

# Qualität in der Tiergestützten Intervention

*Dokumentation als wesentlicher Bestandteil von  
Qualitätssicherung – ein Entwurf*

# MASTERTHESE

aus dem Studienfachbereich

**Green Care - Pädagogische, beraterische und therapeutische Interventionen  
mit Tieren und Pflanzen**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Scienc (MSc)**

an der

**Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien**

eingereicht bei

**Dr<sup>in</sup> Walburga Siebenhofer**

vorgelegt von

**Sascha Knödler (BA)**

Matrikelnummer: 1284935

Wien, Juli 2016



## **Kurzfassung**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Bedeutung und Umsetzung von Dokumentation in der Tiergestützten Intervention. Dabei wird den Fragen nachgegangen, welchen Beitrag Dokumentation zur Sicherung von Qualität leisten kann, wie eine Dokumentation aufgebaut sein muss, damit sie von den AnbieterInnen genutzt wird und welcher wissenschaftlicher Wert aus der Dokumentation gezogen werden kann. Es wurde ein Dokumentationssystem entwickelt, welches durch erfahrene Fachkräfte Tiergestützter Interventionen erprobt und von ExpertInnen aus Wissenschaft und Forschung beurteilt wurde. Die unter Einsatz von Leitfadeninterviews erstellten Interviewstudien zeigen, dass Dokumentation ein wesentlicher Aspekt der Qualitätssicherung darstellt. Um für die AnbieterInnen ein wirklicher Gewinn zu sein, muss ein Dokumentationssystem auf deren individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein. Eine Verbindung von Dokumentation und Forschung ist in diesem Zusammenhang nicht möglich.

## **Abstract**

The present paper deals with the importance and implementation of documentation in animal-assisted intervention. The study will address the issues, which contribution documentation can make to ensure quality, how documentation must be structured so it is used by the providers, and which scientific value can be drawn from the documentation. A documentation system has been developed which has been tested by experienced professionals of animal-assisted intervention and assessed by experts from science and research. Several interview studies were compiled on the basis of semi-structured interviews. The results reveal that documentation is an essential aspect of quality assurance. In order to be a real benefit for providers of animal-assisted interventions, a documentation system has to be customised to their individual requirements. It is not possible to connect documentation and research in one item.

*Leider lässt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.*

*(Johann Wolfgang von Goethe)*

Auch wenn ich mir dieser Tatsache bewusst bin, so möchte ich an dieser Stelle all jenen meinen Dank aussprechen, die mich beim Erstellen dieser Abschlussarbeit unterstützt und oftmals auch einfach nur ertragen haben. Ohne Euch wäre das nie möglich gewesen.

Wien, im Juli 2016

*Sascha Knödler*

---

## INHALT

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>GRUNDLAGEN UND THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1</b>	<b>Tiergestützte Intervention.....</b>	<b>12</b>
2.1.1	Begriffsbestimmung im englischsprachigen Raum.....	12
2.1.1.1	<i>Animal-Assisted-Activities</i> .....	13
2.1.1.2	<i>Animal-Assisted-Therapy</i> .....	13
2.1.2	Begrifflichkeiten im deutschsprachigen Raum.....	15
2.1.2.1	<i>Tiergestützte Aktivität</i> .....	15
2.1.2.2	<i>Tiergestützte Förderung</i> .....	16
2.1.2.3	<i>Tiergestützte Pädagogik</i> .....	16
2.1.2.4	<i>Tiergestützte Therapie</i> .....	17
2.1.3	Zusammenfassung und Arbeitsdefinition Tiergestützte Intervention .....	19
<b>2.2</b>	<b>Qualität und Qualitätsmanagement .....</b>	<b>21</b>
2.2.1	Begriff der Qualität .....	22
2.2.2	Qualitätsmanagement .....	28
2.2.2.1	<i>Total Quality Management</i> .....	35
2.2.2.2	<i>(Selbst-)Evaluation</i> .....	36
2.2.3	Qualität und Qualitätsmanagement in der Tiergestützten Intervention....	38
2.2.4	Zusammenfassung.....	40
<b>2.3</b>	<b>Dokumentation und Datenerhebung.....</b>	<b>41</b>
2.3.1	Basisdokumentation.....	43
2.3.2	Verlaufsdokumentation.....	44
2.3.3	Formen der Datenerhebung .....	44

---

2.3.4	Zusammenfassung.....	45
<b>3</b>	<b>FORSCHUNG UND AUSWERTUNG.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>Methodik und Vorgehen.....</b>	<b>47</b>
3.1.1	Fallauswahl .....	48
3.1.2	Datenerhebung .....	48
3.1.3	Datenanalyse .....	49
3.1.4	Probleme und Herausforderungen im Verlauf der Forschung .....	50
<b>3.2</b>	<b>Erstellung des Dokumentationssystems .....</b>	<b>50</b>
3.2.1	Die Handreichung .....	51
3.2.2	Das Stundenbild.....	51
3.2.3	Der Dokumentationsbogen.....	53
<b>3.3</b>	<b>Auswertung der Interviews.....</b>	<b>57</b>
3.3.1	Allgemeines.....	58
3.3.2	Handreichung.....	64
3.3.3	Stundenbild .....	64
3.3.4	Dokumentationsbogen .....	66
3.3.5	Wissenschaftlichkeit des Dokumentationssystems .....	74
3.3.6	Elektronische Umsetzung.....	76
<b>4</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>78</b>
<b>5</b>	<b>SCHLUSSBETRACHTUNG .....</b>	<b>90</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>94</b>
	<b>ANHANG.....</b>	<b>98</b>
	<b>EHRENERKLÄRUNG .....</b>	<b>113</b>

---

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAA	Animal-Assisted-Activities
AAT	Animal-Assisted-Therapy
AEDL	Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EN	Europäische Norm
ESAAT	European Society for Animal-Assisted Therapy
ISO	International Organization for Standardization
ÖKL	Österreichisches Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
TGA	Tiergestützte Aktivitäten
TGF	Tiergestützte Förderung
TGI	Tiergestützte Intervention
TGP	Tiergestützte Pädagogik
TGT	Tiergestützte Therapie
TQM	Total Quality Management

