach Ansicht der Nutzer/-innen aber den vorliegenden Umständen angepasst werden können und nicht Ausdruck in unangebrachtem Mitleid finden. Weitere genannte Eigenschaften der Berater/-innen sind Ehrlichkeit und Offenheit in der Vermittlung von Beratungsinhalten sowie Neutralität hinsichtlich professioneller Akteure und Leistungsanbieter.

Die Nutzer/-innen erwarten die Anerkennung des subjektiven Werts des Beratungsanliegens, so dass die ratsuchende Person sich in ihrem Anliegen respektiert und angenommen fühlt. Die Beratung soll nicht als Weitergabe von Handlungsanweisungen verstanden werden, sondern als Prozess, der die ratsuchende Person dazu befähigt, auf der Basis zur Verfügung gestellter Expertise eine für sie passende Entscheidung treffen zu können. Ratsuchende sollen als „Expert/innen“ für ihre Lebenssituation anerkannt werden, ihre Perspektive soll den Beratungsprozess bestimmen.

Zentrales Beratungsanliegen für die Nutzer/-innen sind Fragen rund um die Gewährung von Leistungen der Pflegekasse, die wiederum in engem Zusammenhang mit den Rechten, die den Ratsuchenden im Rahmen der Pflegeversicherung und Sozialhilfe zur Verfügung stehen, zu sehen sind. Die Nutzer/-innen empfinden dabei die Kranken- und/oder Pflegekasse häufig als gegnerische Partei, die überwiegend ökonomische Interessen verfolgt. Die Rolle der Berater/-innen wird daher auch in der Vertretung der Rechte Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gegenüber der Kranken- und Pflegekasse bzw. dem Medizinischen Dienst der

Krankenkassen (MDK) gesehen. So wünschen sich die Nutzer/-innen bspw. Begleitung bei der Pflegebegutachtung des MDK, um nicht übervorteilt zu werden. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass den Ratsuchenden die Legitimität ihrer Ansprüche deutlich gemacht wird. Die Beraterin/der Berater sollte sich als Fürsprecher/-in für die Belange der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verstehen und Ratsuchende ermutigen, ihre Rechte einzufordern. Ein notwendiger Aspekt bei der Gestaltung der Beratungsbeziehung ist auch die Klärung des zur Verfügung stehenden Zeitfensters für Beratungsgespräche. Dieses sollte sich nach Ansicht der Nutzer/-innen an den Bedürfnissen der ratsuchenden Person orientieren, wobei Verständnis für organisatorische Rahmenbedingungen gezeigt wird, die die Beratungszeit limitieren können. Wichtig sei dabei ein offener Umgang mit zeitlichen Vorgaben und bei Bedarf das Angebot weiterer Beratungstermine.

Klärungsphase

Beratungsbedarf klären

Struktur	Prozess	Ergebnis
S4 Der/die Berater/-in verfügt über die Kompetenz zur Erfassung und Einschätzung des Beratungsbedarfes.	P4 Der/die Berater/-in klärt systematisch mit der ratsuchenden Person den Beratungsbedarf und greift dabei die Lebenssituation der beteiligten Personen auf.	E4 Der Beratungsbedarf ist individuell und aktuell erfasst.

Die Nutzer/-innen haben Schwierigkeiten, ihren Beratungsbedarf auch im Nachgang der Beratung auf den Punkt zu konkretisieren. So erwarten sie von den Berater/-innen, dass diese einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten geben und dabei Hinweise und Tipps setzen, „auf die man selbst nicht kommen würde“. Dies lässt darauf schließen, dass das Beratungsanliegen und damit verbundene Fragen oftmals wenig konkret sind. Aufgabe der Berater/-innen ist es also, aus den Schilderungen der ratsuchenden Person mittels gezielter Fragetechniken und methodischer Kompetenz den Kern des Anliegens herauszuarbeiten. Dabei erwarten die Nutzer/-innen, dass dieser Prozess nicht nach einem einheitlichen Schema durchgeführt wird, sondern grundsätzlich der Einzelfall betrachtet wird und eine individuelle Einschätzung der Lebens- und Pflegesituation stattfindet.

Veränderungsphase

Pflege- und versorgungsrelevante Informationen vermitteln

Struktur	Prozess	Ergebnis
S5a Der/die Berater/-in verfügt über breites fachliches Wissen zu Fragen der Pflege und Versorgung.	P5a Der/die Berater/-in vermittelt die Beratungsinhalte verständlich, bedarfsgerecht und präzise.	E5a Die ratsuchende Person fühlt sich ausreichend zu Themen der Pflege und Versorgung informiert und kennt relevante Versorgungs- und Unterstützungsoptionen sowie Ansprechpartner/-innen für ihr individuelles Beratungsanliegen.
S5b Der/die Berater/-in verfügt über Informationen über regionale Leistungsanbieter, die auch Hinweise zu Leistungs-	P5b Der/die Berater/-in informiert die ratsuchende Person über Versorgungs- und Unterstützungsoptionen sowie	

<p>und Qualitätsmerkmalen beinhalten und ist mit den formalen Abläufen rund um die Versorgungsgestaltung bei Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit vertraut.</p> <p>S5c Der Senioren- und Pflegestützpunkt hält Informationsmaterial zu den Beratungsthemen für Ratsuchende bereit.</p>	<p>relevante administrative Schritte zur Stabilisierung und Verbesserung der Pflegesituation und vermittelt bei weiterführendem Beratungs- und Unterstützungsbedarf geeignete Ansprechpartner/-innen.</p>	<p>E5b Die Entscheidungs- und Handlungskompetenz der ratsuchenden Person ist gestärkt.</p>
--	---	---

Im Zentrum der gewünschten Beratungsthemen stehen Optionen und Alternativen, die den Ratsuchenden zur Gestaltung der pflegerischen Versorgung und zur Unterstützung der Angehörigenpflege zur Verfügung stehen. Dabei erwarten die Nutzer/-innen, dass die Beraterin/der Berater das Wissen ausgleicht, das Ratsuchenden selbst nicht zur Verfügung steht oder welches in Anbetracht der Komplexität der Situation nicht selbst erschlossen werden kann.

Das geforderte Fachwissen der Berater/-innen bezieht sich demnach zum einen auf Möglichkeiten und Versorgungsoptionen, die sich im Rahmen der Pflegeversicherung bieten, zum anderen auf pflegepraktische Fragen. Es wird mehrfach deutlich, dass die Leistungsgewährung durch die Kranken- und Pflegekassen ein komplexes Problemfeld aus der Nutzerperspektive darstellt, was wiederum seitens der Berater/-innen die Kompetenz erfordert, notwendige administrative/formale Abläufe feststellen zu können. Dominierende Beispiele sind die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung und die Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Zudem sei ein gutes Netzwerk zentral, das also Informationen über regionale Leistungsanbieter bereitgestellt werden und Hinweise zu Leistungs- und Qualitätsmerkmalen vermittelt werden.

An dieser Stelle bestehen Differenzen zwischen den Bedürfnissen der Nutzer/-innen, die sich eine Empfehlung für einen Pflegeanbieter auf der Grundlage von Erfahrungswissen wünschen, und den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die eine ebensolche konkrete Empfehlung aus Gründen der Unabhängigkeit und Neutralität verbieten. Ein möglicher Kompromiss wäre ggf. auf der Basis einer individuellen Bedarfsanalyse eine Empfehlung für zu berücksichtigende Leistungsmerkmale (etwa Größe und Lage der Einrichtung, Betreuungsangebot, etc.) abzugeben. Im Gespräch wird darauf verwiesen, dass der Wunsch Ratsuchender, von den Berater/-innen eine konkrete Empfehlung für Pflegeanbieter zu erhalten, auch deswegen sehr präsent sei, da Betroffenen häufig nicht ausreichend bekannt sei, dass Pflegeanbieter bei Unzufriedenheit gewechselt werden können. In der Beratung bzgl. der Auswahl eines Pflegedienstes oder einer (teil-)stationären Einrichtung sollte daher deutlich gemacht werden, dass die Entscheidung für einen Pflegeanbieter revidiert werden kann. Ratsuchende sollten bei Bedarf zur Wahrnehmung ihrer Rechte motiviert werden.

Die Nutzer/-innen erwarten, dass Fragen präzise beantwortet werden können, dabei aber die Fähigkeiten und Kompetenzen der ratsuchenden Person berücksichtigt werden. Demnach sollte sich die Berater/innen bei der Vermittlung von Beratungsinhalten am Wissens- und Erfahrungshorizont der ratsuchenden Person orientieren und die Beratung für jeden verständlich gestalten. Insbesondere für ältere Menschen sollte der Sprachgebrauch nutzerorientiert gewählt werden. Um sicherzustellen, dass die ratsuchende Person die Beratungsinhalte verstehen kann, sollten Berater/-innen zu Verständnis- oder Rückfragen motivieren. Informationen sollten unter Berücksichtigung der Lebenssituation der ratsuchenden Person und der vorhandenen Ressourcen vermittelt und so bspw. auch auf

Erfolgsaussichten bei der Leistungsgewährung hingewiesen werden. Die Ressourcen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen werden als eng begrenzt erlebt und sollen nach Ansicht der Nutzer/-innen zielgerichtet und möglichst effizient eingesetzt werden. Damit Ratsuchende auch im Nachgang der Beratung einzelne inhaltliche Aspekte selbst nachschlagen können, sollte entsprechendes (schriftliches) Informationsmaterial zu den Beratungsthemen zur Verfügung gestellt werden.

Wissenslücken und die Grenzen der eigenen Kompetenz sollen durch die Berater/innen erkannt und als solche auch kommuniziert werden. Dies vermittele Ratsuchenden letztlich die Sicherheit, nur gesicherte und hilfreiche Informationen zu erhalten. Die Nutzer/-innen erwarten damit keinen unerschöpflichen Wissensbestand, aber die Bereitschaft, durch Recherche Wissenslücken zu schließen sowie den Wissensstand aktuellen Entwicklungen anzupassen. Dies bedeute im Bedarfsfall, dass Ratsuchende unaufgefordert kontaktiert werden, wenn es gelungen ist, vormals bestehende Wissenslücken zu schließen. Zudem wird als wünschenswert erachtet, dass für spezifische Fragen, die nicht in den Kompetenz- oder Zuständigkeitsbereich der Berater/innen fallen, weitere Ansprechpartner/-innen bekannt sind, die kontaktiert und ggf. vermittelt werden.

Interventionen aushandeln und planen

Struktur	Prozess	Ergebnis
S6 Der/die Berater/-in verfügt über die Kompetenz, ein Konzept zur Versorgungsgestaltung zu entwickeln.	P6 Der/die Berater/-in erarbeitet gemeinsam mit der ratsuchenden Person Handlungsalternativen, die die Individualität der Pflege- und Versorgungssituation berücksichtigen.	E6 Gemeinsam erarbeitete Handlungsoptionen sind für die ratsuchende Person in der individuellen Situation und vor dem Hintergrund verfügbarer Ressourcen umsetzbar.

Eine weitere Aufgabe der Berater/innen wird in der gemeinsamen Planung der weiteren Versorgung gesehen, was die Fähigkeit voraussetzt, eine entsprechende Versorgungsstrategie für die ratsuchende Person entwickeln zu können. Das „Lotsen durch den Versorgungsdschungel“ wird von den Nutzer/-innen als große Entlastung und Erleichterung ihres Versorgungsalltags erlebt. Selbst mit entsprechend gut gebündelten Informationen sei es bei umfangreicher Pflegesituation oder mangelnder Ressourcen der ratsuchenden Person eine Herausforderung, eine Versorgungs- oder Handlungsstrategie zu entwickeln, da die Versorgungslandschaft zu komplex sei.

Die Nutzer/-innen erwarten, dass sowohl die Beratung als auch die Inhalte der Beratung als Angebot kommuniziert werden, über dessen Umsetzung die ratsuchende Person selbst entscheidet. Die Berater/innen sollen Möglichkeiten aufzeigen, wie die Versorgung gestaltet werden kann oder welches Optimierungspotential aus professioneller Sicht gesehen wird, nicht aber Versorgungswege diktieren. Gemeinsam mit der ratsuchenden Person sollte überlegt werden, welche Optionen in der gegebenen Lebenssituation umsetzbar erscheinen und die Pflegesituation verbessern können. Die selbstbestimmte Entscheidung der ratsuchenden Person soll von den Berater/innen respektiert und nicht bewertet werden.

Abschlussphase

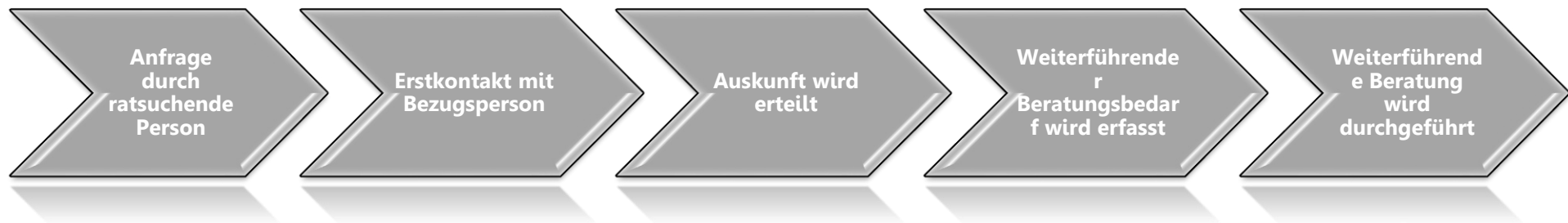
Interventionen umsetzen

Struktur	Prozess	Ergebnis
S7 Der/die Berater/-in verfügt über Planungs- und Steuerungskompetenz zur Einleitung der ausgehandelten Interventionen.	P7 Der/die Berater/-in unterstützt die ratsuchende Person bei der Umsetzung der ausgehandelten Interventionen bedarfsgerecht.	E7 Die ratsuchende Person erlebt die Pflegesituation als stabilisiert und/oder verbessert.

Nachdem die weiteren Schritte geplant wurden, sollen die Berater/-innen bei der Umsetzung der Versorgungsstrategie unterstützend tätig werden. Das Ausmaß der Unterstützung orientiert sich dabei an der Komplexität der Situation und den Ressourcen der ratsuchenden Person.

Grundsätzlich wünschen sich die Nutzer/-innen das Selbstmanagement unterstützende und fördernde Anleitung, um Herausforderungen künftig selbstständig bewältigen zu können. Dabei sollten die Berater/-innen Ratsuchende bei Bedarf bei der Priorisierung einzuleitender Maßnahmen unterstützen. Ziel könne nicht sein, dass für jede Problemlösung die Unterstützung aus dem Senioren- und Pflegestützpunkt eingefordert werden muss, sondern dass Ratsuchende in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden. Gleichzeitig sei dies nicht immer umsetzbar, etwa weil die Problemlage zu komplex ist oder die Ressourcen der ratsuchenden Person begrenzt sind. Insbesondere hinsichtlich administrativer Vorgänge fühlen sich die Nutzer/-innen oftmals überfordert und haben Schwierigkeiten, sowohl die für sie relevanten Ansprechpartner/-innen zu identifizieren als auch die notwendigen formalen Prozesse einzuleiten. In diesen Fällen müssten die Berater/-innen unterstützend tätig werden, bspw. durch eine stellvertretende Kommunikation mit der Pflegekasse oder die Koordination der pflegerischen Versorgung. Auch die Antragstellung bei der Pflegekasse sowie eine inhaltliche Vorbereitung auf den Begutachtungsbesuch des MDK sind formale Vorgänge, die vielfach der Hilfestellung benötigen. Welche Schritte von den Berater/-innen übernommen werden, wird zwischen der ratsuchenden Person und der Beraterin/dem Berater gemeinsam bestimmt.

Der Beratungsprozess in der Übersicht



Beratungsanfragen durch Ratsuchende können auf folgenden Wegen erfolgen:

- **schriftlich** per Mail/Post
- **telefonisch**
- **persönlicher Besuch im Senioren- und Pflegestützpunkt**

Außerhalb der Sprechzeiten und bei Abwesenheit der Berater/-innen kann auf einem Anrufbeantworter eine Nachricht hinterlassen werden, wir rufen Sie zurück.

Bei einem persönlichen Besuch im Senioren- und Pflegestützpunkt sollten Sie ggf. etwas Wartezeit einplanen oder im Vorfeld einen Termin absprechen.

Die Beratung ist in jedem Fall **kostenfrei**.

Sie erhalten **eine feste Bezugsperson**, die die Beratung hauptverantwortlich durchführt.

Unsere Mitarbeiter/-innen beraten u.a. zu folgenden Themen:

- Individuelle Möglichkeiten der Versorgungsgestaltung bei Pflegebedürftigkeit
- Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen („MDK-Prüfung“)
- Pflegehilfsmittel
- Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige
- Maßnahmen zur Anpassung der Wohnumgebung

Wird eine konkrete Information/Auskunft benötigt, können Ihnen unsere Berater/-innen im Regelfall **unmittelbar** weiterhelfen.

Bei schriftlicher Kontaktaufnahme oder bei Kontaktaufnahme außerhalb der Sprechzeiten melden wir uns **spätestens am folgenden Werktag** bei Ihnen.

Bei Beratungsbedarf, der eine kurze Information/Auskunft überschreitet, bieten Ihnen unsere Berater/-innen einen **ausführlichen Beratungstermin** an.

Abhängig von der Dringlichkeit des Beratungsanliegens erhalten Sie den ausführlichen Beratungstermin **innerhalb von maximal acht Werktagen** nach Ihrer Anfrage.

Sollten wir zu diesem Termin Unterlagen oder Dokumente von Ihnen benötigen, informieren unsere Berater/-innen Sie darüber.

Die Beratung kann abhängig von Ihren Bedürfnissen **telefonisch, schriftlich, persönlich im Senioren- und Pflegestützpunkt** oder **im Rahmen eines Hausbesuch** durchgeführt werden.

Bei diesem Gespräch werden wir mit Ihnen eine **individuelle Situationseinschätzung** durchführen.