---

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Begriffe zur TGI im deutschsprachigen Raum .....	20
Abbildung 2: Elemente eines Total Quality Managements .....	35
Abbildung 3: Kopfteil „Dokumentation - Teil 1“ .....	51
Abbildung 4: Raster „Dokumentation - Teil 1“ .....	52
Abbildung 5: Textfelder für freie Dokumentation in „Dokumentation - Teil 2“ .....	57

## **TABELLENVERZEICHNIS**

Tabelle 1: Items für „Dokumentation - Teil 2“ .....	56
Tabelle 2: Bewertungssystem für „Dokumentation - Teil 2“ .....	56



## 1 EINLEITUNG

Mit dem Begriff *Green Care* kann der Großteil der österreichischen Bevölkerung nur wenig oder gar nichts anfangen. Dabei gibt es viele der darunter gefassten Angebote – zum Beispiel Soziale Landwirtschaft, Schule am Bauernhof, heilpädagogisches Voltigieren – schon sehr lange. Durch die Einführung des Begriffs, als Ergebnis der COST Action 866<sup>1</sup>, welche zwischen 2006 und 2010 stattfand, soll der Bereich mit seinen Angeboten der breiten Öffentlichkeit greifbarer gemacht und näher gebracht werden. Ziel ist es, auf diese Weise die KundInnengruppe zu vergrößern und die Anerkennung durch KostenträgerInnen voranzutreiben. Diese Bestrebungen sind darauf zurückzuführen, dass die Finanzierung von vielen sozialen, pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen, die die Natur als Grundlage und Bezugspunkt sehen sowie Pflanzen und Tiere als Co-Therapeuten einsetzen, oft nicht gesichert ist. Ursache hierfür ist unter anderem, dass zum Beispiel Krankenkassen und Unfallversicherungen die Wirksamkeit solcher Angebote meist in Frage stellen, da es an wissenschaftlichen Belegen dafür fehlt.

Insbesondere im großen Feld der Tiergestützten Interventionen spielt die Frage der Finanzierung eine wesentliche Rolle. Ein wichtiger Grundgedanke von *Green Care* ist zum Beispiel die artgerechte Haltung der eingesetzten Tiere. Dessen Umsetzung ist meist sehr kostspielig, was sich im Preis für eine tiergestützte Einheit widerspiegelt. KundInnen aber können sich eine solche Einheit oft nicht leisten, die fehlende finanzielle Unterstützung seitens der KostenträgerInnen macht ihnen eine Nutzung derartiger Dienstleistungen daher in vielen Fällen unmöglich. Dies wiederum wirkt sich negativ auf die AnbieterInnen aus, da es ihnen so erschwert wird ihre Leistungen zu etablieren.

Dort wo die tiergestützte Arbeit bereits Fuß gefasst hat, sind die AnbieterInnen hingegen gefordert, die Effektivität des eigenen Handelns gegenüber den KundInnen und KostenträgerInnen nachzuweisen. Diese wünschen eine Veranschaulichung

---

<sup>1</sup> COST ist eine europäische Initiative zur Förderung der internationalen Zusammenarbeit in Wissenschaft und Technologie; vgl. hierzu Wiesinger (2011), Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (2016), COST Association (2015)

von Leistung und Erfolg um das Verhältnis von Aufwand und erzielter Wirkung beurteilen zu können.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden bedarf es einer Professionalisierung der Tiergestützten Interventionen. Hierfür ist es wichtig einen Diskurs über Qualität und deren Sicherung zu führen. Angefangen bei der Ausbildung von Fachkräften, über Tierhaltungsstandards bis hin zum Qualitätsmanagement. Dieser Prozess ist in Österreich bereits angestoßen worden. Mit dem Programm *Tiergestützte Intervention am Bauernhof* des Österreichischen Kuratoriums für Landtechnik und Landentwicklung wurde zum Beispiel ein wichtiger Grundstein gelegt. Die vorliegende Arbeit soll einen weiteren Beitrag dazu leisten. Konkret soll dies durch die Erstellung und Erprobung eines Dokumentationssystems erfolgen. Dokumentation als wichtiger Bereich der Qualitätssicherung, ist zum Beispiel in der Sozialen Arbeit, welche lange mit dem gleichen Problem wie Green Care zu kämpfen hatte, zu einem unverzichtbaren Werkzeug geworden. Durch das minutiöse und vollständige Aufzeichnen der eigenen Arbeit kann gegenüber KostenträgerInnen und KundInnen der Verlauf der Entwicklung bei den LeistungsempfängerInnen und somit der Erfolg der eigenen Arbeit aufgezeigt werden.

Ziel der Arbeit ist also die Entwicklung eines Dokumentationssystems, welches es den AnbieterInnen von Tiergestützter Intervention ermöglicht ihre Arbeit detailliert festzuhalten. Dabei sollen unter anderem die Fragen in den Blick genommen werden, welche Bedeutung der Begriff Qualität für das Feld Tiergestützte Intervention hat, wie Qualität dort aussehen kann, wie wichtig Qualitätssicherung ist und wie diese umgesetzt werden kann.

In **Kapitel 2** werden anhand einschlägiger Fachliteratur die Grundlagen für die vorliegende Arbeit geschaffen. Zuerst wird der Begriff der *Tiergestützten Intervention* genauer untersucht und eine Arbeitsdefinition geschaffen. Hierfür wird sein englischsprachiger Ursprung ebenso herangezogen, wie die aktuell gebräuchliche Verwendung im deutschsprachigen Raum. Anschließend werden theoretische Hintergründe zu Qualität und Qualitätssicherung sowie zu Dokumentation und Datenerhebung dargestellt. Darauf aufbauend wird in **Kapitel 3** die empirische Untersu-

chung durchgeführt. Es werden Methodik und Vorgehen beschrieben, die Entwicklung des Dokumentationssystems erläutert und die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation von diesem aufgezeigt. In **Kapitel 4** werden diese Ergebnisse dann mit den Erkenntnissen aus Kapitel 2 verglichen und diskutiert. Die daraus gezogenen Schlüsse werden in **Kapitel 5** noch einmal zusammengefasst und einer kritischen Betrachtung unterzogen, bevor abschließend ein Ausblick gegeben wird. Es folgen das Literaturverzeichnis und der Anhang, in welchem das entwickelte Dokumentationssystem, verwendete Hilfsmittel und ergänzende Materialien beigefügt sind.

## **2 GRUNDLAGEN UND THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN**

### **2.1 Tiergestützte Intervention**

Bringt man Menschen und Tiere zusammen, so kann damit etwas bewirkt werden. Davon sind zumindest Befürworter Tiergestützter Interventionen (TGI) überzeugt. Doch was ist TGI? Spricht man schon von TGI, wenn die Nachbarin die Katze streichelt? Oder wenn jemand mit seinem Hund bei den Großeltern vorbeischaud und diese beim Streicheln des Hundes glänzende Augen bekommen?

TGI als eine Dimension von Green Care<sup>2</sup> hat tatsächlich das Ziel, das Wohlbefinden von Menschen zu steigern und zu ihrer sozialen, körperlichen und geistigen Gesundheit beizutragen. Wo TGI anfängt und welche Formen von TGI es gibt wird in den folgenden Kapiteln genauer erläutert. Ebenso wird die begriffliche Unklarheit im deutschsprachigen Raum genauer untersucht. Dabei werden sowohl der englischsprachige Ursprung, als auch die unterschiedlichen Standpunkte in der Literatur und der Praxis berücksichtigt. Am Ende des Abschnitts wird dann eine Arbeitsdefinition geschaffen, die als Grundlage für die vorliegende Arbeit dient.

#### **2.1.1 Begriffsbestimmung im englischsprachigen Raum**

Im englischsprachigen Raum gestaltet sich die Diskussion um die Bezeichnung der TGI weniger kompliziert als im deutschsprachigen Raum. Die „Delta Society“ (seit 2012 „Pet Partners“), welche 1977 in den USA zur Erforschung der heilenden Wirkung von Haustieren auf den Menschen gegründet wurde, prägte die Begriffsbestimmung entscheidend. Im Zuge ihrer Untersuchungen kristallisierten sich zwei Einsatzmöglichkeiten von Tieren heraus, welche auch bis heute noch in dieser Form propagiert werden. Zum einen der Einsatz des Tieres zur Verbesserung der Stimmung bei einzelnen Personen oder Gruppen. Hier wirkt das Tier durch seine bloße Anwesenheit. Diese Art der Intervention bezeichnet Pet Partners als „Animal-As-

---

<sup>2</sup> „Unter Green Care [...] versteht man alle gesundheitsvorsorgenden oder gesundheitsfördernden Interventionen für Menschen mit Hilfe von Tieren, Pflanzen, und Natur. Das Ziel ist es, das soziale, körperliche, geistige, und/oder pädagogische Wohlergehen eines Menschen zu unterstützen oder zu verbessern. Über den positiven bzw. heilenden Einfluss der Natur sollen die menschliche Gesundheit, das Wohlergehen und die Lebensqualität gefördert werden.“ (Wiesinger 2011, S. 5)

sisted Activities“ (AAA). Zum anderen der gezielte Einsatz des Tieres als wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Behandlung, wo dem Tier eine zentrale Rolle im Prozess zukommt, der „Animal-Assisted Therapy“ (AAT). (vgl. Vernooij und Schneider 2008, S. 30)

Beide Begriffe sind auch heute noch im englischsprachigen Raum gültig und sollen im Folgenden genauer erläutert werden.

#### *2.1.1.1 Animal-Assisted-Activities*

„AAA provides opportunities for motivational, educational, recreational, and/or therapeutic benefits to enhance quality of life. AAA are delivered in a variety of environments by specially trained professionals, paraprofessionals, and/or volunteers, in association with animals that meet specific criteria.“ (Pet Partners 2012a)

Animal-Assisted-Activities (AAA) sind somit „meet and greet activities“ (Pet Partners 2012a), bei denen Tiere mit ihren BesitzerInnen Menschen besuchen. So wird versucht einen positiven Einfluss auf diese zu nehmen. Durch die Tiere können anregende, erzieherische, rehabilitative und therapeutische Prozesse unterstützt werden. Schon allein die Begegnung zwischen Tier und Mensch sowie die daraus folgenden Gespräche oder Handlungen sollen sich positiv auf die KlientInnen auswirken. Sie beschreiben weiter, dass dabei keine konkreten Ziele angestrebt werden und somit keine medizinischen oder therapeutischen Vorkenntnisse von Nöten sind. Auch gibt es keine Pflicht zur Aufzeichnung des Besuchsverlaufs, wodurch dieser spontan und flexibel gestaltet werden kann. (vgl. Vernooij und Schneider 2008, S. 30f) Der Besuch ehrenamtlich tätiger Personen mit ihren Tieren in einem Pflegeheim oder einer Wohngemeinschaft für psychisch kranke Menschen, damit diese die Tiere streicheln und mit ihnen spielen können, wären Beispiele für AAA. (vgl. Pet Partners 2012a)

#### *2.1.1.2 Animal-Assisted-Therapy*

„AAT is a goal-directed intervention in which an animal that meets specific criteria is an integral part of the treatment process. AAT is directed and/or delivered by a health/human service professional with specialized expertise, and within the scope of practice of his/her profession. AAT is designed to promote improvement

in human physical, social, emotional, and/or cognitive functioning [cognitive functioning refers to thinking and intellectual skills]. AAT is provided in a variety of settings and may be group or individual in nature. This process is documented and evaluated." (Pet Partners 2012b)

Animal-Assisted-Therapy (AAT) ist somit „eine zielgerichtete Intervention, bei der ein Tier, welches spezifische Merkmale aufweist, integraler Bestandteil des Behandlungsprozesses ist“ (Vernooij und Schneider 2008, S. 31). Diese kann nur von ausgebildeten Fachkräften der Gesundheits- oder Sozialdienste mit entsprechender Ausbildung erbracht werden, die das Tier in ihrem Praxisfeld gezielt einsetzen. Die durchgeführten Maßnahmen sind hinterher zu dokumentieren und der Behandlungsverlauf zu überprüfen. AAT kann zur Förderung der sozialen, emotionalen, körperlichen und/oder kognitiven Funktionen und Fähigkeiten der KlientInnen beitragen und sowohl im Einzelsetting als auch in der Gruppe angeboten werden. (vgl. Vernooij und Schneider 2008, S. 31) Ein Angebot unter Einsatz eines Tieres muss also die folgenden wesentlichen Bedingungen erfüllen um als AAT bezeichnet werden zu können (vgl. S. 32):

In der AAT muss immer auf einen vorher festgelegten Soll-Zustand hingearbeitet werden. Sie ist somit zielgerichtet und nutzt das Tier zur Erreichung des Endziels bzw. zur Erreichung einzelner Teilziele auf dem Weg dorthin. Diese Ziele müssen vor dem Einsatz – gemeinsam durch die KlientInnen und die AnbieterInnen – eindeutig definiert werden.