Für Beratungsgespräche steht abhängig vom Beratungsanliegen **bis zu einer Stunde** zur Verfügung, bei Bedarf kann ein **Folgetermin** vereinbart werden.

Kriterien zur Evaluation des Beratungsangebotes

Im Folgenden werden die sich aus der obigen Darstellung ableitenden Evaluationskriterien, anhand derer die Qualität des Beratungsangebots geprüft werden kann, zusammenfassend dargestellt. Dabei werden die Datenquellen, die zu einer Evaluation des Umsetzungsgrads des Standards herangezogen werden müssen, berücksichtigt. Eine Reihe von Evaluationskriterien sind Aspekte der **strukturellen Rahmenbedingungen**, wie etwa der Zugang zur Beratung gewährleistet ist und welche Qualifikation die Berater/-innen aufweisen. Eine **Dokumentenanalyse** sollte Aufschluss über weitere Evaluationskriterien geben, die sich auf einzelne Beratungsaspekte und Aktivitäten des Senioren- und Pflegestützpunktes und seiner Mitarbeiter/-innen beziehen. Der größte Teil der Evaluationskriterien kann nur durch die Nutzer/-innen des Beratungsangebots bewertet werden, da Qualitätsaspekte wie die personale Kompetenz der Berater/-innen und die Ausrichtung der Beratung auf die Bedürfnisse Ratsuchender einer hohen Subjektivität unterliegen. Eine regelmäßige **Nutzerbefragung** ist zur Evaluation des Beratungsangebotes daher unumgänglich.

Quelle	Evaluationskriterium
Strukturelle Rahmenbedingungen	<ol style="list-style-type: none"> 1) Die Beratung wird kostenfrei angeboten. 2) Mindestens eine Beraterin/ein Berater ist von Montag bis Freitag innerhalb einer Kernzeit von ca. 09:00 bis 16:00 telefonisch erreichbar. 3) An mindestens einem Wochentag werden über die Kernzeit hinaus bis 20:00 Uhr Beratungstermine nach Vereinbarung angeboten. 4) Wenn das Telefon nicht besetzt ist, ist ein Anrufbeantworter geschaltet, auf dem die Bitte um Rückruf hinterlassen werden kann. Die Ansage auf dem Anrufbeantworter vermittelt Informationen zum Zeitpunkt des Rückrufs durch die Berater/-innen. 5) Die Beratung wird telefonisch und schriftlich sowie persönlich in der Beratungsstelle angeboten. Es besteht zusätzlich das Angebot des Hausbesuchs. 6) Der Senioren- und Pflegestützpunkt ist zur persönlichen Beratung mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar. 7) Die Räumlichkeiten der Beratungsstelle sind leicht auffindbar und ermöglichen eine ungestörte Beratungsatmosphäre. 8) Die Namensgebung der Beratungsstelle ist einprägsam und ermöglicht den Rückschluss auf die Inhalte des Beratungsangebots. 9) Es stehen systematisierte Informationen über Versorgungsoptionen und – alternativen, regionale Leistungsanbieter sowie weiterführende Ansprechpartner/-innen zur Verfügung (Beratungsnetzwerk). 10) Es steht schriftliches Informationsmaterial zu den Beratungsthemen zur Aushändigung an die Ratsuchenden zur Verfügung.
<i>Qualifikation der Berater/innen</i>	<ol style="list-style-type: none"> 11) Die formale Qualifikation der Berater/-innen beläuft sich auf Niveaustufe 5 bis 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). 12) Die Berater/-innen verfügen über berufspraktische Erfahrung in der langzeitpflegerischen Versorgung. Alternativ kann bei besonderer Eignung das Wissen um die Besonderheiten der häuslichen Pflegesituation anderweitig nachgewiesen werden.

	<p><i>Anmerkungen zur Qualifikation der Berater/-innen: Die hier definierte Niveaustufe zum Nachweis der Fachkompetenz ist zurückzuführen auf die Empfehlungen des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). Zusätzlich ist der Nachweis pflegepraktischer Erfahrung, bspw. durch ein 6-monatiges Berufspraktikum in einer Pflegeeinrichtung, nach Ansicht der Nutzer/-innen wünschenswert. Zentral sei aber das Wissen um die Besonderheiten einer häuslichen Pflegesituation und ein Verständnis für die damit verbundenen Herausforderungen für Betroffene und Angehörige. Diese Kompetenz müsse nicht zwingend über berufspraktische Erfahrung in der Pflege erworben werden, sondern ggf. auch über andere Wege, bspw. durch persönliche Erfahrungen. Aufgrund des subjektiven Charakters der personalen Kompetenzen können diese formal nicht nachgewiesen werden, sondern ausschließlich über Nutzerbefragungen bewertet werden. Empfehlenswert ist ein Konzept, welches bei der Einstellung neuer Mitarbeiter/-innen Rückschluss auf die personale Kompetenz erlaubt, bspw. durch simulierte Beratungssituationen.</i></p>
<p>Dokumenten-analyse</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Träger und Mitarbeiter/-innen des Senioren- und Pflegestützpunkts betreiben aktive Öffentlichkeitsarbeit in der lokalen Bevölkerung und bei Leistungsträgern und -anbietern. 2) Auf eine Beratungsanfrage erfolgt spätestens am folgenden Werktag eine erste Rückmeldung, bei der entweder die gewünschten Informationen vermittelt oder ein ausführlicherer Beratungsbedarf ermittelt wird. 3) Ein Beratungstermin zum ausführlichen Gespräch wird innerhalb von maximal acht Werktagen (Montag bis Freitag) angeboten. Die Dringlichkeit des Anliegens wird dabei berücksichtigt. 4) Für jede ratsuchende Person wird eine Beraterin/ein Berater als feste Bezugsperson bestimmt. 5) Der individuelle Beratungsbedarf wird systematisch erfasst. 6) Bei Bedarf wird in Abstimmung mit der ratsuchenden Person eine Priorisierung von Maßnahmen vorgenommen. 7) Die ratsuchende Person wird über notwendige formale Abläufe, insbesondere das Pflegebegutachtungsverfahren, informiert und bei der Umsetzung formaler Abläufe nach Bedarf unterstützt.
<p>Nutzerbe-fragung</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ratsuchende erhalten im Vorfeld ausführlicher Beratungstermine eine Information über bereitzuhaltende Unterlagen. 2) Ratsuchende bewerten die Länge des Anfahrtswegs zur Beratungsstelle als akzeptabel. 3) Ratsuchende erleben die Beraterin/den Berater als freundlich und zugewandt. 4) Ratsuchende empfinden die Beraterin/den Berater als einfühlsam. 5) Ratsuchende erleben die Beraterin/den Berater als ehrlich und offen und gegenüber Leistungsanbietern und -trägern neutral. 6) Ratsuchende fühlen sich in ihrer Person und mit ihrem Anliegen wertgeschätzt. 7) Ratsuchende erleben die Beratung als non-direktiv. 8) Ratsuchende fühlen sich durch die Beratung hinsichtlich der Legitimität ihrer Ansprüche gegenüber Leistungsträgern oder -anbietern gestärkt. 9) Ratsuchende erleben die Beraterin/den Berater als Fürsprecher/in für ihre Anliegen gegenüber Dritten. 10) Ratsuchende erleben die für die Beratung zur Verfügung stehende Zeit als bedürfnisgerecht.

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">11) Ratsuchende sehen ihre individuelle Lebenssituation und vorhandene Ressourcen in der Beratung und bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt.12) Ratsuchende empfinden die Informationsvermittlung als präzise.13) Ratsuchenden werden die (Kompetenz-)Grenzen der Beratung aufgezeigt. Falls Wissen durch die Beraterin/den Berater nachrecherchiert werden kann, wird dieses unaufgefordert vermittelt.14) Ratsuchende können die Beratungsinhalte gut verstehen und nachvollziehen.15) Ratsuchende fühlen sich zu Verständnis- und Rückfragen motiviert.16) Ratsuchende fühlen sich dazu motiviert, Entscheidungen selbst zu treffen.17) Ratsuchende haben den Eindruck, dass von ihnen getroffene Entscheidungen zur Gestaltung der Pflegesituation respektiert werden.18) Ratsuchende erhalten ausreichend Anleitung zum Selbstmanagement, um künftige Herausforderungen bei ähnlich gelagerten Problemen selbstständig bewältigen zu können.19) Ratsuchende erleben die erhaltene Unterstützung als bedarfsgerecht. |
|--|--|

Anlage 8:

Publikation zum Projekt aus der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie

- Englert, N., Oetting-Roß, C., Büscher, A. (2017). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege: Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Online first.-

Z Gerontol Geriat
 DOI 10.1007/s00391-016-1172-4
 Eingegangen: 15. August 2016
 Überarbeitet: 28. November 2016
 Angenommen: 14. Dezember 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017



N. Englert¹ · C. Oetting-Roß² · A. Büscher^{1,3}

¹ Hochschule Osnabrück, Osnabrück, Deutschland

² Fachhochschule Münster, Münster, Deutschland

³ Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Deutschland

Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege

Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland

Die Versorgung pflege- oder hilfebedürftiger Menschen findet in Deutschland vorrangig im häuslichen Umfeld statt [27]. Damit die Betroffenen und ihre Angehörigen die für sich passenden Versorgungs- und Unterstützungsangebote ausfindig machen sowie eigene Kompetenzen und Ressourcen zur Bewältigung der Pflegesituation stärken können, kommt Beratung im Kontext der Langzeitversorgung eine tragende Rolle zu. Um den Nutzer/-innen eine qualitativ hochwertige Beratung anzubieten, bedarf es umfassenden Wissens über die Beratungsbedarfe aus der Perspektive der Ratsuchenden.

Hintergrund

Die Wirkung von Beratung lässt sich als Teil eines Interventionsgeflechts empirisch nur unzureichend darstellen, dennoch weisen Studienergebnisse zur Beratung im Kontext von Demenz darauf hin, dass Beratung zu pflegerelevanten Themen einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflege leistet [11, 16, 22]. Die Pflegeversicherung sieht eine Beratungspflicht der Leistungsträger und -anbieter vor, die sich über einfache Auskunft und Information für alle Versicherten bis hin zu umfassendem Case Management bei komplexer Fallsituation erstreckt (§§ 7, 7a, 27, 45 SGB XI). Pflgerische Themen spielen auch eine Rolle bei der unabhängigen Patientenberatung nach § 65b SGB V, der Beratung durch die Kommunen nach SGB XII sowie der Beratung in den Servicestellen nach SGB IX.

Nicht minder relevant für die deutsche Beratungsinfrastruktur sind die Angebote ohne gesetzlichen Auftrag. Hier sind insbesondere aus der Selbsthilfe resultierende Beratungsangebote und Beratung mit speziellem Fokus zu nennen.

Gerade die Etablierung der Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI ist in den vergangenen Jahren verstärkt in den wissenschaftlichen Fokus getreten. In verschiedenen Evaluationsstudien wurde die Implementierung von Pflegestützpunkten wissenschaftlich begleitet. Übergreifend wird eine Beratungslandschaft konstatiert, die sich qualitativ höchst heterogen präsentiert. Vielfach wird die Forderung laut, Beratungsangebote sollten sich verstärkt an Qualitätsstandards ausrichten, die die Beratungsanlässe und -bedarfe aus der Perspektive der Nutzer/-innen aufgreifen [3, 13, 26].

Vor diesem Hintergrund trägt der vorliegende Beitrag die bisherigen Erkenntnisse zum Beratungserleben der Nutzer/-innen zusammen und geht dabei der Frage nach, wie sich Beratungsbedarfe aus der Nutzerperspektive darstellen lassen. Im zweiten Schritt werden die Erkenntnisse dahingehend geprüft, ob sich ein beratungsspezifisches Qualitätsverständnis der Ratsuchenden ableiten und für die Entwicklung von Qualitätskriterien nutzen lässt.

Zur Identifikation von Arbeiten, die Beratung zu Themen im Kontext der Langzeitversorgung fokussieren und das Beratungserleben aus der Nutzerperspektive untersuchen, wurde eine

Literaturrecherche in den Datenbanken *CareLit*[®], *LIVIVO* und *SpringerLink* durchgeführt. Verwendet wurden die folgenden Suchbegriffe, die anhand von Boole-Operatoren verknüpft wurden: Pflegestützpunkt, Pflegeberatung, Beratung, Pflege, Evaluation, Angehörige. Da ein Einblick in die Situation in Deutschland Ziel dieses Beitrags ist, konzentrierte sich die Recherche auf die genannten Datenbanken. Um zu prüfen, ob englischsprachige Publikationen für den deutschen Kontext vorliegen, wurde anhand entsprechender englischer Begriffe zusätzlich in *PubMed* recherchiert. Die Konzentration auf Literatur mit Bezug auf den deutschen Kontext basiert nicht zuletzt auf der Erkenntnis aus den Recherchearbeiten für die Entwicklung des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege [3], dass die internationale Beratungsforschung und der deutsche Beratungskontext nur geringe Schnittmengen aufweisen. Insgesamt konnte durch die Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken nur wenig Literatur zusammengetragen werden. Dagegen lag bereits zu Beginn der Recherche eine Reihe von Evaluations- bzw. Projektabschlussberichten zur Entwicklung der Pflegestützpunkte vor, die vermuten ließ, dass ein Großteil der relevanten Literatur zu Beratung in der Pflege durch Evaluations- und Projektabschlussberichte repräsentiert wird. Auch damit bestätigte sich eine Erkenntnis aus dem genannten Projekt [3], deren Autoren darauf hinweisen, dass Berichte zu Pflegeberatung in Deutschland über Datenbanken kaum

zu identifizieren sind. Daher erfolgte eine breit angelegte Internetrecherche mithilfe der Suchmaschinen *Google* und *MetaGer*. Dabei wurde zunächst nach Projektabschluss- und/oder Evaluationsberichten zur Umsetzung der Pflegestützpunkte gesucht, um die Auswahl bereits vorliegender Berichte zu vervollständigen. Im nächsten Schritt wurde nach Berichten zu Angeboten gesucht, die sich an gesetzlichen Beratungsanlässen im Rahmen des SGB orientieren. Im Einzelnen wurden die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Pflegekurse nach § 45 SGB XI und die unabhängige Patientenberatung nach § 65b SGB V berücksichtigt. Ebenfalls in die Suche einbezogen wurden Berichte zu Angeboten, die ohne gesetzlichen Auftrag agieren. Abschließend wurde anhand der diversen Quellenverzeichnisse geprüft, ob im Schneeballverfahren weitere Literatur identifizierbar ist.

Mit der dargestellten Vorgehensweise konnten insgesamt 17 Arbeiten identifiziert werden, die die Beratungsangebote aus der Perspektive der Nutzer/-innen empirisch analysieren. Von diesen 17 Arbeiten sind lediglich 4 in wissenschaftlichen Fachzeitschriften publiziert [2, 19, 24, 26]. Sieben Arbeiten setzen sich mit der Beratung in Pflegestützpunkten auseinander [5, 12, 15, 17, 23, 25, 26]. Davon sind 6 Arbeiten im Rahmen einer Evaluation der Implementierungsphase der Pflegestützpunkte auf Landesebene entstanden; eine Arbeit wurde als Forschungsbeitrag publiziert [26]. In 2 Projektberichten wird die Pflegeberatung nach §§ 7 und 7a SGB XI auf bundesweiter Ebene evaluiert [4, 8], in einem weiteren auf Landesebene [1]. Eine Arbeit berichtet über die Entwicklung und Evaluation von Bildungs- und Beratungsangeboten beim Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege in Anlehnung an § 45 SGB XI [9], in einer weiteren Arbeit wird die Umsetzung häuslicher Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI analysiert [2]. Zwei Arbeiten setzen sich mit Beratungsangeboten zu Pflegethemen auseinander, die keinen gesetzlich vorgegebenen Beratungsanlass aufgreifen [7, 24], 3 weitere thematisieren den Beratungsbedarf Betroffener unabhängig von einem spezifischen Angebots-

kontext [6, 18, 19]. Das gewählte methodische Vorgehen zur Annäherung an die Nutzerperspektive ist überwiegend quantitativ geprägt, durch eine schriftliche oder telefonische Befragung der (potenziellen) Nutzer/-innen der Beratungsangebote. Befragungsinhalte waren die Beratungsanlässe aus Nutzerperspektive, das Inanspruchnahmeverhalten, die Zufriedenheit der Nutzer/-innen und umgesetzte Veränderungen nach der Beratung. Insbesondere in den Arbeiten, die nicht die Evaluation von Beratungsangeboten auf Landes- oder Bundesebene zum Gegenstand haben, wurden ein qualitativer Zugang gewählt sowie Beratungsbedarfe und das Erleben der Beratung fokussiert. Nutzer/-innen wurden in allen Arbeiten als Pflegebedürftige und deren Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer definiert, wobei oftmals eine reine Konzentration auf pflegende Angehörige erfolgte oder nur wenige Pflegebedürftige erreicht werden konnten. Im vorliegenden Beitrag werden nun zunächst die Beratungsbedarfe aus der Perspektive (potenzieller) Nutzer/-innen beleuchtet. Anschließend folgt eine Annäherung an das Qualitätsverständnis der Nutzer/-innen, das sich aus der Literatur ableiten lässt. Die Diskussion der Ergebnisse verfolgt insbesondere das Ziel, Forschungslücken bezüglich der Nutzerperspektive auf Beratungsangebote aufzuzeigen. Der Beitrag schließt mit einem Resümee der Autoren und Handlungsempfehlungen für Forschung und Praxis.

Beratungsbedarf der Nutzer/-innen

Aus den vorliegenden Berichten und Untersuchungen lässt sich der Beratungsbedarf anhand der Beratungsanliegen, der nachgefragten Themen und der Erwartungshaltung der Ratsuchenden konkretisieren.