AAT muss von Fachkräften, zum Beispiel ÄrztInnen, Physio- und PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen etc., in ihrer professionellen Arbeit im eigenen Fachbereich angewandt werden. Dabei muss auch das Tier bestimmte Merkmale aufweisen und bestimmte Kriterien erfüllen. Während des Einsatzes wird es durch die Fachkraft gezielt in den Prozess einbezogen und gelenkt.

Jede Einheit in der AAT muss schriftlich dokumentiert und der Fortschritt im Entwicklungsprozess festgehalten werden. Außerdem gilt es in regelmäßigen Abständen die Effektivität im Hinblick auf die Zielsetzung zu überprüfen.

### **2.1.2 Begrifflichkeiten im deutschsprachigen Raum**

Im deutschsprachigen Raum gibt es eine Vielzahl an Begriffen, die zum Teil völlig unterschiedlich verwendet werden. Gerade bei der Frage, welche Bezeichnung nun als Überbegriff verwendet werden sollte und welche Maßnahme wie betitelt werden darf herrscht Uneinigkeit. Die folgenden Kapitel sollen einen Überblick darüber geben, welche Begrifflichkeiten derzeit am geläufigsten sind, was sie aussagen und von wem bzw. wie diese genutzt werden. Hierzu sei gesagt, dass es prinzipiell zwei Positionen in der Fachwelt gibt, die eine unterschiedliche Auffassung davon haben in welcher Weise das Wort „Therapie“ verwendet werden darf und sollte. Während die einen Therapie als Überbegriff für alle gezielt eingesetzten tiergestützte Maßnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich betrachten, sehen die anderen „Tiergestützte Therapie“ als eine Form der Behandlung, die nur Menschen mit einer Therapeutenausbildung anbieten können (vgl. Abschnitt 2.1.2.4). Sie bevorzugen den Begriff „Tiergestützte Intervention“ und unterteilen die Angebote in die folgenden vier Kategorien: Tiergestützte Aktivität, Tiergestützte Förderung, Tiergestützte Pädagogik und Tiergestützte Therapie.

#### *2.1.2.1 Tiergestützte Aktivität*

Vernooij und Schneider haben den Begriff der Tiergestützten Aktivität (TGA) an die englischsprachigen Animal-Assisted-Activities (vgl. Kapitel 2.1.1.1) angelehnt und verstehen darunter somit alle Interventionen mit Tieren, welche dazu gedacht sind, das allgemeine Wohlbefinden von Menschen zu verbessern und pädagogische, soziale und rehabilitative Prozesse positiv zu beeinflussen. (vgl. Vernooij und Schneider 2008, S. 34) Der gezielte Einsatz des Tieres, zum Beispiel Besuchsdienste in stationären Einrichtungen, zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der KlientInnen ist Kernqualität der TGA. (vgl. S. 34f.) Eine einschlägige Berufserfahrung zur Durchführung von TGA erachten Vernooij und Schneider als nicht erforderlich. Die AnbieterInnen sollten aber über Kernkompetenzen wie Geduld, Einfühlungsvermögen, Empathie und Freude an der Arbeit mit Menschen verfügen. Außerdem müssen sie über die notwendigen Kenntnisse im Umgang mit dem eingesetzten Tier verfügen, um ein sicheres, effektives und für alle Beteiligten erfreuliches Erlebnis sicherstellen zu können. (vgl. S. 36)

### 2.1.2.2 *Tiergestützte Förderung*

Unter Tiergestützte Förderung (TGF) verstehen Vernooij und Schneider (2008) Interventionen, welche aufbauend auf einen individuellen Förderplan die Ressourcen der KlientInnen stärken und unzureichend ausgebildete Fähigkeiten derselben verbessern sollen. Dafür werden speziell geschulte Tiere eingesetzt, die die Entwicklungsfortschritte aktivieren und festigen sollen. Um einen möglichst großen Erfolg erreichen zu können, ist es wichtig, bei der Erstellung des Förderplans auf die Wünsche und Vorstellungen der KlientInnen Rücksicht zu nehmen, da hierdurch deren Ressourcen, Fähigkeiten und Potentiale am besten gefördert werden können. Zum Fördern gehört auch das Fordern, womit gemeint ist, dass den KlientInnen, zur Stärkung der eigenen Fähigkeiten, durchaus etwas abverlangt werden darf, sogar soll. (vgl. S. 36f.) Optimaler Weise wird TGF von Fachpersonal, wie zum Beispiel Sozial- oder Sonderpädagogen sowie Sprach- oder Ergotherapeuten, durchgeführt. Sie kann aber auch von anderen interessierten Menschen, die über eine umfassende Erfahrung mit dem Tier, sowie dem notwendigen Einfühlungsvermögen, Geduld und Freude am Kontakt zu und der Kommunikation mit Menschen verfügen, angeboten werden. Wichtig ist, dass die AnbieterInnen durch eine Fachkraft eingeführt werden, ihnen die vereinbarten Förderziele bekannt sind und sie im stetigen Austausch mit der Fachkraft stehen. (vgl. S. 37f.)