Für die Nutzer/-innen der Beratungsangebote nach §§ 7 und 7a SGB XI sind Informationen zu Leistungen der Pflegeversicherung ein zentrales Beratungsanliegen [8]. Dabei werden sowohl konkrete Leistungsansprüche im Rahmen des SGB XI und deren Finanzierungsoptionen nachgefragt [15]. In engem Zusammenhang dazu stehen Fragen rund um

das Einstufungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit [25]. Vielfach nachgefragt werden auch Informationen zu lokalen Pflegeangeboten, insbesondere zu ambulanten Pflegediensten [5, 15]. Vorliegende Befunde deuten darauf hin, dass bei der Beratung in Pflegestützpunkten psychosoziale Themen oder pflegefachliche Beratung eine untergeordnete Rolle spielen. Vielmehr nimmt diese Beratung eine wichtige Lotsenfunktion durch die Versorgungslandschaft ein. Im Vordergrund steht für die Ratsuchenden dabei die Unterstützung zur Bewältigung und zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation mit dem Ziel, einen Wechsel von der ambulanten in die stationäre Versorgung so lange wie möglich zu vermeiden [5, 8]. Analog identifizieren Nickel et al. im Rahmen einer qualitativen Untersuchung 4 zentrale Kategorien, die den Beratungsbedarf der Nutzer/-innen widerspiegeln. Dies sind Informationen zum Versorgungssystem, Informationen zu Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem, Informationen zu regionalen Dienstleistern sowie situations- und krankheitsspezifische Fragen, wobei Letzteres auch die Versorgung mit Hilfsmitteln einschließt [19].

Situationspezifischer Beratungsbedarf

Die Auseinandersetzung mit Beratungsangeboten abseits der Pflegestützpunkte fördert weiteren Beratungsbedarf zutage. So werden in den häuslichen Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI pflegepraktische Hinweise und Unterstützung als besonders hilfreich empfunden, was den Bedarf an praktischen Schulungen für pflegende Angehörige unterstreicht [2, 9]. Die Evaluation einer mobilen Demenzberatung [24] führte zu der Erkenntnis, dass diejenigen Nutzer/-innen, die noch keine weiteren Beratungsangebote in Anspruch genommen hatten, zunächst Informationen zum Krankheitsbild Demenz abfragten. Konkrete Versorgungs- und Betreuungsoptionen gewinnen erst in Folgeberatungen an Relevanz, wenn das Verständnis krankheitsspezifischer Informationen den Ratsuchenden eine Einordnung der Pflegesituation er-

laubt. Darauf verweisen auch Ergebnisse von Rothgang et al., wonach die Inhalte der nachgefragten Informationen von der Höhe der Pflegestufe abhängig sind [25]. Auch Mischke und Meyer halten in ihrer qualitativen Untersuchung mit pflegenden Angehörigen fest, dass Beratungsbedarfe stark situativ sind und vom Stadium der „Pflegerkarriere“ bestimmt werden [18]. So besteht zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ein hoher Informationsbedarf, während im Verlauf der Pflege v. a. Kontinuität, Unterstützung bei bürokratischen Verfahren und pflegepraktische Hinweise gefragt sind.

Wenngleich psychosoziale Themen der Beratung auch hier aus Nutzersicht nachrangig erscheinen, ist zu vermuten, dass diese in spezifischen Pflegesituationen für die Betroffenen oberste Priorität haben. Beratungsexperten konstatieren jedenfalls einen erhöhten Bedarf an psychosozialen Themen und Themen im Kontext „krisenhafter Lebenssituationen“ [30]. Dies unterstreicht auch die rege Nachfrage der Berliner Beratungsstelle Pflege in Not e.V., deren Mitarbeiter insbesondere psychosoziale Unterstützung in konfliktbelasteten Pflegesituationen leisten und zu entsprechenden Themenstellungen beraten [21].

Erwartungshaltung an Beratung

So vielschichtig die Beratungsanliegen sind, lässt sich doch über alle Angebote hinweg eine Gemeinsamkeit identifizieren. Viele der Ratsuchenden fühlen sich mit der Pflegesituation überfordert, sei es aufgrund einer zu komplexen und undurchsichtigen Versorgungslandschaft oder der multiplen Belastungen, die insbesondere für Angehörige aus der Pflege resultieren. Sie wünschen sich, Informationen gebündelt und leicht verständlich zu erhalten und dabei nicht in einem energieraubenden Prozess verschiedene Institutionen anlaufen zu müssen, bevor sie alle benötigten Informationen oder das für sie passende Beratungsangebot gefunden haben [6].

Ein zentrales Anliegen der Inanspruchnahme von Beratung ist der Wunsch nach einem festen Ansprechpartner, der die Betroffenen in ihrer

Z Gerontol Geriat DOI 10.1007/s00391-016-1172-4
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2017

N. Englert · C. Oetting-Roß · A. Büscher

Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund. Zur Unterstützung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen existiert in Deutschland eine breite Beratungslandschaft, die sich verschiedenen Beratungsanlässen widmet. Dabei besteht ein Mangel an Qualitätskriterien, die sich an den Beratungsbedarfen der Nutzer/-innen orientieren.

Zielsetzung. Zusammenstellung empirischer Erkenntnisse zu den Beratungsbedarfen aus Nutzerperspektive und Identifikation eines beratungsspezifischen Qualitätsverständnisses der Nutzer/-innen.

Material und Methoden. Literaturrecherche in den Datenbanken CareLit®, LIVIVO und SpringerLink, ergänzende Onlinerecherche mithilfe von Google und MetaGer. Analyse der identifizierten Literatur und Diskussion des Forschungsstands.

Ergebnisse. Eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zwischen Beratern und Nutzer/-innen sowie die Ausrichtung der Beratung auf die individuelle Situation der Ratsuchenden

können als zentrale Merkmale einer als hilfreich erlebten Beratung definiert werden. Dabei fehlt es aber an einer differenzierenden Betrachtung verschiedener Nutzergruppen und Beratungsanlässe.

Schlussfolgerung. Um die Perspektive der Nutzer/-innen in Beratungskonzepten und bei der Formulierung von Qualitätskriterien umfassend einbeziehen zu können, besteht weiterführender Forschungsbedarf hinsichtlich der Bedarfe verschiedener Nutzergruppen. Dabei gilt es auch, die individuelle Ausgangssituation der Ratsuchenden zu berücksichtigen, die variierende Beratungsanlässe nach sich zieht. Vulnerable Gruppen bedürfen besonderer Unterstützung bei der Formulierung ihres Beratungsbedarfs.

Schlüsselwörter

Häusliche Pflege · Pflegeberatung · Nutzerperspektive · Feststellung von Bedarfen der Gesundheitsfürsorge · Qualitätsindikatoren der Gesundheitsfürsorge

Needs and quality of counseling in long-term care. User perspective on counseling services in Germany

Abstract

Background. A wide range of counseling services with a variety of counseling purposes have been established in Germany to support care recipients and their relatives; however, there is a lack of quality criteria that are based on the counseling needs from the user's perspective.

Objective. To summarize empirical knowledge on counseling needs and quality of counseling services from the user perspective and identification of counseling-specific understanding of users.

Material and methods. A literature search was conducted in the databases CareLit®, LIVIVO and SpringerLink with additional online research via Google and MetaGer. Analysis of the literature and discussion on the state of research.

Results. A trustful relationship between counselor and user as well as the orientation

to the user's individual situation are key elements of counseling that have been found helpful; however, a differentiated view of the diverse user groups and counseling purposes is lacking.

Conclusion. In order to include the user's perspective in conceptual approaches for counseling and to define user-generated quality criteria, further scientific research is needed regarding the counseling needs of different user groups. Consideration must be given to particular care situations that involve various counseling purposes. Particularly vulnerable groups need special support in working out their counseling needs.

Keywords

Home nursing · Care counselling · User's perspective · Determination of healthcare needs · Healthcare quality indicators

individuellen Situation begleitet sowie damit Rückhalt und ein Gefühl der Sicherheit vermitteln kann [6, 8, 15, 23]. Letzteres kann als notwendiger psychosozialer Anteil der Beratung in der Langzeitversorgung verstanden werden, verbunden mit dem Bedürfnis nach Kontinuität und einer vertrauensvollen Beziehung zur beratenden Person.

Qualität von Beratung aus Nutzerperspektive

Welche Leistungsmerkmale sind für Nutzer/-innen in Anbetracht der Individualität ihrer Beratungsanliegen schließlich entscheidend und bewirken ein hilfreiches Erleben der Beratung? Der Blick auf die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen ist zwar erfreulich, scheint aber zunächst nur wenig erkenntnisreich: Wie im Gesundheits- und Pflegewesen üblich erreichen die evaluierten Angebote durchgehend hohe bis sehr hohe Zufriedenheitswerte ihrer Nutzer/-innen [4, 5, 15, 17, 25] und ermöglichen einen geringen Rückschluss auf spezifische Beratungsaspekte, die das Qualitätsurteil beeinflussen.

Hinweise aus Zufriedenheitsbefragungen

Bei eingehenderer Betrachtung fällt auf, dass Aspekte der Beratungsinfrastruktur, wie etwa die räumliche Erreichbarkeit [12], tendenziell schlechter bewertet werden. Analog beziehen sich Verbesserungsvorschläge seitens der Nutzer/-innen vorrangig auf infrastrukturelle Aspekte. So werden beispielsweise ein besserer Zugang zur Beratungsstelle oder mehr Privatsphäre bei der Beratung ange-regt [25]. Festzuhalten bleibt jedoch, dass der wahrgenommene Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Infrastruktur nicht die Gesamtzufriedenheit der Nutzer/-innen schmälert. Dies stützen auch erste unveröffentlichte Ergebnisse aus dem Projekt Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ) der Hochschule Osnabrück, die nahelegen, dass qualitätsrelevante Aspekte der Beratung aus der Nutzerperspektive den

Beratungsinhalten und der beratenden Person zuzuordnen sind¹.

Eine differenzierte Betrachtung der Nutzergruppen bringt ebenfalls Unterschiede zutage. So sind Nutzer/-innen, die ein umfangreiches Fallmanagement in Anspruch genommen haben, zufriedener als jene, die nur eine Beratung im Sinne einer Kurzzeitintervention erhalten haben [8]. Entsprechend erleben deutlich mehr Fallmanagementklienten auch eine subjektive Verbesserung der häuslichen Pflegesituation. Die Autoren der genannten Studie führen diese Ergebnisse darauf zurück, dass die Breite und die Intensität der Beratung den größten Einfluss darauf haben, wie hilfreich die Beratung von Nutzer/-innen empfunden wird [8]. Über die verschiedenen Beratungsanlässe in Pflegestützpunkten hinweg (Information, Beratung, Fallmanagement) fühlen Ratsuchende sich besser informiert, je intensiver der Beratungskontakt erlebt wird. Entsprechend wird die Beratung schlecht bis gar nicht angenommen, wenn der Eindruck entsteht, dass die Berater/-innen sich nicht um Unterstützung bemühen oder die persönlichen Wünsche der Nutzer/-innen unberücksichtigt bleiben.

Beziehungsgestaltung als zentrales Qualitätsmerkmal

Die zentrale Rolle der beratenden Person konnte auch Esslinger [7] herausarbeiten. Das Ergebnis einer Faktorenanalyse zeigt, dass zum einen das Wissen, die Höflichkeit und die Vertrauenswürdigkeit der jeweiligen Berater/-innen, zum anderen das Ausmaß, in dem die Handlungs- und

Problemlösefähigkeit der ratsuchenden Person gestärkt wurde, den bedeutsamsten Einfluss auf das Qualitätsurteil haben. Damit kommt der Beziehungsgestaltung zwischen Berater/-in und ratsuchender Person eine entscheidende Bedeutung zu. Dies gilt umso mehr, je komplexer der Hilfe- und Unterstützungsbedarf ist. In einer Untersuchung mit mehrfach erkrankten Nutzer/-innen von Pflegestützpunkten konnten Schmidt und Luderer aufzeigen, dass das aufgebaute Vertrauensverhältnis zentraler Bestandteil einer als hilfreich erlebten Beratung ist [26]. Die Unterstützung durch die Beratung ermöglicht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Alltagsgestaltung und vermittelt ein Gefühl von Sicherheit, nicht zuletzt auch dadurch, dass die Ratsuchenden sich durch die Berater/-innen anwalt-schaftlich vertreten fühlen. Damit wird die Beziehungsgestaltung und -intensität als Schlüsselfaktor für eine subjektiv erlebte Stabilisierung der Pflegesituation beschrieben. Hier bestätigt sich, wie bereits eingangs erwähnt, dass die Beratungsforschung nur bedingt konstitutiv für die deutsche Beratungspraxis ist. In untersuchten Konzepten zur Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung ist der stabilisierende Einfluss kontinuierlicher Beratungsbeziehungen kaum berücksichtigt worden [20].

Diskussion

Die dargestellten Erkenntnisse liefern zentrale Hinweise zu Beratungsbedarfen und Qualitätsansprüchen aus Nutzersicht. Dennoch bleiben wichtige Fragen offen.

Differenzierung zwischen Nutzergruppen

So findet überwiegend keine Differenzierung zwischen den Ratsuchenden statt, vielmehr werden die Anliegen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in einer Perspektive vermengt oder der Fokus ausschließlich auf ratsuchende Angehörige gelegt (hierzu auch: [20]). Die wenigen vorliegenden Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die beiden Nutzergruppen zwar die gleichen Themenspektren abfragen, aber abweichende Schwer-

¹ Im Projekt Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ) wird unter Partizipation von Nutzer/-innen und Berufspraktikern exemplarisch für 3 Beratungsangebote mit unterschiedlichen Schwerpunkten ein Qualitätsmaßstab erarbeitet. Teile des Projekts sind eine postalische Befragung der Nutzer/-innen und die partizipative Zusammenarbeit mit Nutzer/-innen in Workshops. Die Förderung des Vorhabens erfolgt aus Mitteln des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestags. Die Projekträger-schaft erfolgt über die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) im Rahmen des Programms zur Innovationsförderung.

punkte setzen. So informieren sich Angehörige deutlich häufiger über Entlassungsangebote für Pflegende als selbst Betroffene [4] und suchen vermehrt präventiv die Beratung auf [1]. Pflege- und Hilfebedürftige erleben eine Beratung dann als besonders hilfreich, wenn sie ihre Rechte gestärkt sehen, während pflegende Angehörige besonderen Nutzen daraus ziehen können, wenn ihnen konkrete Handlungsoptionen und Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung aufgezeigt werden [1]. Trotz einiger aussagekräftiger Befunde bleibt das Beratungserleben der Pflege- und Hilfebedürftigen in der Forschung stark unterrepräsentiert. Dies korreliert mit der Erkenntnis, dass Beratung zu Pflegethemen überwiegend von Angehörigen in Anspruch genommen wird [4, 5, 12]. Da in einer Vielzahl der analysierten Literatur der Zugang zu Nutzer/-innen über die Beratungsstellen erfolgt, ist es naheliegend, dass kaum Pflegebedürftige erreicht wurden. Hier könnten weitere Untersuchungen sinnvoll sein, deren methodischer Zugang die besondere Situation Pflegebedürftiger stärker berücksichtigt.

Unberücksichtigt bleiben auch Genderaspekte, was gerade in höheren Altersklassen mit traditionellen Rollenbildern von Bedeutung sein kann [6]. Nicht zu unterschätzen ist ebenfalls der kultur- und sprachensible Beratungsbedarf, was sich an der Evaluation des türkisch- und russischsprachigen Beratungsangebots der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland zeigt [10]. Insbesondere bleiben die Beratungsbedarfe von Familien mit pflegebedürftigen Kindern unberücksichtigt; keine der Arbeiten greift die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Kinder und Jugendlicher auf. Hier spiegelt sich ein reales Problem wider, da spezifische Beratungsangebote für diese Nutzergruppe nur unzureichend vorhanden sind [2, 14, 28].

Abseits der genannten Einschränkungen hinsichtlich der verschiedenen Nutzergruppen wird auch der Einbezug der individuellen Pflegesituation vernachlässigt. Zwar finden sich zahlreiche Studien zum Erleben von Beratung in Pflegestützpunkten; wenig differenziert betrachtet wird dabei der Umfang des Beratungsbedarfs, der schließlich in die verschiede-

nen Beratungsarten mündet. So bleiben Ratsuchende, die „nur“ Informationen wünschen, aufgrund der Kürze ihres Beratungskontakts in Evaluationen oftmals unberücksichtigt [12, 25]. Nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass ein hoher Teil der Ratsuchenden als sog. Informationsklienten eingestuft wird [8], sind weiterführende Erkenntnisse hier von hohem Interesse. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass Nutzer/-innen spezifischer Beratungsangebote entsprechend individuelle Bedarfe aufweisen, die beispielsweise verstärkt psychosoziale Unterstützung und damit auch entsprechende Beratungskompetenz erfordern. Insbesondere hinsichtlich des Tabuthemas Gewalt in der Pflege ist zu vermuten, dass drängende Bedarfe oft unausgesprochen bleiben und an dieser Stelle weiterführende Untersuchungen nötig sind [31]. Erste Erkenntnisse aus Workshops mit Nutzer/-innen der Beratungsstelle Pflege in Not im bereits genannten Projekt PartiziQ weisen darauf hin, dass ein hoher Bedarf an psychosozialen Entlastungsgesprächen besteht, der Resultat hochbelasteter Pflegesituationen insbesondere im häuslichen Umfeld ist. Quantifizierbare Aussagen liegen diesbezüglich in der Empirie nicht vor.

Hinsichtlich der Nutzergruppen von Beratungsangeboten muss darüber hinaus die Frage aufgeworfen werden, ob auch Leistungsanbieter der pflegerischen Versorgungslandschaft als Nutzer/-innen zu berücksichtigen sind. So zählt beispielsweise das Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V., das seinen Beratungsschwerpunkt bei pflegerechtlichen Fragen setzt, auch Pflegestützpunkte oder Pflegedienstleister zu seinen Beratungskontakten [29]. Hierzu liegen keinerlei empirische Erkenntnisse vor, da Nutzer/-innen von Beratungsangeboten bislang ausschließlich über die privaten Pflegehaushalte definiert werden.