### 2.1.2.3 *Tiergestützte Pädagogik*

Zur Tiergestützten Pädagogik (TGP) zählen nach Vernooij und Schneider (2008) alle Interventionen mit Tieren, die vorrangig die sozialen und emotionalen Kompetenzen der KlientInnen verbessern sollen. Dabei werden unter Zuhilfenahme eines für diese Zwecke trainierten Tieres Lernprozesse initiiert, die sich nach den konkreten klientInnenorientierten Zielvorgaben richten. Vor der Durchführung von TGP-Einheiten muss ein Lehrplan mit Zielvorgaben und angestrebten Lerneffekten erstellt werden. Dieser Lehrplan orientiert sich an den Wünschen und individuellen Bedürfnissen der KlientInnen und wird im Optimalfall von ihnen mitgestaltet. Der Verlauf bzw. die Zielerreichung sollte nach jeder Einheit dokumentiert werden. Um TGP anbieten zu können ist ein Abschluss im (sonder-)pädagogischen Bereich, zum Beispiel (Sonderschul-)Lehramt, notwendig. (vgl. S. 41)



#### 2.1.2.4 Tiergestützte Therapie

Zuletzt die wohl am kontroversesten diskutierte Bezeichnung für tiergestützte Maßnahmen – die Tiergestützte Therapie (TGT). Alles dreht sich dabei um die Frage: Wer darf bzw. kann TGT anbieten?

Allgemeine Ziele der TGT sind die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der emotionalen, kognitiven und körperlichen Funktionen, das Erlernen und Fördern von alltäglichen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Förderung der Partizipationsfähigkeit in der jeweiligen Lebenssituation sowie die Verbesserung des eigenen Wohlbefindens. (vgl. European Society for Animal-Assisted Therapy 2012) Die spezifischen Ziele bauen darauf auf und hängen von den Wünschen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der KlientInnen ab. (vgl. ebd.) Wer darf bzw. kann nun aber TGT anbieten?

Die European Society for Animal-Assisted Therapy (2012) – kurz ESAAT – empfiehlt, sämtliche Angebote der Tiergestützten Interaktion, Tiergestützten Pädagogik, Tiergestützten Förderung und Tiergestützten Interventionen als Therapie zu bezeichnen. Dies begründet sie damit, dass die bisher strenge Abgrenzung der einzelnen Angebote dazu geführt habe, dass die TGT bei politischen Entscheidungsträgern noch immer nicht bzw. nur in sehr geringem Ausmaß anerkannt ist. (vgl. S. 2) Sie fordert eine einheitliche Verwendung eines leicht verständlichen Begriffes und bezieht sich dabei auf die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* der Weltgesundheitsorganisation. (vgl. S. 1f.) Diese sieht den Begriff der Therapie übergeordnet und umfasst die Initiierung von Lernprozessen, Förderung, Training, Therapie und Rehabilitation. Die ESAAT versteht den Begriff „umfassend im Sinne einer professionellen Helferbeziehung mit Einflussnahme auf den Menschen“ (ebd.). TGT könne dementsprechend von TherapeutInnen, (Sozial-) PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, MedizinerInnen und anderen Fachkräften des Gesundheits- oder Sozialbereichs durchgeführt werden, sofern diese über eine zusätzliche Ausbildung als „Fachkraft für tiergestützte Therapie“ verfügten. (vgl. S. 3) Die Angebote müssen dabei im Bereich des eigenen Grundberufes angesiedelt sein. (vgl. ebd.) Somit subsumiert die ESAAT unter dem Begriff der TGT „pädagogische, psychologische und sozialintegrative Angebote mit Tieren für Kinder, Jugendliche, Erwachsene sowie ältere Menschen mit kognitiven, sozial-

emotionalen und motorischen Einschränkungen, Verhaltensstörungen und Förderschwerpunkten“ (European Society for Animal-Assisted Therapy 2012). Diese Angebote müssen bewusst geplant sein und finden im Gruppen- oder Einzelsetting statt. (vgl. ebd.) Unabdingbar sind ein zielorientiertes Vorgehen sowie die anschließende Dokumentation der Einheit und eine fachlich fundierte Reflexion. (vgl. S. 2) Es kommen dabei Methoden zum Einsatz, bei denen für das Tier gearbeitet, über das Tier kommuniziert oder mit dem Tier interagiert wird. (vgl. ebd.)

Vernooij und Schneider (2008) stimmen dem in einigen Punkten zu. So zählen sie, wie die ESAAT, alle zielgerichteten Interventionen, deren Therapiepläne und Therapieziele unter Einbezug eines Tieres erstellt wurden und auf einer sorgfältigen Situations- und Problemanalyse fußen, zur Tiergestützten Therapie. Sie vertreten dabei den Standpunkt, dass die TGT darauf ausgerichtet ist, gezielt auf ausgewählte Leistungs- und Persönlichkeitsbereiche der KlientInnen einzuwirken und konfliktreiche Erlebnisse umfassend zu be- und verarbeiten. Ziel sei somit die Verbesserung und die Stärkung der Lebensgestaltungskompetenz. Eingesetzt würden dabei speziell trainierte Tiere, die einen integralen Bestandteil des Therapiekonzeptes darstellen. (vgl. S. 44) Allerdings vertreten sie den Standpunkt, dass TGT nur von professionell ausgebildeten Fachkräften, also TherapeutInnen, angeboten werden darf. Dies seien solche, deren Berufsbezeichnung gesetzlich geregelt und geschützt ist. Dazu zählten unter anderem Gestalt-, Gesprächs-, VerhaltenstherapeutInnen oder auch Physio-, Ergo- und SprachheiltherapeutInnen. Verfügten diese TherapeutInnen über ausreichende Kenntnisse und wären im Umgang mit dem Tier geübt, so könnten sie selbst den Einsatz des Tieres während der Einheit lenken. Andernfalls gebe es die Möglichkeit, dass die TiertrainerInnen das Tier unter Anleitung der TherapeutInnen zum Einsatz brächten, wobei es in der Verantwortung der TherapeutInnen liege, dass der Verlauf der Einheit zielgerichtet und effektiv verläuft. (vgl. S. 45) Damit nach Vernooij und Schneider von TGT gesprochen werden kann, muss vor Beginn der Therapie eine ausführliche Anamnese erstellt werden, die die aktuelle Situation der KlientInnen analysiert und belastende sowie erschwerende Faktoren und Bedingungen aufzeigt. Darauf aufbauend sei ein individueller Therapieplan zu entwickeln, dessen Ziel es ist, den KlientInnen zu ermöglichen isolierende Bedingungen erfolgreich zu überwinden. (vgl. S. 43) Die KlientInnen sind –

sofern sie in der Lage dazu sind – an der Gestaltung zu beteiligen. Die TherapeutInnen sollen den Prozess lediglich strukturieren und lenken sowie, falls nötig, Impulse geben; die handelnden Akteure sollten immer die KlientInnen sein. (vgl. ebd.) Nur wenn diese Schritte erfüllt werden würden – Analyse der Situation, Erstellung eines Therapieplans und daraus die Ableitung therapeutischer Ziele – könne eine therapeutische Maßnahme politische Anerkennung erreichen. (vgl. S. 44) Diese Aussagen werden insbesondere auch von staatlich geprüften Therapeuten unterstützt. Beispielhaft sollen hierfür Yvonne Ernst und Natascha von Born stehen, die auf ihrer Website den Standpunkt vieler Therapeuten darstellen. So verweisen sie darauf, dass eine therapeutische Ausbildung mindestens drei Jahre dauere und mit einer staatlichen Prüfung abschließe. Dies garantiere ein Minimum an Qualität in der Ausbildung, mit entsprechendem theoretischem Fachwissen und praktischen Erfahrungen. Denn während der Ausbildung bekomme man das nötige Wissen vermittelt um Therapiepläne und dergleichen zu erstellen. Diese Kenntnisse in verkürzter Zeit zu erlangen sei nur mit qualitativen Einbußen realistisch. Außerdem sei mit dem Abschluss eine Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung verbunden. (Born & Ernst 1999)

### **2.1.3 Zusammenfassung und Arbeitsdefinition Tiergestützte Intervention**

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Problematik, die bei der Verwendung der Begrifflichkeiten Tiergestützte Therapie und Tiergestützte Intervention auftreten aufgegriffen und untersucht. Während es im englischsprachigen Raum kaum Diskussionen und mit Animal-Assisted-Activities sowie Animal-Assisted-Therapy eine klare Abgrenzung gibt, so gibt es im deutschsprachigen Raum noch immer zu viele, oft nicht einheitlich verwendete Begriffe. Dies schafft mehr Verwirrung als Klarheit. Während die eine Seite Tiergestützte Intervention als Überbegriff sieht, gibt die andere dem Begriff der Tiergestützten Therapie, für alle Angebote mit Tieren in der Förderung, Pädagogik, Sozialen Arbeit und Therapie, den Vorzug.

Unter Berücksichtigung aller Aspekte wird für die vorliegende Arbeit eine Begriffsbestimmung gewählt, welche sich an den Ideen von Vernooij und Schneider orientiert. Als Überbegriff wird Tiergestützte Intervention gewählt, welche die Bereiche

Tiergestützte Aktivität, Tiergestützte Förderung, Tiergestützte Pädagogik und Tiergestützte Therapie vereint (siehe Abbildung 1). Damit soll den Bedenken der Therapeuten Rechnung getragen werden. Darüber hinaus kann durch eine solche Abstufung der Interventionen die TGI an Vertrauen und Glaubwürdigkeit gewinnen, was langfristig für eine Anerkennung nützlich sein wird. Außerdem besteht hierdurch die Chance, dass zumindest die TGT und/oder TGP an Bedeutung gewinnen und früher oder später als Maßnahme im therapeutischen bzw. sozialen Kontext anerkannt werden.

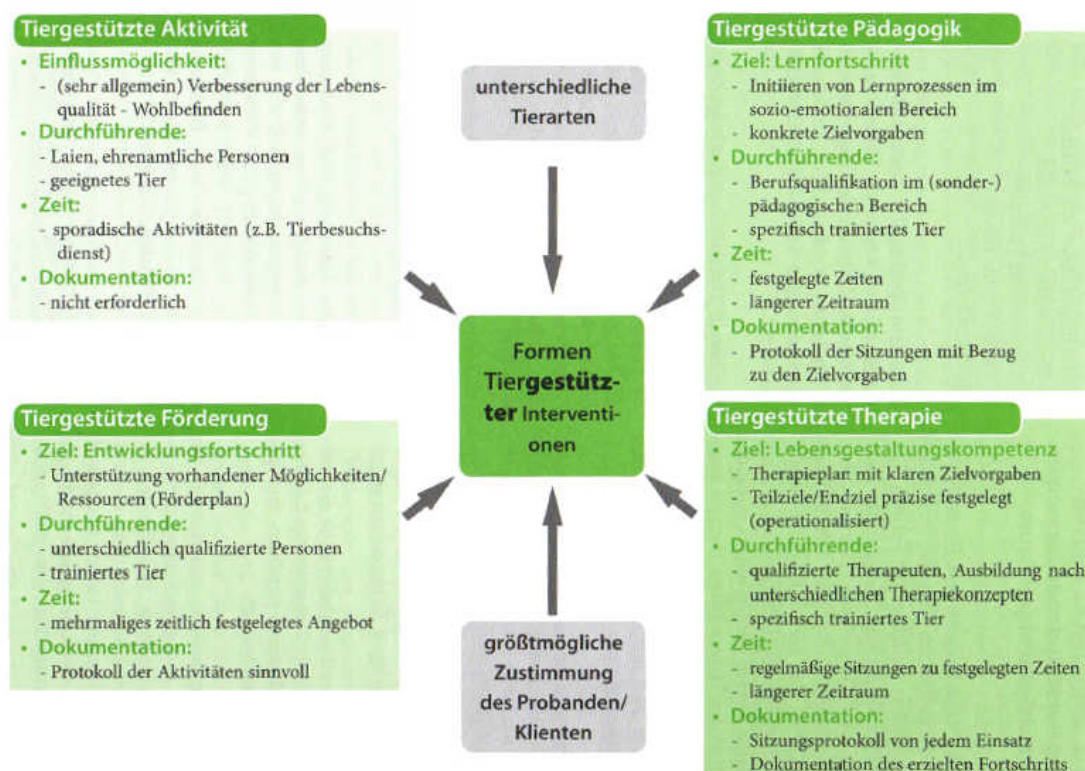


Abbildung 1: Begriffe zur TGI im deutschsprachigen Raum (Vernooij & Schneider, 2008)