Subjektiver und objektiver Beratungsbedarf

Zu bedenken gilt ebenfalls, dass Beratungsanliegen im Regelfall retrospektiv erfasst werden. Dies gilt es bei der In-

terpretation der durchgeführten quantitativen Nutzerbefragungen zu berücksichtigen, insbesondere da die Befragten meist aus einer Liste auszuwählender Beratungsanlässe wählen können. Dabei bleibt die Frage offen, ob und wie Nutzer/-innen ihren Beratungsbedarf auch vor einer Beratung konkretisieren können. In der Perspektivenwerkstatt zur Erarbeitung eines Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege des Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) berichteten Experten aus der Beratungspraxis, dass Ratsuchende häufig nicht in der Lage seien, ihre Bedarfe zu benennen oder aber diese entweder verharmlosen oder „verklausulieren“ [3]. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer qualitativen Studie von Mischke und Meyer, die darlegen konnten, dass pflegende Angehörige eine Konkretisierung ihrer Bedarfe erst rückblickend vornehmen können [18]. Insbesondere können Bedarfe dann erst formuliert werden, wenn positive Erfahrungen einen diesbezüglichen Rückschluss erlauben. Aus Settingübergreifenden Evaluationen von Beratung ist bekannt, dass insbesondere ältere Menschen und solche mit niedrigerem Bildungsstand weniger stark ihre Unterstützungsbedarfe formulieren, wobei ältere Menschen zusätzlich dazu neigen, einmal festgestellte Bedarfe seltener in die tatsächliche Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten münden zu lassen [30]. Die Schwierigkeit, eigene Bedarfe zu erkennen und zu formulieren, bietet einen möglichen Erklärungsansatz für den hohen Teil von Nutzer/-innen, die die Beratung erst in einer auch subjektiv wahrgenommenen Überforderungssituation aufsuchen [8, 24]. Untersuchungen, die sich damit auseinandersetzen, wie und ob Ratsuchende ihren Bedarf vor der Inanspruchnahme der Beratung formulieren können, können damit weiterführende Rückschlüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten, aber auch auf notwendige Kompetenzen der Berater/-innen möglich machen.

Resümee

Die Motive zur Inanspruchnahme der Beratung sind vielfältig und lassen sich sowohl aufgrund der methodischen He-

terogenität vorliegender Studien als auch der jeweils betrachteten Beratungsanlässe nur schwer vergleichen (hierzu auch [13]). Je nach Beratungsanlass und individueller Situation deuten sich andere Schwerpunkte an.

Zur Frage nach Beratungsbedarfen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen konnten in den vergangenen Jahren im Rahmen der Etablierung der Pflegestützpunkte zahlreiche Erkenntnisse zusammengetragen werden. Dennoch muss festgehalten werden, dass die Empirie sich vorrangig auf eben dieses Beratungsangebot bezieht und wenig Differenzierung zwischen den Nutzergruppen erfolgt. Auch wurde bislang nicht diskutiert, wer überhaupt als Nutzer/-in von Beratung zu Pflege Themen zu definieren ist. Je spezifischer sich das Beratungsangebot gestaltet, umso naheliegender ist es, dass auch Personen abseits der privaten Pflegehaushalte die Expertise der jeweiligen Beratungsstelle in Anspruch nehmen.

Wenig lässt sich insbesondere zur Frage nach Qualitätsansprüchen aus Sicht der Nutzer/-innen zusammentragen. Die Frage nach der Beratungsqualität ist eng mit der Frage nach den Effekten von Beratung verknüpft. Zwar können Aussagen dazu getroffen werden, wann Nutzer/-innen eine Beratung als hilfreich erleben, aber bedingt dies auch zwangsläufig eine subjektive Verbesserung der Pflegesituation? Dieser Frage nachzugehen, kann einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Wirksamkeit von Pflegeberatung leisten.

Festhalten lässt sich abschließend, dass Nutzer/-innen aus privaten Pflegehaushalten Beratung zu pflegerischen Themen dann als positiv erleben, wenn ein kontinuierlicher Ansprechpartner ein Gefühl der Sicherheit vermitteln sowie Problemlagen in ihrer Komplexität reduzieren und Lösungswege aufzeigen kann. Dabei nimmt über alle Nutzergruppen und Beratungsanlässe hinweg die Berücksichtigung der jeweils individuellen Situation durch die Berater/-innen den zentralen Stellenwert ein. Diese Individualität gilt es künftig in Beratungskonzepten verstärkt zu berücksichtigen. Dennoch bedarf es weiterer wissenschaftlicher Bemü-

hungen, den Beratungsbedarf und die Qualitätserwartungen aus der Perspektive der Nutzer/-innen aufzuzeigen, da diese selbst Schwierigkeiten haben, ihre Bedarfe zu konkretisieren und zu artikulieren. Dies gilt im vorliegenden Kontext insbesondere für die vulnerable Gruppe der pflegebedürftigen älteren Menschen, aber auch anderer bislang vernachlässigter Nutzergruppen. Erst auf dieser Basis können Qualitätskriterien aus der Nutzerperspektive formuliert werden.

Fazit für die Praxis

- **Nutzer/-innen benötigen gebündelte, leicht verständliche Information und Beratung, die ihre individuelle Situation berücksichtigt. Die Beziehung zwischen den Beratenden und den Nutzer/-innen ist dabei Schlüsselement der Beratung.**
- **Die Beratungsbedarfe sind stark heterogen und erfordern individuelle Konzepte. Dazu fehlt es bislang an empirischen Erkenntnissen zu den Bedarfen spezifischer Nutzergruppen, die es weiter zu erforschen gilt.**
- **Speziell Pflegebedürftige sind in der Forschung unterrepräsentiert, haben aber besondere Schwierigkeiten hinsichtlich der Artikulation ihres Beratungsbedarfs. Hier bedarf es spezifischer Konzepte, um diese vulnerable Gruppe verstärkt zu berücksichtigen.**
- **Allgemeingültige Qualitätskriterien lassen sich nach gegenwärtigem Erkenntnisstand aus der Perspektive der Nutzer/-innen nicht formulieren. Dies unterstreicht den weiterführenden Forschungsbedarf zum Erleben von Beratung aus der Nutzerperspektive.**

Korrespondenzadresse



N. Englert, M.Sc. PH
Hochschule Osnabrück
Caprivistr. 30a, 49076 Osnabrück, Deutschland
n.englert@hs-osnabrueck.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. N. Englert, C. Oetting-Roß und A. Büscher geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Böttcher S, Buchwald C, Kothe W (2013) Wissenschaftliche Evaluation zum Konzept der Vernetzten Pflegeberatung im Land Sachsen-Anhalt. Berichtsteil I: Endbericht. Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, Magdeburg
2. Büscher A, Holle B, Emmert S, Fringer A (2010) Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. Z Gerontol Geriatr 43:103–110
3. Büscher A, Oetting-Roß C (2016) ZQP-Perspektivenwerkstatt Qualität in der häuslichen Pflege – Potenziale von Beratung und Schulung. Bericht zur Erarbeitung des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin
4. COMPASS Private Pflegeberatung GmbH (2011) Bericht zur Pflegeberatung. COMPASS, Köln
5. Döhner H, Gerlach A, Köpke S, Lüdecke D (2011) Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG), Hamburg
6. Ehlers A (2010) Gesamtbericht zur Angehörigenbefragung. Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen – Ermittlung des Innovationspotenzials und Handlungsempfehlungen für den Transfer (EVIDENT). Technische Universität Dortmund, Dortmund
7. Esslinger AS (2009) Neues Denken in der Gesundheitsversorgung Hochbetagter. Vernetzung und Kooperation im Blickwinkel der Strukturation. Gabler, Wiesbaden
8. GKV Spitzenverband der Pflegekassen (Hrsg) (2011) Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, Berlin
9. Gröning K (2011) Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRGs. Evaluation der durchgeführten Pflegetrainings und Initialpflegekurse im Zeitraum vom 01. Januar bis 31. Dezember 2010. Universität Bielefeld, Bielefeld
10. Horn A, Schaeffer D (2013) Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld
11. Isfort M, Laag U, Weidner F (2011) Entlastungsprogramme bei Demenz – EDe. Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze. Pflegewissenschaft 03:133–138
12. Joost A, Metznerath A (2012) Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen. Abschlussbericht. Hessisches Sozialministerium, Frankfurt a. M.
13. Kirchen-Peters S, Nock L (2016) Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn

14. Kofahl C, Lüdecke D (2014) Familie im Fokus – Die Lebens- und Versorgungssituation von Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern in Deutschland. Ergebnisse der Kindernetzwerk-Studie. AOK-Bundesverband, Berlin
15. Kraehmer S, Bethke B, Goetze H, Sterz A, Schmalenberg A, Schmidt S (2013) Wissenschaftliche Evaluation der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Neubrandenburg
16. Kurz A, Hallauer J, Jansen S, Diehl J (2005) Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. *Nervenarzt* 76:261–269
17. Michell-Auli P, Strunk-Richter G, Tebest R (2010) Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
18. Mischke C, Meyer M (2008) Beratung Pflegenden Angehöriger – Pflegeberatungsbedarfe im Verlauf von „Pflegendenkarrieren“ aus der Perspektive Pflegenden Angehöriger. Projektabschlussbericht. Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Saarbrücken
19. Nickel W, Born A, Hanns S, Brähler E (2010) Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? *Z Gerontol Geriatr* 44:109–114
20. Oetting-Roß C, Suhr R, Sulman D, Büscher A (2016) Konzepte zur Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung. *Monit Pflege* 16:31–35
21. Pflege in Not e.V. (2014) Gewalt in der Pflege? Jahresbericht 2013. Unveröffentlichter Bericht
22. Pinquart M, Sörensen S (2006) Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 18(04):577
23. Rambøll Management Consulting (Hrsg) (2011) Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, Potsdam
24. Reichert M, Hampel S, Reuter V (2016) Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige. *Z Gerontol Geriatr* 49:181–186
25. Rothgang H, Bohns S, Bauknecht M, Sauer S (2012) Evaluation der Pflegestützpunkte im Kontext weiterer Beratungsstellen im Land Bremen. Abschlussbericht. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS). Universität Bremen, Bremen
26. Schmidt S, Luderer C (2013) „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern. *Informationsd Altersfr* 40:10–18
27. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2015) Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
28. Wingenfeld K, Büker C, Ostendorf A (2013) Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. GKV Spitzenverband, Berlin
29. Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V. (2016) Sachbericht zum Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen für das Jahr 2015. Unveröffentlichter Bericht
30. Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) (Hrsg) (2013) Evaluation von Beratungsangeboten für Familien und ältere Menschen in Niedersachsen. ZEFIR, Bochum
31. Zentrum für Qualität in der Pflege (2014) ZQP-Bevölkerungsbefragung „Aggression und Gewalt in der Pflege“. <https://zqp.de/upload/content.000/id00148/attachment02.pdf>. Zugegriffen: 22. Juli 2016

Anlage 9:

Publikation zum Projekt aus der Zeitschrift „Pflegerwissenschaft“

- Englert, N., Büscher, A. (2018). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung – PartiziQ. Wie gemeinsam mit Nutzerinnen und Nutzern Qualitätsanforderungen für die Beratung in der Pflege definiert werden können. *Pflegerwissenschaft*, Ausgabe 3/4. -

Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung - PartiziQ

Wie gemeinsam mit Nutzerinnen und Nutzern Qualitätsanforderungen für die Beratung in der Pflege definiert werden können

Nathalie Englert, Prof. Dr. Andreas Büscher

Im Projekt „PartiziQ“¹ wurden für verschiedene Beratungsangebote zu Pflegefragen auf Basis eines partizipativen Vorgehens Qualitätsanforderungen für die Beratung erarbeitet. Im Zentrum des Projekts standen die Nutzer/-innen der Beratungsangebote, die das erforderliche Qualitätsniveau definieren sollten. Es zeigte sich, dass die Nutzer/-innen an die strukturellen Rahmenbedingungen, die Kompetenzen der Berater/-innen, die Beratungsinhalte und die Gestaltung des Beratungsprozesses konkrete Erwartungen haben, die durch eine gleichberechtigte Zusammenarbeit explizit und für die qualitative Weiterentwicklung der Beratungslandschaft nutzbar gemacht werden können.

User participation in quality development of long-term care counselling

On the basis of a participatory design quality criteria for different counselling services in long-term-care were developed in the project. The key focus was on the users of the counselling services, whose perspective should define the required level of quality. The project reveals that the users do have specific expectations of structural conditions, the consultant's competencies, the topics of consultancy and the process of counselling, which can be made explicit through an equal cooperation and be used for the qualitative development of counselling services.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Andreas Büscher
Professor für Pflegewissenschaft
Hochschule Osnabrück
Caprivistraße 30 a
49076 Osnabrück
a.buescher@hs-osnabrueck.de

Eingereicht am 10.11.2017
Akzeptiert am 07.02.2018

DOI: 10.3936/1554

¹ Die Förderung des Projekts erfolgt aus Mitteln des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestags. Die Projektträgerschaft erfolgt über die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) im Rahmen des Programms zur Innovationsförderung.

EINLEITUNG

Das Auftreten von Pflegebedürftigkeit bedeutet für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld die Umstellung bisheriger Lebensumstände und konfrontiert sie mit einer Reihe von Fragen. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Beratung zu pflegerrelevanten Themen positiven Einfluss auf die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen nimmt (Kraehmer et al., 2013; Rambøll Management Consulting, 2011) und einen Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Pflege leisten kann (Isfort, Laag & Weidner, 2011; Schmidt & Luderer, 2013). Insbesondere mit der Etablierung der Beratung nach den §§ 7 und 7a SGB XI ist die Pflegeberatung auch in Deutschland verstärkt in den wissenschaftlichen Fokus getreten und wurde in verschiedenen Evaluationsstudien untersucht. Dabei wird eine Beratungslandschaft konstatiert, die sich qualitativ höchst heterogen präsentiert. Neben verbindlichen Mindeststandards zu strukturellen und personellen Rahmenbedingungen (Kirchen-Peters & Nock, 2016) fehlt es vielfach an konzeptionellen Grundlagen der Beratung, die die Perspektive Ratsuchender konsistent verfolgen und wissenschaftliche Erkenntnisse mit Beratungshandeln verknüpfen (Oetting-Roß, Suhr, Sulman & Büscher, 2016). Eine bundesweite Evaluation der Beratung nach § 7a SGB XI hält fest, dass gute Beratungspraxis dann sichtbar wird, wenn professionell ausgearbeitete Grundlagen und Instrumente für die Beratungsarbeit vorliegen (GKV Spitzenverband der Pflegekassen, 2011). Als Qualitätsinstrumente haben sich für die pflegerische und die medizinische Versorgung Expertenstandards und Leitlinien zu zentralen Versorgungsaspekten bzw. zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen etabliert. Ihre Entwicklung folgt transparenten und wissenschaftlich fundierten Kriterien. Für die Pflegeberatung steht die explizite Formulierung von Qualitätsmaßstäben oder gar Qualitätsinstrumenten noch am Anfang.

HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Das Projekt Partizipative Qualitätsentwicklung in der Pflegeberatung (PartiziQ) will einen Beitrag zur Entwicklung von Qualitätsmaßstäben in der Pflegeberatung leisten und dabei vor allem der Perspektive der Nutzer/-innen von Beratungsangeboten eine Stimme verleihen. Das Projekt greift unterschiedliche Diskussionslinien auf und führt sie unter einer Forschungs- und Entwicklungsperspektive zusammen. Eine Diskussion, auf die Bezug genommen wird, ist der bei der Entwicklung der Pflegeversicherung explizite Gedanke einer Co-Produzentenschaft der Dienstleistung Pflege (Evers, 1997; Kondratowitz, 1997). Co-Produzentenschaft bezieht sich auf eine gemeinschaftliche Bewältigung von Pflegebedürftigkeit durch lebensweltliche und professionelle Unterstützungs- und Hilfeformen. Sie impliziert eine fortwährende Aushandlung und Verständigung über Häufigkeit, Umfang, Zeitpunkt und Form der Hilfen. Zwar ist diese Diskussion ins Stocken geraten, aber auf der politischen Ebene ist die Beteiligung von Nutzer/-innen bei Vorhaben zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung mittlerweile fester Bestandteil und gesetzlich in § 118 SGB XI und § 140f SGB V verankert.

Im professionellen Kontext beteiligt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) die Nutzer/-innen bei der Entwicklung von Expertenstandards zu pflegerischen Qualitätsrisiken (DNQP, 2015). Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sieht in ihrem methodischen Vorgehen zur Leitlinienentwicklung die Berücksichtigung der Patientenperspektive vor (AWMF, 2012). Auch im Rahmen des Programms zur Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wird die Beteiligung von Patientenvertretern als Qualitätskriterium für hochwertige Leitlinien ausgewiesen (ÄZQ, 2016). Bei genauerem Hinsehen zeigt sich jedoch, dass die Formen der Einbeziehung und die Vorstellungen darüber, zu welchen Fragen und in welcher Form eine Beteiligung stattfindet, recht uneinheitlich sind.

Ansatzpunkte zu einer Qualitätsentwicklung unter Beteiligung von Nutzer/-innen finden sich im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. In zwei Projekten der Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung wurde ein Ansatz zur partizipativen Qualitätsentwicklung entwickelt und dabei Wege aufgezeigt, wie professionelle Akteur/-innen und Nutzer/-innen bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben zusammenwirken können (Wright, Block, Unger & Kilian, 2010). Partizipative Qualitätsentwicklung versteht sich als Zweig der Aktions- bzw. Handlungsforschung und verbindet deren Kernintention, Forschung nicht über die Praxis, sondern in Zusammenarbeit mit der Praxis zu betreiben (Bradbury, 2015) mit Elementen der Qualitätsentwicklung. Damit wird der Anspruch verfolgt, diejenigen Menschen an Projekten zu beteiligen, die im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen und die unmittelbar betroffen sind (Bergold & Thomas, 2012). Partizipation kann in verschiedenen Formen Ausdruck finden und lässt sich Wright, Unger und Block (2010) zufolge in einem Stufenmodell hierarchisieren (vgl. Tabelle 1).