Grundsätzlich ist noch anzumerken, dass für alle beschriebenen Formen von Tiergestützter Intervention die Grundprämisse gilt, dass die KlientInnen – egal ob Erwachsene, Jugendliche oder Kinder – stets freiwillig an den Maßnahmen teilnehmen müssen. Dem Kontakt zum Tier muss zugestimmt werden. Menschen, die Angst vor Tieren haben, gilt es langsam an eine Begegnung heranzuführen und ihnen die Möglichkeit zu geben, den Kontakt jederzeit abubrechen. Außerdem müssen die

AnbieterInnen die Tiere zielgerichtet und ihren Kompetenzen entsprechend einsetzen. Auf ungeplante Ereignisse und Effekte sollte flexibel und den Interventionszielen entsprechend reagiert werden. Die Tiere sind seitens der AnbieterInnen vor den KlientInnen und Überforderung zu schützen, die KlientInnen vor den Gefahren, die von einem jeden Tier ausgehen können. Ein wichtiger, wenn nicht gar der wichtigste, zu beachtende Punkt ist das Tier als Lebewesen mit eigenem Willen und Bedürfnissen wahrzunehmen. Nur so kann eine mögliche positive Wirkung auf die KlientInnen zum Tragen kommen. (vgl. hierzu Vernooij & Schneider 2008)

## **2.2 Qualität und Qualitätsmanagement**

Im Supermarkt, im Fernsehen, im Autohaus, bei ÄrztInnen, in der Bank – überall wird mit der besten Qualität für ein Produkt oder eine Dienstleistung geworben. Und diese Liste ist bei weitem nicht vollständig, denn um die Gunst der KundInnen wird mittlerweile in jedem Bereich des täglichen und weniger alltäglichen Lebens gebuhlt. Mittendrin stets der Begriff der Qualität. Auch vor den psychosozialen Berufen macht dieser Trend nicht halt. Denn wer möchte nicht für sein Geld eine Dienstleistung mit einer entsprechenden Qualität? Doch was ist Qualität? Woran erkennt man, dass etwas Qualität hat? Wer entscheidet was qualitativ hochwertig ist und was nicht? Fragen, die nicht so leicht beantwortet werden können. Fragt man zehn Menschen was sie unter Qualität verstehen, so erhält man mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zehn unterschiedliche Antworten. Kapitel 2.2.1 beschäftigt sich deshalb ausführlich mit dem Begriff Qualität und was darunter zu verstehen ist. Fragen nach dem Ursprung, der Bedeutung und der Auslegung des Begriffes sollen beantwortet werden und wichtige Aspekte speziell für den Gesundheits- und Sozialbereich aufgezeigt werden.

Um den KundInnen Qualität als solche verkaufen zu können müssen sich Dienstleistungsunternehmen eingehend mit ihren Produkten und den Abläufen bei der Zurverfügungstellung dieser beschäftigen. Hierfür bedienen sie sich der Instrumente des Qualitätsmanagements. Was darunter zu verstehen ist und welche Bedeutung Qualitätsmanagement für psychosoziale Berufe hat, wird in Abschnitt 2.2.2 einge-

hend betrachtet. Zur Veranschaulichung werden zwei Qualitätsmanagementsysteme, welche im Gesundheits- und Sozialbereich Einzug gehalten haben, genauer vorgestellt.

In Kapitel 2.2.3 wird dann anhand von Fachliteratur auf die aktuelle Qualitätsdebatte in der TGI eingegangen. Dabei soll sich den Fragen angenähert werden, welche Ansätze es in dieser noch jungen Disziplin bereits gibt, was die TGI an Qualität braucht und wie sie diese erreichen kann.

### **2.2.1 Begriff der Qualität**

Unbestritten ist der Umstand, dass „Qualität“ etwas ist, was alle wollen. Es gibt aber keine allgemein gültige Beschreibung des Begriffs, denn das Verständnis von und die Erwartungen an Qualität sind von Mensch zu Mensch völlig verschieden. (vgl. Meinhold & Matul 2011, S. 17) Dies liege mitunter auch daran, dass der Begriff Qualität in den verschiedensten Kontexten missverstanden und falsch verwendet werde. (Wohlfahrt, Mutschler & Bitzer 2012)

Das Wort Qualität kommt vom lateinischen *qualitas* (= Beschaffenheit, Eigenschaft) und beschreibt die Güte eines Produktes, Prozesses oder einer Dienstleistung. Allerdings gibt es viele unterschiedliche Definitionsansätze. So beschreibt die DIN 55350-11:2008-05 Qualität als „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf die Eignung zur Erfüllung gegebener Forderungen bezieht.“ Diese Definition beruht auf der veralteten DIN EN ISO 8402:1995-08, welche Qualität als die „Gesamtheit von Merkmalen [...] einer Einheit [...] bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ sieht. In der DIN EN ISO 9000:2005-12 wird Qualität genauer als „Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produkts, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien“ definiert. Freiling, Herrmann und Huber (2001) differenzieren in *Vahlens großes Marketing-Lexikon* etwas genauer. Sie benennen drei Qualitätsbegriffe. Den objektiven, bei dem durch ein objektives, meist extern bestimmtes Maß die Kriterien

vorgegeben werden. Den subjektiven, der sich an den Wünschen und Anforderungen der KundInnen orientiert, sowie den teleologischen<sup>3</sup>, der die Anforderungen und Wünsche der AbnehmerInnen den Kriterien von ExpertInnen gegenüberstellt. (vgl. S. 1449f.)

Im Sozial- und Gesundheitsbereich gestaltet sich die Beurteilung darüber, was von guter oder weniger guter Qualität ist, schwierig. Dies liege unter anderem daran, dass das Produkt immateriell und somit nicht lagerfähig sei, Produktion und Konsum würden gleichzeitig erfolgen. (vgl. Braun 2004, S. 32) Außerdem sei das Produkt inhomogen, da die KlientInnen an der Erstellung der Dienstleistung beteiligt seien und sich dieses in Abhängigkeit davon und im Zusammenspiel aller beteiligten Personen verändere. (vgl. ebd.) Beckmann (2009) ist der Meinung, dass Qualität grundsätzlich einer subjektiven Bewertung unterliege. Die Kriterien dafür hingen immer von der Perspektive des Bewertenden, also der aktuellen Situation und den vorherrschenden Umständen, ab. Qualität sei somit interessensabhängig und individuell, weshalb korrekter Weise immer von Qualitäten – im Plural – gesprochen werden müsse. (vgl. S. 10) Dem stimmt auch König (2007) insoweit zu, dass er Qualität als stets subjektive Größe sieht, welche abhängig von den individuellen Wertvorstellungen der beteiligten Personen ist. (vgl. S. 31f.) Er ist aber der Überzeugung, dass Qualität in den meisten Fällen, unabhängig von subjektiven Auffassungen, dennoch objektivierbar ist. (vgl. S. 32) Speck (2004) wiederum vereinigt die beiden Auffassungen. Er ist einerseits der Meinung, dass man von Qualitäten – also im Plural – sprechen müsse und diese wären strenggenommen nicht messbar, allerdings gebe es quantitative Maße, zum Beispiel Normen oder Standards, mit deren Hilfe man – zumindest ein Stück weit – auf die Qualität schließen könne. (vgl. S. 23)