Wenngleich Wright et al. (2010) Partizipation als Prozess verstehen und auch den Vorstufen der Partizipation ihre Berechtigung in Projekten einräumen, wird „echte“ Partizipation nur dann als gegeben betrachtet, wenn die betreffende Zielgruppe an Entscheidungsprozessen beteiligt

Stufe 9	Selbstständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Nicht-Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

Tabelle 1: Stufenmodell der Partizipation nach (Wright et al., 2010)

ist und eine gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis besteht (Bergold & Thomas, 2012; Cook, 2012). Es gilt also, Partizipationsprozesse kontinuierlich zu hinterfragen und einen möglichst hohen Grad der Partizipation anzustreben, der Mitbestimmungsrechte für Praxis und Zielgruppe vorsieht.

Im Projekt wurden erstmals Nutzer/-innen bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben für die Beratung in der Pflege beteiligt. Ziel war es dabei, den Nutzer/-innen im Sinne höchstmöglicher Partizipation die Entscheidungsmacht über die formulierten Qualitätsanforderungen zu geben.

METHODEN

Um die Vielfalt der Beratungslandschaft widerzuspiegeln wurde das Projekt in Kooperation mit drei bestehenden Beratungsangeboten durchgeführt, die jeweils zu eigenen Schwerpunkten unter je eigenen Rahmenbedingungen tätig sind. Beteiligt waren der Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück, die Beratungsstelle bei Konflikt und Gewalt in der Pflege älterer Menschen des Diakonischen Werks Berlin Stadtmitte (Pflege in Not) sowie das Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz. Die jeweils in den Beratungsangeboten tätigen Mitarbeiter/-innen waren als gleichberechtigte Praxispartner/-innen an Entscheidungsprozessen beteiligt.

Aufgrund der jeweils unterschiedlichen Ausrichtung der Beratungsangebote bestand der Anspruch des Projekts nicht darin, einen einheitlichen Qualitätsmaßstab zu entwickeln, der für alle Beratungsangebote in der Pflege Gültigkeit besitzt. Vielmehr war die Grundannahme, dass unterschiedliche Beratungsanlässe auch andere Bedürfnisse Ratsuchender mit sich bringen (Englert, Oetting-Roß & Büscher, 2017). Gleichzeitig ist der Beratungsbedarf immer auch von lokalen Bedingungen abhängig, wie etwa einer ländlichen oder städtischen Wohnsituation der Betroffenen. Ziel war es also, unter Beteiligung tatsächlicher Ratsuchender Qualitätsmaßstäbe zu entwickeln, die auf die jeweiligen Beratungsangebote zugeschnitten sind. Darüber hinaus sollten Erkenntnisse generiert werden, wie partizipative Prozesse in der Qualitätsentwicklung im Pflegesektor gestaltet werden können.

Ein erster methodischer Schritt im Projekt bestand darin, die am Qualitätsentwicklungsprozess zu beteiligenden Personen und Akteure zu identifizieren. Wie in anderen Verfahren zur Qualitätsentwicklung (DNQP, 2015) sollte der eigentliche Entwicklungsprozess in mehreren Arbeitsgruppensitzungen erfolgen. Die partizipative Forschung sieht bereits an dieser Stelle eine Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis vor (Unger, 2012). Daher wurden auf Basis wissenschaftlicher Literatur Handlungsempfehlungen erarbeitet, die die Praxispartner/-innen zur Auswahl zu beteiligender Nutzer/-innen für die Arbeitsgruppen (AGs) befähigen sollten. Ziel war es, diejenigen Personen einzubinden, die unmittelbar von der Qualität der Beratung betroffen sind und die mit ihren Fragen und Bedarfslagen im Mittelpunkt der Beratung stehen oder

über Wissen über die Bedarfslagen Ratsuchender verfügen (Wright et al., 2010). Eine erste Erkenntnis zu Beginn des Projekts war, dass sich in der Gruppe der Nutzer/-innen von Beratung auch professionelle Akteure finden lassen und diese nicht nur durch die Pflegebedürftigen und deren Angehörige repräsentiert werden, wie ursprünglich angenommen. Zwar stellt diese Nutzergruppe in allen Beratungsangeboten den größten Anteil, dies trifft insbesondere auf die Angehörigen zu, darüber hinaus versteht sich bspw. das Informations- und Beschwerdetelefon in besonderen Rechtsfragen aber auch als Ansprechpartner für Pflegestützpunkte, da die Expertise in der Pflegerechtsberatung innerhalb von Rheinland-Pfalz eine Sonderstellung einnimmt. Auch das Pflege in Not-Team in Berlin steht explizit auch professionellen Pflegekräften in konfliktbelasteten Situationen beratend zur Seite.

Die Ansprache potentieller Teilnehmer/-innen für die AGs wurde ebenfalls durch die Praxispartner/-innen durchgeführt. Dieses Vorgehen war aus Gründen des Datenschutzes unumgänglich, da nur Personen zur Teilnahme gewonnen werden sollten, die die Beratung tatsächlich in Anspruch genommen hatten. Die Gewinnung von Teilnehmer/-innen aus privaten Haushalten gestaltete sich dabei über alle Standorte hinweg schwierig, da oftmals entweder stark begrenzte zeitliche Ressourcen (pflegende Angehörige) oder eingeschränkte körperliche oder geistige Fähigkeiten (Pflegebedürftige) vorlagen. Insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen war enorm schwer zu erreichen, sodass nur am Standort Osnabrück eine selbst pflegebedürftige Person für die Teilnahme gewonnen werden konnte. Teilnehmer/-innen mit professionellem Hintergrund für die AGs zu gewinnen war dagegen vergleichsweise einfach, die Teilnehmerzahl dieser Nutzergruppe beschränkte sich allerdings durch den Anspruch, ausgeglichene Gruppenzusammensetzungen zu erzielen bzw. den Anteil der privaten Nutzer/-innen höher zu halten. Für die Standorte Berlin und Osnabrück konnte dies realisiert werden. Aufgrund der Größe des Flächenlandes Rheinland-Pfalz erwies sich die Teilnehmergeinnung beim Informations- und Beschwerdetelefon als besonders schwierig, sodass hier nicht nur die kleinste AG insgesamt gebildet wurde, sondern auch die privat Betroffenen in der Unterzahl waren. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die AG-Teilnehmer/-innen an den drei Standorten. Die Praxispartner/-innen wurden kontinuierlich über den Verlauf und die Ergebnisse der Arbeitssitzungen informiert und das weitere Vorgehen miteinander abgestimmt.

Die Sitzungen der AGs fanden im Zeitraum zwischen August 2016 bis Mai 2017 statt. In der ersten Sitzung wurde

	Berlin	Mainz	Osnabrück
Pflegebedürftige/ Angehörige	6	2	9
Professionelle Akteure	6	5	5
Gesamt	12	7	14

Tabelle 2: Übersicht über die Zusammensetzung der AGs an den drei Standorten

eine breite Sammlung von Anforderungen an die Beratung erarbeitet. Methodisch wurde dieser Schritt durch Leitfragen und eine Kartenabfrage unterstützt. Diese Arbeitsphase wurde auf Tonband aufgenommen, transkribiert und in Anlehnung an Kodiervorgaben aus der Grounded Theory codiert und kategorisiert (Glaser & Strauss, 1998). Die Kategorien und ihre Inhalte wurden den Teilnehmer/-innen bei einer zweiten Sitzung vorgestellt und auf ihre Formulierung aus Nutzerperspektive hin diskutiert. Zusätzlich wurde Raum gegeben, noch Aspekte zu ergänzen und die subjektive Bedeutung der einzelnen Themen einzuordnen. Bis zur dritten Sitzung wurden die formulierten Anforderungen in ein Format übertragen und in konkrete Qualitätskriterien gefasst. Im Sinne eines iterativen Prozesses wurden diese Qualitätskriterien erneut den Teilnehmer/-innen vorgestellt und diskutiert. Ziel war immer, die Zustimmung zu erhalten, um ihre Perspektive richtig zu erfassen und bei der Formulierung der Qualitätskriterien einen Konsens in den Gruppen zu finden.

Auch das Format, in welchem die Qualitätsanforderungen formuliert sind, wurde im Sinne eines hohen Partizipationsgrads von den Teilnehmern bestimmt. Die Osnabrücker Gruppe entschied sich für eine Formulierung der Qualitätskriterien nach den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die auch die Vorlage für die Expertenstandards des DNQP bilden (DNQP, 2015). Die Gruppen in Berlin und Mainz wählten eine Einsortierung der Qualitätskriterien in die fünf Qualitätsbereiche des Qualitätsrahmens für Beratung in der Pflege (Büscher, Oetting-Roß & Sulman, 2016). Zusätzlich wurde für alle Beratungsangebote eine komprimierte grafische Übersicht erstellt, die Ratsuchende beim Einstieg in die Beratung unterstützen soll.

ERGEBNISSE

Es konnten sechs Ergebnisbereiche herausgearbeitet werden, die die Qualitätsanforderungen der teilnehmenden Nutzer/-innen abbilden: *Zugang zur Beratung, Beratungshaltung der Berater/-innen, Kompetenz der Berater/-innen, Beratungsinhalte und -themen, Gestaltung des Beratungsprozesses sowie die Beratungsstelle als Teil der lokalen Beratungslandschaft*. Aufgrund der variierenden Inhalte sind die Kategorien an den Standorten teils mit abweichenden Unterkategorien gefüllt. Die folgende Übersicht fasst die zentralen Ergebnisse aus den Sitzungen der AGs zusammen. Die Inhalte bilden jeweils die Grundlage für die Erarbeitung der formalisierten Qualitätsmaßstäbe, die auf den Websites der teilnehmenden Beratungsangebote eingesehen werden können.

Zugang zur Beratung

Erreichbarkeit der Berater/-innen

Die Forderung nach einer hohen telefonischen Erreichbarkeit der Berater/-innen ist ein zentraler Aspekt an allen drei Standorten. Für den Pflegestützpunkt wird eine ganztägige Erreichbarkeit zu üblichen Bürozeiten gefordert, während an den anderen Standorten eine täglich gleichbleibende vierstündige Sprechzeit als ausreichend betrachtet wird. Insbesondere für berufstätige Ratsuchende werden Beratungsoptionen (als offene Sprechzeit oder individuelle

Beratungstermine) in den späten Nachmittags- bzw. frühen Abendstunden gewünscht. Die hohe telefonische Erreichbarkeit ist eng mit dem Wunsch verknüpft, dass die Beratung zeitnah zur Verfügung steht. Die Konkretisierung, was „zeitnah“ bedeutet, fällt allerdings unterschiedlich aus und sollte nach Ansicht der Ratsuchenden von der Dringlichkeit des Beratungsanliegens abhängig gemacht werden, deren Beurteilung allerdings im Verantwortungsbereich der Berater/-innen liegt. Einig sind sich alle Nutzer/-innen dahingehend, dass eine erste Reaktion einer Beraterin/eines Beraters, die den Eingang der Beratungsanfrage bestätigt und über den Zeitpunkt einer erneuten Kontaktaufnahme informiert, nicht länger als einen Tag auf sich warten lassen sollte.

Kontaktart

Hier ist in erster Linie Flexibilität gefragt: Viele Ratsuchende erleben den telefonischen Kontakt als ausreichend oder auch als ihren Bedürfnissen entsprechend. Dagegen finden einige Ratsuchende, dass manche Beratungsanliegen besser in einem persönlichen Gespräch thematisiert werden können und dies auch die Preisgabe intimer Details zur Pflegesituation erleichtert. Da die Möglichkeit der Face-to-Face-Beratung bei Beratungstelefonen konzeptuell nicht angelegt ist, empfinden die Ratsuchenden des Informations- und Beschwerdetelefon die Berater/-innen oftmals als anonym, was in einer erhöhten Hemmschwelle resultiert, die juristische Beratung überhaupt in Anspruch zu nehmen. Hier können Informationen zu den Berater/-innen bei der Vertrauensbildung helfen, bspw. Fotos auf der Homepage oder in Informationsflyern.

Für besondere Beratungssituationen kann auch die Beratung in der eigenen Häuslichkeit unverzichtbar sein. Hier kommen zwei Aspekte zum Ausdruck: Einerseits soll durch den Hausbesuch der Ausschluss von der Beratung aufgrund mangelnder zeitlicher Ressourcen oder eingeschränkter Mobilität vermieden werden, andererseits sind die Ratsuchenden immer auch daran interessiert, dass ihnen Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt werden, die nach Ansicht einiger Nutzer/-innen nur durch eine persönliche Inaugenscheinnahme der häuslichen Rahmenbedingungen identifiziert werden können. Es kann also festgehalten werden, dass vor allem die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen zu können und passgenaue Optionen anzubieten, von zentraler Bedeutung ist.

Bekanntheit des Beratungsangebotes

Die Nutzer/-innen bemängeln, dass die vielfältigen Beratungsmöglichkeiten ihrer Ansicht nach nicht ausreichend bekannt sind und viele Betroffene damit nicht von der Beratung profitieren können oder sich kritische Situationen unnötig lang zuspitzen. Daher erfolgt die Aufforderung, die Beratungsangebote über verschiedene Werbeaktivitäten verstärkt in die Öffentlichkeit zu tragen.

Die mangelnde Bekanntheit bezieht sich dabei sowohl auf Pflegebedürftige und deren Angehörige, als auch auf Gesundheits- und Pflegepersonal. Insbesondere hausärztlichen Praxen wird eine zentrale Rolle bei der Identifikation von Beratungsbedarf zugeschrieben, die nach Ansicht der teilnehmenden Ratsuchenden kaum von den Hausärztinnen und -ärzten ausgefüllt wird. Auch Pflegepersonal am-

bulanter Dienste sowie in stationären Einrichtungen sollte in belasteten Pflegesituation deutlich aktiver werden und auf die Möglichkeit einer Krisenberatung durch Pflege in Not verstärkt hinweisen bzw. sogar vermittelnd tätig werden. In diesem Sinne wird der Sensibilisierung von Gesundheits- und Fachpersonal teils eine noch höhere Bedeutung zugeschrieben als einer breiten Öffentlichkeitsarbeit. Eine Ausnahme bildet die Pflegerechtsberatung der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz: Durch die enge Kooperation mit dem flächendeckenden Netz der Pflegestützpunkte gelingt die Weiterleitung derjenigen Ratsuchenden, die sich mit ihrem Anliegen zunächst an einen der Pflegestützpunkte wenden, nach Ansicht der Nutzer/-innen zufriedenstellend. Der Bedarf, dass auch Gesundheits- und Pflegepersonal bei pflegerechtlichen Fragen an das Informations- und Beschwerdetelefon vermittelt, wird hier kaum gesehen.

Beratungshaltung der Berater/-innen

Beratung auf Augenhöhe

In allen Nutzergruppen kommt zum Ausdruck, dass eine wertschätzende Beratungshaltung ein wesentliches Qualitätsmerkmal darstellt. Wertschätzung kommt insbesondere darin zum Ausdruck, dass der problemhafte Charakter einer geschilderten Situation bedingungslos anerkannt und die ratsuchende Person mit ihrem Anliegen keiner Wertung unterzogen wird.

Beratung wird zudem nicht als paternalistischer Prozess verstanden, sondern als Aushandeln der für den vorliegenden Fall bestmöglichen Versorgungs- oder Handlungsoptionen. Die Ratsuchenden schätzen die Fachexpertise der Berater/-innen, möchten selbst aber auch als Expert/-in für ihre Situation anerkannt werden. Dies bedeutet, dass die Beratung non-direktiv ausgerichtet sein soll und die Selbstbestimmungsrechte des Ratsuchenden anerkannt und gestärkt werden.

Berater/in als neutrale dritte Person vs. Parteiliche Vertretung

Insbesondere in der Pflegerechtsberatung sehen die Ratsuchenden eine zentrale Aufgabe der Berater/-innen darin, ihre berechtigten Ansprüche gegenüber Dritten anwaltschaftlich zu vertreten und durchzusetzen. Zentrales Beratungsanliegen für die Nutzer/-innen sind oftmals Fragen rund um die Leistungsgewährung der Pflegekasse oder Auseinandersetzungen mit Pflegeanbietern. Dabei empfinden die Nutzer/-innen die Leistungsträger und -anbieter meist als gegnerische Partei, die vorrangig eigene Interessen verfolgt und die Nutzer/-innen hinsichtlich der ihnen zustehenden Leistungen verunsichert. Die Bestätigung der Legitimität von Forderungen erleben die Nutzer/-innen in der Beratung als sehr entlastend.

Anders stellt sich die Erwartungshaltung in der Krisenberatung von Pflege in Not dar, in der aus Sicht der Nutzer/-innen nur die Betrachtung aller beteiligten Perspektiven eine Problemlösung bewirken kann. Aus diesem Grund wünschen sich die Nutzer/-innen gerade keine parteiliche Vertretung, sondern eine unvoreingenommene Haltung der Beraterin/des Beraters, die eine objektive Auseinandersetzung mit den Motiven und Beweggründen der am Konflikt oder an der problemhaften Situation beteiligten Personen erlaubt.

Kompetenz der Berater/-innen

Fachkompetenz

Die Nutzer/-innen erwarten breites Fachwissen der Berater/-innen entsprechend des Beratungsbereichs sowie die Fähigkeit, das Fachwissen situations- und nutzergerecht anzuwenden und vermitteln zu können. Je nach Beratungsanlass und individueller Ausgangssituation der ratsuchenden Person schätzen die Nutzer/-innen auch praktische Pflegeerfahrungen der Beraterin/des Beraters, sei es aufgrund einer privaten Pflegesituation oder beruflicher Erfahrungen. Der Bedarf pflegepraktischer Erfahrungen wird insbesondere von den Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes intensiv diskutiert und stellt für einige der Ratsuchenden eine wesentliche Anforderung an die Berater/-innen dar, wenngleich unterschiedliche Vorstellungen bestehen, welche Ausprägung die pflegepraktische Erfahrung annehmen sollte. In der Pflegerechts- sowie in der Krisenberatung wird die praktische Erfahrung dagegen vielmehr als Zugabe zu den Kompetenzen einer Beraterin/eines Beraters verstanden und wird keineswegs als Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Beratung definiert. Dennoch erwarten die Ratsuchenden auch bei diesen Beratungsformen auf Seiten der Berater/-innen das Wissen um die Besonderheiten einer familiären Pflegesituation und die damit verbundenen Herausforderungen für alle Beteiligten. Dieses Wissen könne aber auch theoretisch erworben und durch die Beratungstätigkeit gefestigt werden.

Das Vertrauen in die Fachkompetenz der Berater/-innen wird nicht nur durch ein entsprechend kompetentes Auftreten erreicht, sondern auch durch einen transparenten Umgang mit den eigenen Kompetenzen unterstützt. Diese Transparenz auf Seiten der Berater/-innen gibt den Ratsuchenden die Sicherheit, dass nur verlässliche Informationen weitergegeben werden und nicht etwaige Kompetenzgrenzen mit Halbwissen verschleiert werden. Gleichzeitig erwarten die Ratsuchenden, mit ihrem Anliegen nicht allein gelassen zu werden und definieren als Qualitätsmerkmal, dass geeignete andere Ansprechpartner/-innen benannt werden können und der Wissensstand der Berater/-innen kontinuierlich aktualisiert wird.

Personale Kompetenz

Die von den Nutzer/-innen geforderte personale Kompetenz definiert sich im Wesentlichen über ein freundliches und zugewandtes Auftreten, Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. So erwarten die Nutzer/-innen, dass die Beraterin/der Berater empathisch auf ihr Anliegen eingeht, da der Weg zur Beratung für die Ratsuchenden oftmals die Preisgabe sehr persönlicher und intimer Informationen bedeutet. Ein freundliches Auftreten ist durch ein geduldiges Eingehen auf die ratsuchende Person und deren Beratungsanliegen gekennzeichnet, die beim Ratsuchenden nicht das Gefühl hinterlässt, zur Last zu fallen.

Mit dem Sprichwort „die Chemie stimmt“ wird zum Ausdruck gebracht, dass auch eine Sympathie bestehen muss, damit emotionale Themen geäußert werden können. Die personalen Kompetenzen sind nur subjektiv bewertbar und lassen sich kaum in messbare Qualitätskriterien übertragen. Dennoch wird deutlich, dass diese „weichen“ Kompeten-

zen der Berater/-innen für die Ratsuchenden von zentraler Bedeutung für die gesamte Qualität der Beratung sind.

Beratungsinhalte/-themen

Die Inhalte, die Bestandteil der Beratung sein sollen, definieren sich erwartungsgemäß über den Beratungsanlass. Im Zentrum der gewünschten Beratungsthemen der Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes stehen Optionen und Alternativen, die die Betroffenen zur Gestaltung der pflegerischen Versorgung und zur Unterstützung der Angehörigenpflege nutzen können. Diese Fragen der Versorgungsgestaltung und Unterstützungsmöglichkeiten sind eng mit den Rechten verknüpft, die die Ratsuchenden im Rahmen der Pflegeversicherung wahrnehmen können. Es zeigt sich zudem, dass Nutzer/-innen sich von formalen Verfahren oftmals überfordert fühlen und Schwierigkeiten haben, sowohl die für sie relevanten Ansprechpartner zu identifizieren als auch die notwendigen formalen Prozesse einzuleiten. Die Beratung wird mehrfach als „Lotse durch den Versorgungsdschungel“ beschrieben.

Auch im Rahmen der Pflegerechtsberatung stehen Verfahrensfragen und, der konzeptionellen Anlage des Beratungsangebotes entsprechend, die Klärung rechtlicher Fragen rund um das Thema Pflege im Vordergrund. Über die reine Weitergabe von Information und Handlungsanleitung hinaus erwarten die Nutzer/-innen von den Berater/-innen hier aber auch aktive und anbieterunabhängige Unterstützung bei rechtlichen Verfahren, wobei ausdrücklich zu betonen ist, dass diese Unterstützung nur außergerichtlich stattfinden kann.

In der Beratung bei Pflege in Not steht der Austausch über emotional belastete Themen im Vordergrund. Vielfach wird deutlich, dass für die speziellen Situationen und psycho-sozialen Belange weder im privaten Umfeld noch von professioneller Seite ähnlich geeignete Ansprechpartner/-innen zur Verfügung stehen. Bereits durch die Möglichkeit der Aussprache können Entlastung geschaffen und erste Lösungsansätze entwickelt werden. In einigen Fällen ist auch die Aufarbeitung eines Konflikts zwischen Ratsuchenden und beteiligten Dritten zentraler Beratungsinhalt. Hier wird die Initiierung einer Konfliktvermittlung oder Familiengesprächen sehr geschätzt. Da sich Pflege in Not auch als Angebot für Pflege- und Führungspersonal versteht, werden von den Nutzer/-innen Beratungsbausteine erwartet, die eine Problemanalyse aus professioneller Perspektive und Lösungsansätze zum Umgang mit Gewalt in Pflegeeinrichtungen ermöglichen, bspw. Mitarbeiterschulungen und das Coaching von Führungskräften.

Gestaltung des Beratungsprozesses

Individualität

Im Zentrum der Erwartungen an allen Standorten steht die individuelle Ausrichtung der Beratung auf die Lebens- und Pflegesituation der Betroffenen. Die Nutzer/-innen erwarten, dass grundsätzlich der Einzelfall betrachtet wird und individuelle Handlungsalternativen erarbeitet werden. Die Anerkennung der Besonderheiten des Einzelfalls steigert dabei nicht nur das Vertrauen in die Beratung, die Nutzer/-innen erleben es sogar als Zeichen mangelnder Wertschätzung, wenn lediglich ein einheitliches Beratungsschema abgearbeitet wird.

Der individuellen Einzelfallbetrachtung kommt in der Beratung im Pflegestützpunkt auch insofern eine zentrale Bedeutung zu, als die Ratsuchenden ihr Beratungsanliegen oftmals selbst nicht definieren können, sondern sich vielmehr aus einer allgemeinen Überforderung oder auch dem Gefühl des Unwissens an die Beratung wenden. Aufgabe ist es hier also verstärkt, gemeinsam mit der ratsuchenden Person herauszuarbeiten, wie sich das Problem definieren lässt und wo Handlungsbedarf besteht.

Kontinuität

Die Nutzer/-innen schätzen, dass ihnen in der Beratungsstelle eine Ansprechperson zur Verfügung steht, die bei Fragen der pflegerischen Versorgung und im Krisenfall kontaktiert werden kann. Der Wunsch nach einer kontinuierlichen Ansprechperson ist Ausdruck der vielfältigen Herausforderungen, denen sich Betroffene mit Eintreten der Pflegebedürftigkeit gegenübersehen. Das Wissen, die notwendige Unterstützung im Bedarfsfall einfordern zu können, vermittelt den Nutzer/-innen Sicherheit in der Bewältigung der Pflegesituation. Ist der Beratungsprozess einmal angestoßen, wird eine feste Bezugsperson erwartet und dass keine neuen Beratungskontakte aufgebaut werden müssen. Der Wunsch nach Kontinuität verdeutlicht die hohe Relevanz eines Vertrauensverhältnisses zu den Berater/-innen.

Klarheit

Die Ressourcen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen werden als eng begrenzt erlebt und wollen von Betroffenen möglichst zielgerichtet und effizient eingesetzt werden. Dies bedeutet, dass die Berater/-innen nicht die gesamte Bandbreite an Versorgungs- und Handlungsoptionen aufzeigen sollen, sondern sich auf jene beschränken, die in der individuellen Pflegesituation angemessen und realistisch umsetzbar sind. Auch erwarten die Nutzer/-innen, dass klar signalisiert wird, wenn aus professioneller Perspektive einzelne Handlungsschritte wenig erfolgversprechend erscheinen, bspw. ein Widerspruch gegen die Einstufung in einen Grad der Pflegebedürftigkeit.

Die Berater/-innen sollen sich bei der Vermittlung von Beratungsinhalten am Wissens- und Erfahrungshorizont der Ratsuchenden orientieren und die Beratung für jeden verständlich gestalten. Dazu müssen die individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen der ratsuchenden Person berücksichtigt werden. Insbesondere für ältere Menschen sollte der Sprachgebrauch Nutzer/-innen orientiert gewählt werden. Verständlichkeit erfordert auch das Signal an die Ratsuchenden, jederzeit Verständnis- oder Rückfragen zu stellen.

Befähigung

Die Beratung im Pflegestützpunkt sollte je nach Ausgangssituation am Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ ausgerichtet sein und zum Selbstmanagement anleiten. Um nicht kontinuierlich auf Hilfestellung eines Beratungsangebotes angewiesen zu sein, erwarten die Nutzer/-innen Anleitung, um weitere Schritte selbst umsetzen zu können oder Herausforderungen künftig selbstständig bewältigen zu können. In der Nutzergruppe der Pflegerechtsberatung wird dieser Aspekt nicht gleichermaßen explizit genannt, dennoch wird auch hier befürwortet, dass die Unterstützung

der Berater/-innen sich nach den Kompetenzen und Ressourcen der ratsuchenden Person richtet, bspw. sollte nicht pauschal der Schriftverkehr mit der Pflegekasse vollständig übernommen werden, sondern der Umfang der Übernahme von Tätigkeiten sich an den individuellen Voraussetzungen orientieren. Auch bei den Ratsuchenden von Pflege in Not schwingt der Wunsch nach Handlungsstrategien mit, um die erneute Zuspitzung eines Konflikts vermeiden zu können.

Struktur und ausreichend Zeit

Den Nutzer/-innen ist es wichtig zu erleben, dass der Beratungsprozess von den Berater/-innen gesteuert und geleitet wird. In die Prozessplanung wollen die Nutzer/-innen aber eingebunden werden und wünschen sich Transparenz über die Schritte im Beratungsprozess.

Um den Bedürfnissen der Ratsuchenden gerecht zu werden, sollen die Berater/-innen sich nach Wunsch der Nutzer/-innen ausreichend Zeit nehmen, um das Beratungsanliegen vollständig zu klären. Dabei wird durchaus akzeptiert, wenn aus organisatorischen Gründen ein Zeitfenster aufgezeigt werden muss. In diesen Fällen wird aber das aktive Angebot eines weiteren Beratungsgesprächs erwartet. In jedem Fall möchten die Ratsuchenden aber das Gefühl bekommen, dass sie ihr Anliegen zunächst ohne Zeitdruck besprechen können.

Die Beratungsstelle als Teil der lokalen Beratungslandschaft

Netzwerk

Ein gutes Netzwerk bedeutet für die Ratsuchenden, dass weiterführende Ansprechpartner/-innen vermittelt werden können, wenn die Grenzen des eigenen Beratungsangebotes erreicht sind. Dies können etwa Personen mit besonderer Expertise zu Fragen demenzieller Erkrankungen, Supervisor/-innen für Pflegeteams oder auch juristische Fachkräfte mit speziellem Schwerpunkt sein. Für die Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes sind zusätzlich Informationen über regionale Leistungsanbieter und Hinweise zu Leistungs- und Qualitätsmerkmalen relevant. Auch Netzwerkarbeit, die ehrenamtliche Kräfte mit Betroffenen zusammenbringt, wird von den Nutzer/-innen gewünscht.

Neben der vermittelnden Tätigkeit und dem kollegialen Austausch sehen die Ratsuchenden auch den Bedarf einer fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen lokalen Beratungsangeboten. Angeregt wird etwa die gemeinsame Fallarbeit bei komplexen Beratungssituationen, damit die jeweiligen Kompetenzen der Berater/-innen verschiedener Angebote sich optimal ergänzen.

Kernkompetenz als Qualitätsmerkmal

Es zeigt sich, dass die Konzentration auf Schwerpunktthemen, zu denen beraten wird, wesentlich zu einer hohen Qualität der Beratung beiträgt. Dies wird insbesondere in den Gruppen an den Standorten Berlin und Mainz deutlich. So sehen die Nutzer/-innen des Informations- und Beschwerdetelefons das Beratungsangebot mit seiner speziellen Expertise als wichtigen Bestandteil der Beratungslandschaft, der bspw. das gesetzliche Angebot in den Pflegestützpunkten oder die Aufgaben von Prüfbehörden ergänzt und erweitert. Für Fachkräfte bietet das Angebot

der Verbraucherzentrale die Sicherheit, in schwierigen Beratungssituationen auf diese Expertise zurückgreifen zu können und auch die eigene Kompetenz beständig zu erweitern. Zudem wird der kollegiale Austausch über fachliche Fragen geschätzt, um aktuelle Fragen aus der Nutzerperspektive zu diskutieren.

Auch in Berlin erleben die Mitarbeiter/-innen verschiedener Beratungsangebote zum Thema Pflege es als große Entlastung, im Bedarfsfall zuverlässig auf Pflege in Not als Beratungsangebot mit psychosozialen Schwerpunkt verweisen zu können. Gerade das Thema Gewalt in der Pflege sei stark emotional besetzt und würde die Kompetenzen anderer Beratungsangebote, etwa in Pflegestützpunkten, oft übersteigen.

DISKUSSION UND AUSBLICK

Wie sich gezeigt hat, werden Qualitätsanforderungen weitgehend unabhängig vom Beratungsanlass genannt, etwa hinsichtlich der personalen Kompetenzen der Berater/-innen, der Ausgestaltung des Beratungsprozesses und struktureller Rahmenbedingungen. Dennoch unterscheiden sich die Anforderungen auch in einigen zentralen Aspekten.

So spielt der Wunsch nach einem Hausbesuch bei den Ratsuchenden des Pflegestützpunktes eine deutlich größere Rolle, als dies bei den anderen Beratungsangeboten der Fall ist. Möglicherweise zeigten sich die Nutzer/-innen zurückhaltender, da der Hausbesuch bei diesen Formaten konzeptuell nicht vorgesehen ist. Denkbar ist aber auch, dass der Hausbesuch eine höhere Relevanz hat, sofern eine Versorgungsplanung Bestandteil der Beratung ist. Diese wird von den teilnehmenden Beratungsangeboten im Projekt PartiziQ nur vom Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück durchgeführt.

Auch der gewünschte pflegepraktische Erfahrungshorizont der Berater/-innen nimmt bei den Ratsuchenden des Pflegestützpunktes die höchste Bedeutung ein, was vermutlich darin begründet liegt, dass nur hier auch pflegepraktische Fragen Inhalt der Beratung sind. An den anderen Standorten sind dagegen andere Kompetenzen verstärkt gefragt: In Mainz ist es erwartungsgemäß die juristische Fachkompetenz, in Berlin sind es psycho-soziale und kommunikative Kompetenzen. Verbindend ist der Anspruch, dass die Berater/-innen mit den Bedingungen einer Pflegesituation und deren Auswirkungen auf alle Beteiligten vertraut sein sollen.

Eine weitere Anforderung an die Kompetenz der Berater/-innen stellt sich in Hinblick auf die Problemanalyse. Während in der Pflegerechts- und Krisenberatung überwiegend bereits ein sehr konkretes Problem vorliegt, haben einige Nutzer/-innen des Pflegestützpunktes auch im Nachgang der Beratung Schwierigkeiten zu definieren, welches Problem sie letztlich in die Beratung führte. In der Beratung im Pflegestützpunkt ist also in höherem Maße erforderlich, eine komplette Analyse der Versorgungssituation vorzunehmen und daraus den Beratungsbedarf abzuleiten.

Auch die Haltung der Beraterin/des Beraters als parteiliche Vertretung der Ratsuchenden unterliegt unterschiedlichen Bewertungen. Dies kann sich damit begründen las-

sen, dass die Beratungsanlässe bei Pflege in Not weitaus persönlicher beladen sind, während bei der Beratung im Pflegestützpunkt und insbesondere in der Pflegerechtsberatung Forderungen von oder gegenüber Leistungsträgern und -anbietern Konfliktpotential bieten. Da der Wunsch besteht, diese Forderungen durchzusetzen, ist eine anwaltliche Vertretung gefragt, während psycho-soziale Konflikte kaum in einseitiger Betrachtung gelöst werden können.

Methodische Einschränkungen

Wesentliche methodische Einschränkungen ergeben sich im Hinblick auf die Auswahl der Teilnehmer/-innen der AGs. Partizipative Ansätze bergen grundsätzlich die Gefahr, dass relevante Akteure nicht beteiligt werden, da sie bewusst übergangen oder schlichtweg nicht bedacht werden (Bergold & Thomas, 2012). Zwar wurden den Praxispartner/-innen im Projekt objektive Kriterien zur Auswahl der Nutzer/-innen zur Verfügung gestellt, letztlich kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass unbewusst überwiegend diejenigen Ratsuchenden zur Teilnahme angesprochen wurden, mit denen die Beratung als besonders angenehm erlebt wurde. Umgekehrt ist auch zu überlegen, ob vorrangig diejenigen Ratsuchenden Interesse am zeitintensiven partizipativen Prozess haben, die positive Erfahrungen mit der Beratung gemacht haben, tatsächlich führten einige der Teilnehmer/-innen dies als persönliche Motivation an. Dies birgt gewisses Potential für Verzerrungen, insbesondere was die Verbesserungsvorschläge an die Beratung betrifft. Zwar lässt sich relativierend anführen, dass Nutzer/-innen von Beratungsangeboten zum Thema Pflege sich in Evaluationsstudien zu einem sehr hohen Prozentsatz zufrieden bis sehr zufrieden mit der erhaltenen Beratung zeigen (Döhner, Gerlach, Köpke & Lüdecke, 2011; GKV Spitzenverband der Pflegekassen, 2011; Kraehmer et al., 2013) und daher davon auszugehen ist, dass die partizipierenden Nutzer/-innen in die Mehrheit aller Nutzer/-innen von Beratungsangeboten repräsentieren. Dennoch gilt es diesen Aspekt zu beachten und ganz bewusst Raum für Kritik und Verbesserungsvorschläge zu geben. In diesem Sinne empfiehlt es sich auch, Mitarbeiter/-innen oder Verantwortliche der Beratungsstelle nicht in die AGs zu integrieren, da dies einer freien Meinungsäußerung im Wege stehen könnte.

Weitere Einschränkungen, die es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt, beziehen sich auf Eigenschaften der partizipierenden Nutzer/-innen. Zunächst waren Ratsuchende mit Migrationshintergrund nicht in den Gruppen repräsentiert. Auch wurde der Bildungs- und Sozialstatus der Teilnehmer/-innen nicht berücksichtigt. Aussagen zu Qualitätsanforderungen aus der Perspektive dieser Nutzergruppen lassen sich auf Basis des Projekts also nicht treffen. Aus anderen Studien ist allerdings bekannt, dass gerade Menschen mit Migrationshintergrund und Menschen mit niedrigem Sozial- und/oder Bildungsstatus besondere Bedürfnisse bei der Beratung haben (vgl. z.B. Horn & Schaeffer, 2013).

Kritik kann ebenfalls hinsichtlich des Verhältnisses von professionellen und nicht-professionellen Teilnehmern in den AGs angebracht werden. Ziel war es, zwischen der

Gruppe der Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie derjenigen Nutzer/-innen mit einem professionellen Hintergrund ein mindestens ausgeglichenes Verhältnis zu schaffen bzw. einen höheren Anteil der privaten Nutzer/-innen zu erreichen. Dies ist nicht an allen Standorten gelungen. Ein zumindest ausgeglichenes Verhältnis zugunsten der nicht-professionellen Teilnehmer/-innen ist nicht nur relevant, um das tatsächliche Nutzerverhältnis angemessen zu repräsentieren. Auch besteht die Gefahr, dass Ratsuchende mit professionellem Hintergrund, die es gewohnt sind, sich zu Beratungsthemen zu äußern, zu viel Raum in den Gruppen einnehmen. Letzterem Kritikpunkt kann aber methodisch begegnet werden, bspw. wurden im Projekt die Gruppen in einzelnen Arbeitsphasen getrennt.

Schlussbetrachtung

Trotz der genannten Einschränkungen konnte durch das Projekt aufgezeigt werden, dass eine Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen von Beratungsangeboten bei der Entwicklung von Qualitätsmaßstäben möglich ist und bemerkenswerte Ergebnisse hervorbringt. Durch die Beteiligung der Nutzer/-innen wird diesen nicht nur Wertschätzung als Adressat der Leistung entgegengebracht, darüber hinaus erhalten Beratungsangebote die Möglichkeit einer an Nutzerbedürfnissen orientierten Qualitätsentwicklung und ein Feedback der Ratsuchenden, das für eine erste Evaluation des Beratungsangebotes berücksichtigt werden kann. Durch die intensive Diskussion von Wünschen und Erwartungen wird sehr deutlich, an welchen Stellen die Beratung bereits sehr gute Arbeit leistet und wo Verbesserungsbedarf besteht. Im Projekt bezogen sich Kritik und Verbesserungsvorschläge seitens der Teilnehmer/-innen überwiegend auf strukturelle Bedingungen, etwa zu eng begrenzte Sprechzeiten oder der Wunsch nach einer Ausweitung der Hausbesuche. In Zeiten begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen lässt sich anhand der Ergebnisse aus der Zusammenarbeit mit den Nutzer/-innen der Leistung auch Verantwortlichen in Politik und Pflege gegenüber aufzeigen, wo Handlungsbedarf besteht.

Es wurde deutlich, dass es Qualitätsansprüche gibt, insbesondere in Bezug auf persönliche Eigenschaften der Beraterin/des Beraters und hinsichtlich der Gestaltung des Beratungsprozesses, die sich vereinheitlichen lassen und die für verschiedene Beratungsangebote orientierend bei der Qualitätsentwicklung sein können. Gleichzeitig kann kein einheitlicher Qualitätsmaßstab für alle Beratungsangebote in der Pflege formuliert werden, da immer auch individuelle Komponenten vorliegen, die eng mit dem Beratungsanlass und lokalen Bedingungen verknüpft sind. Diese individuellen Qualitätsanforderungen können nur in Zusammenarbeit mit den tatsächlichen Adressaten der Beratung identifiziert werden. Der Bedarf der Beteiligung von Nutzer/-innen gilt auch für die Evaluation von Beratungsangeboten: Viele der genannten Kriterien lassen sich anhand einer Analyse der strukturellen Rahmenbedingungen oder der Dokumentation der Berater/-innen nachvollziehen. Gerade aber personale Kompetenzen, die konsequente Ausrichtung des Beratungsprozesses an den Bedürfnissen der Ratsuchenden und nicht zuletzt die Haltung der Beraterin/des Beraters

gegenüber den Ratsuchenden sind stark subjektiv konnotierte Aspekte, die wenig formalisiert werden und nur durch eine Befragung der Nutzer/-innen evaluiert werden können.

Für die Zukunft gilt es, für Fragen der Pflegeberatung die Formulierung von Qualitätsniveaus voranzutreiben, so dass eine einheitlich gute Beratungsqualität gewährleistet werden kann und diese nicht weiter vom Zufall bestimmt wird. Eine Beteiligung der Nutzer/-innen der Pflegeberatung erscheint dabei unerlässlich, um die Beratung zu Pflegefragen konsequent an deren Bedürfnissen auszurichten.

LITERATUR

- AWMF. (2012). AWMF-Regelwerk „Leitlinien“ (1. Aufl.). Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>
- ÄZQ. (2016). Patientenbeteiligung. Verfügbar unter <http://www.leitlinien.de/patienten/patientenbeteiligung>
- Bergold, J. & Thomas, S. (2012). Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 13 (1), Art. 30.
- Bradbury, H. (2015). How to Situate and Define Action Research. In H. Bradbury (Ed.), *The SAGE Handbook of Action Research* (pp. 1-12). London: SAGE Publications.
- Büscher, A., Oetting-Roß, C. & Sulman, D. (2016). Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege. Herausgegeben vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Zugriff am 27.06.2016. Verfügbar unter <https://www.zqp.de/upload/content.000/id00514/attachment00.pdf>
- Cook, T. (2012). When Participatory Approaches Meet Pragmatism in Funded (Health) Research: The Challenge of Finding Meaningful Spaces. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 13 (1), Art. 18.
- DNQP (Hrsg.). (Juni 2015). Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Verfügbar unter <https://www.dnqp.de/materialien/>
- Döhner, H., Gerlach, A., Köpke, S. & Lüdecke, D. (2011). Wissenschaftliche Begleitung der Pflegestützpunkte in Hamburg. Abschlussbericht. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) in Hamburg.
- Englert, N., Oetting-Roß, C. & Büscher, A. (2017). Bedarf und Qualität von Beratung in der Langzeitpflege. Nutzerperspektive auf Beratungsangebote in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*.
- Evers, A. (1997). Bürger, Konsumenten und Koproduzenten. Argumente für ein pluralistisches Demokratiekonzept im Bereich sozialer Dienste. In U. Braun & R. Schmidt (Hrsg.), *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur* (Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 1, S. 219-232). Regensburg: Transfer-Verl.
- GKV Spitzenverband der Pflegekassen. (2011). *Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, Berlin*. Zugriff am 15.08.2016.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung* (Hans Huber Programmbereich Pflege). Bern: Huber.
- Horn, A. & Schaeffer, D. (2013). *Evaluation der Patienteninformation und -beratung für türkisch- und russischsprachige Migrantinnen und Migranten*. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
- Isfort, M., Laag, U. & Weidner, F. (2011). *Entlastungsprogramme bei Demenz - EDe. Optimierung der Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen im Kreis Minden-Lübbecke mit besonderer Berücksichtigung pflegepräventiver Ansätze*. *Pflegewissenschaft*, 03.
- Kirchen-Peters, S. & Nock, L. (2016). *Pflegestützpunkte in Deutschland. Die Sicht der Mitarbeitenden*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. Zugriff am 01.06.2016. Verfügbar unter <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12538.pdf>
- Kondratowitz, H.-J. von (1997). Medizinische Definitionsmacht, Moralökonomie der Pflege und hybride Formen der Koproduzentschaft. In U. Braun & R. Schmidt (Hrsg.), *Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur* (Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Bd. 1, S. 201-218). Regensburg: Transfer-Verl.
- Kraehmer, S., Bethke, B., Goetze, H.-J., Sterz, A., Schmalenberg, A. & Schmidt, S. (2013). *Wissenschaftliche Evaluation der Pflegestützpunkte in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht*. Neubrandenburg: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales.
- Kurz, A., Hallauer, J., Jansen, S. & Diehl, J. (2005). Zur Wirksamkeit von Angehörigengruppen bei Demenzerkrankungen. *Der Nervenarzt*, 76 (3), 261-269.
- Oetting-Roß, C., Suhr, R., Sulman, D. & Büscher, A. (2016). *Konzepte zur Beratung im Rahmen der Pflegeversicherung*. *Monitor Pflege*, 16 (02-3), 31-35.
- Rambøll Management Consulting. (2011). *Evaluation von Pflegestützpunkten im Land Brandenburg*. : Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg. Zugriff am 12.08.2016. Verfügbar unter http://www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Evaluationsbericht%20PSP%20Brandenburg_final.pdf
- Schmidt, S. & Luderer, C. (2013). „Da fühlte ich mich wirklich gut aufgehoben.“ – Eine Studie zum Erleben der Arbeit von Pflegestützpunkten aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern. *Informationsdienst altersfragen*, 40 (01), 10-18.
- Unger, H. v. (2012). *Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran?* *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 13 (1), Art. 7.
- Wright, M. T., Block, M., Unger, H. v. & Kilian, H. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung - eine Begriffsbestimmung*. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl, S. 13-32). Bern: Huber.
- Wright, M. T., Unger, H. v. & Block, M. (2010). *Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention*. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl, S. 35-52). Bern: Huber.

ⁱ Die Websites der teilnehmenden Beratungsangebote sind zu finden unter: www.pflege-in-not.de, www.verbraucherzentrale-rlp.de/beratung-rlp, www.landkreis-osnabrueck.de/bildung-und-soziales

ⁱⁱ Im Regelfall kann die Niveaustufe 5 bis 6 des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen Orientierung bieten (zu finden unter www.dqr.de).

Anlage 10:

Publikation zum Projekt aus der Zeitschrift „Angehörige pflegen“

- Büscher, A., Englert, N. (2017). Was brauchen pflegende Angehörige im Beratungsgespräch? Angehörige pflegen, Ausgabe 04/2017.-



Jetzt sind Sie gefragt!

Was brauchen pflegende Angehörige im Beratungsgespräch? Das wissen am besten die, die selbst eine Beratung in Anspruch genommen haben. Deshalb haben sich Pflegewissenschaftler mit Pflegebedürftigen und Angehörigen zusammengesetzt und Qualitätsanforderungen für die Beratung formuliert.

Text: Prof. Dr. Andreas Büscher, Nathalie Englert

Wird ein Mensch pflegebedürftig, ist die ganze Familie mit Unsicherheiten und Fragen konfrontiert. Schließlich ändert sich durch den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eine Menge: Oft muss ein Pflegedienst gefunden werden, ein speziel-

les Pflegebett organisiert werden oder sogar ein Treppenlift eingebaut werden. Beratungsangebote können hier helfen, Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zu unterstützen und individuell passende Angebote aufzuzeigen.

Doch für die Betroffenen ist es meist schwierig, das passende Bera-

tungsangebot zu finden. Das Angebot ist sehr breit und oft unübersichtlich. Meist haben die Anlaufstellen auch unterschiedliche Schwerpunkte, sodass Angehörige unsicher sind, an wen sie sich wenden sollen. Viele Möglichkeiten der Beratung sind in der Bevölkerung zudem schlicht nicht bekannt.

Die unübersichtliche Beratungslandschaft hat noch eine weitere Folge: Es gibt keine verbindlichen Standards, die dafür sorgen, dass alle Beratungsangebote eine einheitliche Qualität haben. Oft hängt es mehr oder weniger vom Zufall ab, auf wen die Ratsuchenden treffen und welche Hilfestellung sie erhalten.

Wie wird die Beratung erlebt?

Pflegebedürftige und Angehörige gaben an, dass die Beratung vielfach einen positiven Einfluss auf die Pflegesituation und die damit verbundenen Herausforderungen hatte. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass Beratungsangebote, die am Projekt teilgenommen haben (s. Kasten) individuell auf das Beratungsanliegen eingehen können.

Pflegestützpunkt: Hier erhalten die Ratsuchenden grundlegende Auskünfte über den lokalen Pflegemarkt. Sie erfahren, welche Möglichkeiten der Versorgung es gibt. Dazu gehören beispielsweise auch Maßnahmen, die das Wohnumfeld verbessern. Auch werden sie über das Leistungsangebot der Pflegeversicherung informiert. Die Ratsuchenden schätzen die Berater als „Lotsen durch den Versorgungsdschungel“. Viele waren zuvor sehr verunsichert und dann erleichtert, endlich eine geeignete Ansprechperson gefunden zu haben, die bei der Gestaltung der Pflegesituation unterstützen kann.

Beratungsstelle Pflege in Not: Bei diesem Angebot stehen emotionale Themen im Vordergrund. Die Ratsuchenden berichten zum Beispiel, dass „es einfach gut tat, mal mit jemandem reden zu können“. Deutlich wird, dass psychosoziale Herausforderungen, gerade für Angehörige, kaum mit anderen Personen besprochen werden können. So bleiben Tabuthemen, wie etwa das Gefühl von Aggression gegenüber der pflegebedürftigen Person, vielfach unausgesprochen. Stattdessen schwelen diese im Untergrund und können schließlich zu einer Eskalation führen.



Betroffene helfen mit, Anforderungen für gute Beratungsqualität zu entwickeln

In einem Projekt an der Hochschule Osnabrück wurden Qualitätsmaßstäbe für Beratung zu Fragen der Pflege erarbeitet. Dazu wurde eng mit Ratsuchenden – also Pflegebedürftigen und Angehörigen – zusammengearbeitet. In Workshops formulierten die Beteiligten zunächst Erwartungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge an die Beratung und erarbeiteten dann Qualitätsanforderungen. An den Workshops nahmen Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und ehrenamtliche Kräfte teil. So konnte ein Anforderungsprofil für die Beratung erarbeitet werden, das auf den Vorstellungen tatsächlicher Ratsuchender basiert. Am Projekt beteiligt waren Ratsuchende des Senioren- und Pflegestützpunktes im Landkreis Osnabrück, der Pflegerechtsberatung der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz (Informations- und Beschwerdetelefon Pflege und Wohnen in Einrichtungen) und der Berliner Beratungsstelle Pflege in Not, die bei Gewalt und Konflikt in der Pflege älterer Menschen tätig ist.

Pflegerechtsberatung: Dieses Angebot schafft wertvolle Entlastung. Hier erhalten Ratsuchende zum Beispiel rechtliche Aufklärung und Unterstützung, wenn Konflikte mit Leistungsträgern oder -anbietern auftreten. Oft kann auch der Schriftverkehr, der viel Zeit und Nerven rauben kann, übernommen werden.

Berater sind entscheidend

Als entscheidend werden die Berater selbst erlebt – sowohl ihre Fachkompetenz, aber auch persönliche Eigenschaften, wie ein freundliches und zugewandtes Auftreten, Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Wichtig ist den Ratsuchenden auch, dass die Berater um die Besonderheiten der familiären Pflegesituation wissen. Nur so ist aus ihrer Sicht ein einfühlsames Verstehen möglich und kann eine individuelle Begleitung der Pflegesituation gelingen. Die Betroffenen brauchen die Sicherheit, in schwierigen Situationen eine verlässliche Bezugsperson an ihrer Seite zu haben.

Verbesserungspotenzial besteht aus Sicht der Ratsuchenden vor allem im

Hinblick auf personelle Ressourcen. Sie plädieren allesamt für eine Ausweitung der Beratungssprechzeiten. Derzeit kann zum Beispiel nicht überall eine Beratung im häuslichen Umfeld angeboten werden. Dabei wird diese nicht nur von Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Mobilität geschätzt, sondern auch von den pflegenden Angehörigen, die dadurch keine Ersatzbetreuung für den Zeitraum der Beratung organisieren müssen.

Das Feedback der Pflegebedürftigen und Angehörigen, die an dem Projekt teilgenommen haben, fiel durchweg positiv aus. Sehr geschätzt wurde von allen die Möglichkeit, Einfluss auf das Beratungsgeschehen und die -qualität nehmen zu können. Nur durch Ratsuchende, die ihre Bedürfnisse artikulieren, und Verantwortliche, die auf diese Bedarfe eingehen, kann die Beratungslandschaft im Sinne Betroffener weiterentwickelt werden.

Prof. Dr. Andreas Büscher ist Pflegewissenschaftler an der Hochschule Osnabrück.

Nathalie Englert, M. Sc., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Osnabrück.
Mail: n.englert@hs-osnabrueck.de

Anlage 11:

Bericht aus der Neuen Osnabrücker Zeitung

- Neuer Standard bei der Pflegeberatung. Nutzer bestimmen Qualitätsniveau. Neue Osnabrücker Zeitung, 07. Oktober 2017, S. 9-

WONNEPROPPEN



Hey, ich bin's, **Noah Vocke!** Als dieses Bild entstand, war ich gerade zwei Tage alt. Geboren wurde ich mit **3870 Gramm und 55 Zentimetern am 29. September um 3.26 Uhr**, zwei Tage nach dem errechneten Geburtstermin. Mir hat es in Mamas Bauch einfach zu gut gefallen, deshalb habe ich mir auch bei der Geburt Zeit gelassen. Aber meine Mutter, sie heißt übrigens Kathrin Backes, hat das nicht gestresst. Sie und mein Papa Philipp Vocke fühlten sich im **Klinikum Osnabrück** richtig wohl und gut betreut, daher konnte die beiden nichts aus der Ruhe bringen. Als ich endlich da war, waren natürlich alle stolz, und Mamas Eltern standen sogar die Tränen in den Augen. Ich bin ihr erstes Enkelkind. Zu Hause in Georgsmarienhütte wartet unser Hund Debby, ein Dackel-Mix, auf mich. Ich freue mich sehr, meinen Freund auf vier Pfoten kennenzulernen. Ich habe auch schon eine Spielkameradin, sagt Mama. Milla ist sechs Monate alt, und gemeinsam werden wir die Nachbarschaft auf Trab halten. Auch auf meinen Cousin Fritz, er ist drei Wochen alt, bin ich sehr gespannt. Foto: von den Benken

Ihr Wonneproppen ist noch nicht veröffentlicht worden? Ein Meldeformular und alle bisher veröffentlichten Wonneproppen gibt es unter www.noz.de/wonneproppen

- ANZEIGE -
84 x in Deutschland www.babyone.de
BABYONE
Die großen Babyfachmärkte
49082 Osnabrück • Iburger Str. 225
Tel. 0541/5690799 **im Nahne Center**

KOMPAKT

Eigene Stärken kommunizieren

GEORGMARIENHÜTTE.

Vom 21. bis 22. Oktober bietet die Landvolkhochschule Oesede ein Kommunikationstraining für Geflüchtete an. Wenn es um die Suche nach einem Praktikumsplatz oder einer Arbeitsstelle geht, ist es wichtig, eigene Kompetenzen klar und zutreffend darstellen zu können. Die Teilnahme ist kostenlos. Auskunft und Anmeldung: 05401/86680 oder per E-Mail an info@klvhs.de.

BLITZER

Der Landkreis Osnabrück plant heute Geschwindigkeitskontrollen in **Bissendorf** und am Sonntag in **Glandorf**.

OSNABRÜCKER OZ ZEITUNG

Ihre Redaktion
Sekretariat 0541/310-631
310-632, 310-688
Fax 310-640
E-Mail: osnabruecker-land@noz.de

Anzeigen 0541/310-310
Fax 310-790
E-Mail: anzeigen@noz.de

Abo-Service 0541/310-320

Die heilige Stunde

Ehrenamtliche Hospizmitarbeiter bei Spes Viva berichten von ihrer Motivation und Erfahrungen

Seit nunmehr 20 Jahren gibt es den ambulanten Spes-Viva-Hospizdienst. Viele der über 40 ehrenamtlichen Mitarbeiter engagieren sich dort schon seit Jahren. Was hat sie dazu veranlasst, und wie verarbeiten sie die Begegnung mit Krankheit und Tod?

Text und Fotos von Kerstin Balks

OSTERCAPPELN. Maja Winter aus Bad Essen ist von Anfang an dabei. Ausschlaggebend für ihr Engagement war ein Erlebnis in ihrer Kindheit. „Als ich acht Jahre alt war, starb mein Onkel, der mir sehr nahestand. Als er im Sterben lag, durfte auch ich dabei sein. Wir haben zusammen ein Vaterunser gebetet, und er ist friedlich eingeschlafen. Trotz der Trauer, die wir alle empfanden, war es eine positive Erfahrung, eine heilige Stunde“, berichtet sie.

Die heilige Stunde. Auch die anderen Frauen, die sich an diesem Wochenende zu einem Weiterbildungsseminar in Lembruch am Dümmer eingefunden haben, benutzen diesen Begriff. „Einen Menschen von einer in eine andere Lebenssituation zu begleiten ist sehr besonders“, erklärt es Brigitte Pavic aus Schleddehausen.



„Die Chemie muss stimmen“, sagt Brigitte Pavic.

Fast alle der ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter von Spes Viva haben bereits einen lieben Menschen verloren. Nicht immer war die Erfahrung so positiv wie bei Maja Winter, sondern vielfach von Hilflosigkeit und dem Gefühl des Alleinseins geprägt. Dennoch ist die Mitarbeit bei Spes Viva keine Therapie. Pavic: „Der eigene Trauerprozess muss abgeschlossen sein. Aber die Ausbildung zum Sterbegleiter klärt auch das eigene Verhältnis zum Tod.“

Viele Menschen wissen nicht um die Möglichkeit einer Begleitung durch einen ambulanten Hospizdienst. Oft machen das Pflegepersonal, Bekannte oder der Arzt die Familie darauf aufmerksam. Die Koordinatorin verewissert sich beim Kranken oder seiner Familie, ob der Dienst wirklich gewünscht ist. Sie befragt die Familie zur Vita des Patienten und kann aufgrund ihrer Erfahrung gut einschätzen, wer passt. Mitunter ist auch gar nicht einmal der Patient der Adressat, sondern vielleicht die Familie, die der Trauerbegleitung bedarf. „In jedem Fall muss die Chemie stimmen“, sagt Brigit-

In vertrauter Umgebung

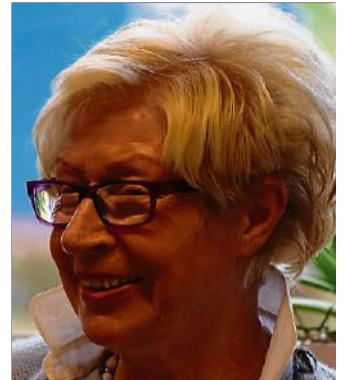
1994 wurde Spes Viva als integrierte Stationseinheit am Krankenhaus Ostercappeln gegründet. 1997 startete der ambulante Hospizdienst, dessen ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter es Schwerstkranken und Sterbenden ermöglichen, bis zuletzt in der vertrauten Umgebung zu leben. Sie begleiten sie und ihre Angehörigen durch Zuhören, durch Gespräche und

durch Unterstützung im Alltag. Durch Aus- und Weiterbildung sowie durch **Supervision** sind sie auf ihre Aufgaben vorbereitet und ermöglichen Freiräume und Unterstützung in der Trauer. *balz*



„Die Sensibilität nimmt zu“, sagt Angelika Haasis.



„Einfach da sein ist wichtig“, sagt Maja Winter.

standen zu haben, sagt sie. „Es geht um Hilfe, nicht um Sterbehilfe“, betont Spes-Viva-Geschäftsführerin Sandra Kötter.

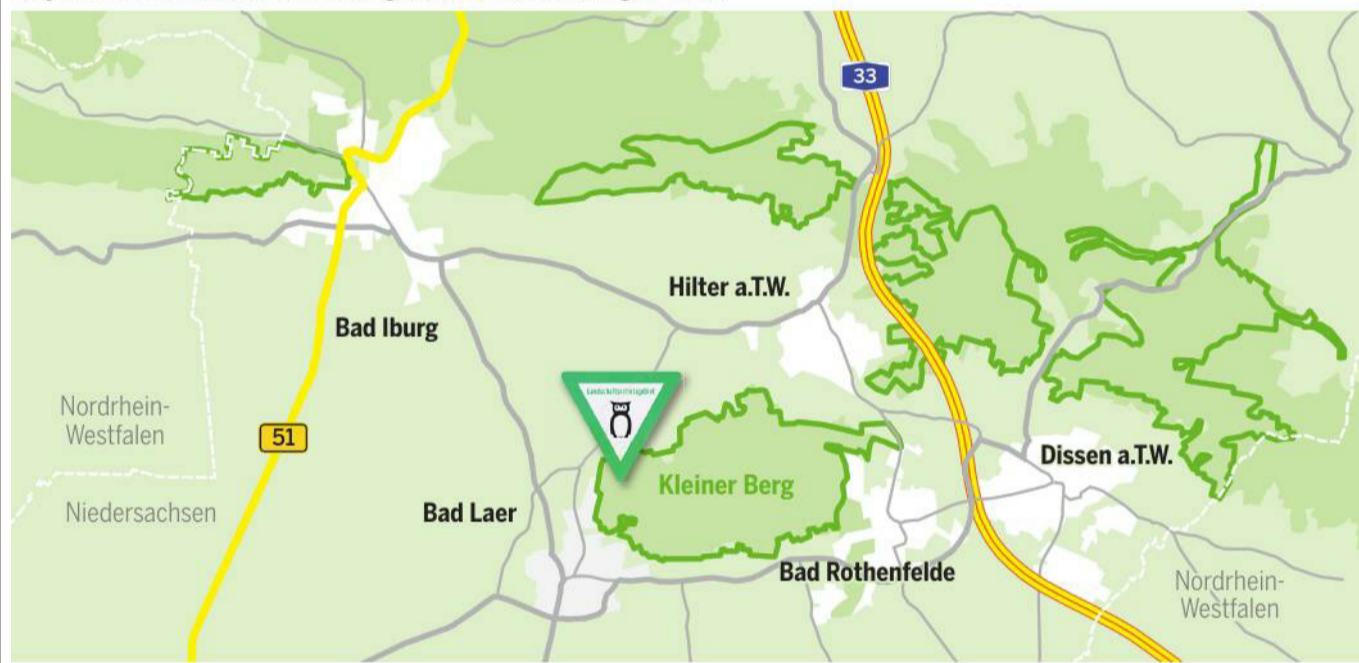
Was aber ist die Motivation der Ehrenamtlichen? Ist es nicht belastend, sich mit Krankheit, Tod und Sterben zu befassen? Marlies Schnittke aus Bohmte sagt, dass sie durch die Tätigkeit lernt: „Für meinen Beruf als Altenpflegerin, aber auch für meine eigene Persönlichkeitsentwicklung.“ „Man lernt fürs eigene Leben, aber auch fürs eigene Sterben“, stimmen die anderen zu. Angelika Haasis geht noch weiter: Sie sagt, es sei eine Gnade, Menschen bis zuletzt begleiten zu dürfen. Da

ist wieder die Idee von der heiligen Stunde, wenn sie das sagt.

Geht es auch ohne Frömmigkeit? Welche Rolle spielt der Glauben bei der Sterbe- und Trauerbegleitung? „Wir sind nicht missionarisch unterwegs, aber die meisten von uns haben im Glauben ein Fundament, und wenn es im Gespräch mit dem Patienten um Glaubensfragen geht, antworten wir authentisch“, erklärt Sandra Kötter.

In einer dreiteiligen Serie wird die Arbeit der Hospizbewegung in der Region Osnabrück beleuchtet. „Die heilige Stunde“ ist der zweite Teil.

Geplantes Landschaftsschutzgebiet im Teutoburger Wald



Zu einem **Fauna-Flora-Habitat-Gebiet** erklärt worden sind Teile des Teutoburger Waldes sowie des Kleinen Berges. Mit der Einrichtung dieser Zonen verfolgt die EU das Ziel, die biologische Vielfalt in den Mitgliedstaaten zu erhalten.

Erhalt der biologischen Vielfalt

Landkreis lädt Grundeigentümer des FFH-Schutzgebiets zu Infoveranstaltung ein

pm **OSNABRÜCK.** Teile des Teutoburger Waldes sowie des Kleinen Berges wurden aufgrund der Entscheidung der Europäischen Union (EU) zu einem Fauna-Flora-Habitat (FFH)-Gebiet erklärt. Im Vorfeld des Beteiligungsverfahrens lädt der Landkreis Osnabrück Grundeigentümer des Schutzgebiets zu einer Informationsveranstaltung ein. Diese findet statt am Donnerstag, 26. Oktober, 16 Uhr, im Haus Rahenkamp, Meller Landstraße 106, in Osnabrück. Die Veranstaltung ist nicht öffentlich, betont die Kreisverwaltung in einer Mitteilung.

Mit der Einrichtung von FFH-Gebieten verfolgt die EU das Ziel, die biologische Vielfalt in den Mitgliedstaaten zu erhalten und ein europaweites ökologisches Netz (Natura-2000-Gebiete) aufzubauen. In den FFH-Gebieten sollen die gebietyptischen Lebensräume mit ihrer spezifischen Vegetation und Tierwelt bewahrt oder wiederhergestellt werden. Der Landkreis Osnabrück ist aufgrund einer politischen Zielvereinbarung verpflichtet, seine FFH-Gebiete bis Ende 2018 hoheitlich zu sichern. Als weitgehend zusammenhängendes größtes Bu-

- ANZEIGE -

PARACELUSUS KLINIKEN

MENSCH & MEDIZIN
Gesundheitsforum

Vortrag: 18. Oktober 2017
Wenn der Tumor wiederkommt –
aktuelle Bestrahlungsmöglichkeiten
Referentin: Chefärztin Dr. Dr. Brigitta Baumert

Einlass: 18.30 Uhr, Beginn: 19.00 Uhr
Ort: NOZ Medienzentrum
Eingang: Ecke E.-M.-Remarque Ring/Breiter Gang
VVK 5,00 €, AK 8,00 € (inklusive eines Softdrinks)
Karten: Geschäftsstellen Neue OZ/Paracelsus-Klinik
Tickethotline: 0541 310443

Veranstalter präsentiert von: **Gesund und Punkt** NOZ

Paracelsus-Klinik Osnabrück
Am Natrupe Holz 69 · 49076 Osnabrück
T 0541 966-0 · www.paracelsus-klinden.de/osnabrueck

chenwaldgebiet im westlichen Niedersachsen nimmt das beschriebene, rund 2300 Hektar große FFH-Gebiet „Teutoburger Wald, Kleiner Berg“ nicht nur als Mittelgebirgsstandort mit seinen verschiedenen Buchenwaldausprägungen eine besondere Stellung ein. Es besitzt auch für viele an Wald gebundene

Tierarten, wie zum Beispiel Fledermäuse, einen hohen Wert. Herausragende Bedeutung haben auch die im Ostteil des Schutzgebietes vorkommenden Kalktuffquellen und -sinterterrassen.

Als Ergebnis ausgiebiger Diskussionen mit Eigentümern, Nutzergruppen, Vertretern der Land- und Forst-

wirtschaft sowie Naturschutzexperten beabsichtigt der Landkreis Osnabrück die hoheitliche Ausweisung des FFH-Gebietes in Form eines Landschaftsschutzgebietes.

Vor Beginn des öffentlichen Beteiligungsverfahrens, in dem der Entwurf der Verordnung einschließlich Begründung und Karten bei den vom Schutzgebiet betroffenen Gemeinden einen Monat lang für Stellungnahmen, Anregungen und Bedenken ausliegen wird, lädt der Landkreis Osnabrück die Grundeigentümer zu einem Informationstermin über das oben genannte Unterschutzstellungsverfahren ein.

Bei den privaten Waldbesitzern ist das Vorhaben umstritten. Der Kreisforstverband Osnabrück, der Zusammenschluss von 6400 Waldbesitzern, rechnet mit harten Restriktionen bei der Bewirtschaftung ihres Eigentums.

Ob sich ein Grundstück innerhalb des Schutzgebietes befindet, kann ergänzend zu dieser Karte im Internet auf der Seite www.landkreis-osnabrueck.de/ffh eingesehen werden. Anmeldeschluss ist der 18. Oktober. Telefon: 0541/501-4217. E-Mail: naturschutz@lko.de.

Neuer Standard bei der Pflegeberatung

Nutzer bestimmen Qualitätsniveau

pm **OSNABRÜCK.** Beratung der Pflege wissenschaftlich optimiert: In einem gemeinsamen Projekt mit dem Senioren- und Pflegestützpunkt im Landkreis Osnabrück hat die Hochschule Osnabrück einen Qualitätsstandard für die Pflegeberatung erarbeitet.

Das Besondere: Das Qualitätsniveau wurde von den Nutzern bestimmt, die als Nutzer die Beratung im Pflegestützpunkt in Anspruch genommen haben. „Damit ist es uns gelungen, ein Anforderungsprofil für die Beratung zu erarbeiten, das auf den Vorstellungen der tatsächlichen und potenziellen Nutzer der Pflegeberatung basiert“, sagte Professor Andreas Büscher von der Hochschule Osnabrück.

Zentraler Ansatz dieses vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz geförderten Projekts war eine intensive Zusammenarbeit mit denjenigen, die als Nutzer die Beratung im Pflegestützpunkt in Anspruch genommen haben. Beteiligt waren Pflegebedürftige sowie (pflegende) Angehörige, ehrenamtliche Seniorenbegleiter und Seniorenbegleiterinnen und Berater und Beraterinnen anderer Angebote in Sachen Pflege. Der so erarbeitete Qualitätsstandard bietet nun die Grundlage für eine nutzerorientierte Beratung und ermöglicht den Beratern und Beraterinnen im Pflegestützpunkt eine

Evaluation ihrer Arbeit. „Damit geben wir allen Interessierten jetzt ganz praktische Empfehlungen an die Hand, an denen sich die Beratungsstellen und die Ratsuchenden gleichermaßen orientieren können“, so Kreisrat Matthias Selle, „das Projekt sorgt so endlich für mehr Klarheit bei den leider oft noch diffusen Beratungsangeboten.“

Pflegebedürftig zu werden konfrontiert nach den Worten von Büscher Betroffene und ihre Familien mit einer unsicheren und unbekanntem Situation, in der sich viele Fragen und Herausforderungen ergeben. Aufgabe der Pflegeberatung sei es, die Menschen in dieser Situation beim Meistern der veränderten Lebensumstände zu unterstützen und Hilfs- und Unterstützungsangebote aufzuzeigen. Erst allmählich beginne dabei eine gesellschaftliche Diskussion um die Qualität der Beratung, so Selle. Neben Beratungsstellen, die hochwertige Beratung zu Pflegefragen bieten, gebe es auch jene, deren Beratung für Ratsuchende wenig hilfreich sei. „Dies liegt nicht zuletzt daran, dass es bislang an einheitlichen Qualitätsmaßstäben fehlt, an denen sich die Beratungsstellen orientieren können und die die Bedürfnisse der Ratsuchenden berücksichtigen“, erklärt Petra Herder, Pflegeberaterin im Pflegestützpunkt des Landkreises Osnabrück, den neuen Ansatz des Osnabrücker Projekts.



Qualität bei der Pflegeberatung: Vor dem Infomobil präsentieren Kathrin Sundermann und Petra Herder (beide Seniorenstützpunkt Landkreis Osnabrück, von links), Kreisrat Matthias Selle, Nathalie Englert (Mitarbeiterin an der Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften) und Andreas Büscher (Professor für Pflegewissenschaft) ihre neuen Angebote. Foto: Henning Müller-Detert/Landkreis Osnabrück