Speck (2004) spricht daher von *sozialer Qualität*, die er als den „Wert oder die Güte professionellen sozialen Handelns [...] auf der Basis anerkannter fachlicher Normen und eines humanen Wertesystems“ (S. 23) versteht. Qualität im Gesundheits- und Sozialbereich sei daher sehr komplex, was daran zu erkennen wäre, dass sie von unterschiedlichen Faktoren – gesellschaftlichen, organisatorischen und personalen

---

<sup>3</sup> Teleologisch bedeutet „zielgerichtet, auf einen Zweck hin ausgerichtet“ (Duden 2010, S. 1028)

– abhängig ist. (vgl. ebd.) Ihre Beurteilung unterläge dementsprechend einer Gleichsetzung von subjektivem Hilfebedarf und objektiver Hilfeleistung. (vgl. ebd.) Dem kommt auch die Beschreibung von Garms-Homolová (1991) sehr nahe, der sagt: „Qualität ergibt sich aus der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen hinsichtlich einer Leistung und der tatsächlich erbrachten Dienstleistung.“ (S. 42)

In der Industrie ist es üblich dem Produkt den größten Stellenwert beizumessen, wenn es um die Beurteilung von Qualität geht. Bei Dienstleistungen hingegen ist das oft schwer, da die eigentliche Leistung oftmals der Prozess selbst ist. (vgl. Vilain 2003a) Dies zeigt, wie kompliziert eine Qualitätsbeurteilung im Bereich von Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen werden kann. Merchel (2004a) spricht hier von einer „Pluralität im Hinblick auf Ziele, Adressaten und Anforderungen“ (S. 139) und verweist in diesem Zusammenhang auf zwei wesentliche Aspekte: die individuelle Ausrichtung der Ziele des pädagogischen Handelns und die alltagsorientierte Ausrichtung der sozialpädagogischen Handlungsfelder. (vgl. S. 139) Beide Merkmale würden eine Generalisierung von Zielformulierung zusätzlich erschweren. (vgl. ebd.) König (2007) sieht die Problematik insbesondere in der unterschiedlichen Beurteilung der Qualität eines Angebotes: KostenträgerInnen verstünden unter Qualität etwas anderes als die AnbieterInnen sowie die KlientInnen und ihre Angehörigen. (vgl. S. 31) Aber gerade die KlientInnen müssten an der Definition von Qualität beteiligt werden, sowie die Qualität in den Angeboten erleben und mitgestalten können. (vgl. Keupp 2004, S. 333) Noch schwerer wiege aber die Tatsache, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch innerhalb jeder dieser Gruppen Uneinigkeit darüber herrsche, was eine gute Dienstleistung ausmache. (vgl. König 2007, S. 31f) Deshalb sei auch nur eine graduelle Annäherung an Qualität erreichbar. (vgl. Peters 2004, S. 156) Diese definiere sich durch verschiedene Leistungsmerkmale, die nach ihrer Bedeutung für die Anerkennung qualitativ guter Arbeit durch die verschiedenen KundInnengruppen gewichtet werden würden. (vgl. ebd.) Allerdings müssten – aus fachlicher Sicht – die Vorstellungen der LeistungsempfängerInnen die ausschlaggebende Rolle spielen, da weder AnbieterInnen noch GeldgeberInnen das Recht hätten darüber zu entscheiden, was qualitativ und gut für sie ist. (vgl. Keupp 2004, S. 332)



Grundsätzlich kann ein Angebot im Sozial- oder Gesundheitsbereich nach drei wesentlichen Kriterien beurteilt werden (vgl. König 2007, S. 33f.):

*Erfolg.* Die Beurteilung hiernach sei weit verbreitet, wäre aber eigentlich sehr ungenau und unverbindlich. Oft werde erst im Nachhinein betrachtet was erreicht wurde und dies dann als Erfolg bezeichnet, ohne vorher Ziele festgelegt zu haben. Hierdurch bekomme ein Angebot Qualität zugesprochen – da es ja erfolgreich war – ohne dass tatsächlich eine Aussage darüber getroffen werden könne.

*Effektivität.* Sie sei verbindlicher und genauer. Bei ihr gehe es darum, unter Berücksichtigung der aktuellen Umstände, die vorher klar definierten Ziele möglichst gut zu erreichen, also qualitativ gut zu arbeiten. Sie sei der typische Maßstab für berufliches Handeln im Sozial- und Gesundheitsbereich, der die Fachlichkeit bewerte.

*Effizienz.* Sie sei ebenso genau und verbindlich wie die Effektivität, aber von größerer Relevanz für die Einrichtung. Dies liege an der ökonomischen Perspektive, die mit in die Beurteilung von Qualität fließe. Qualitativ hochwertig sei es, möglichst viele der vorher festgelegten Ziele mit möglichst niedrigem Aufwand zu erfüllen.

Während die AngebotsempfängerInnen am ehesten über den Erfolg urteilen würden, würde sich der Blick der AnbieterInnen am wahrscheinlichsten auf die Effektivität konzentrieren. Die GeldgeberInnen wiederum würden die Qualität unter dem Fokus der Effizienz betrachten. (vgl. König 2007, S. 34) Dies bedeute, dass Qualität nicht allein von Seiten des Hilfssystems definiert werden könne. (vgl. Speck 2004, S. 23) In großen Organisationen des Gesundheits- und Sozialbereichs sei es heute bereits dennoch normal, den ökonomischen Blickwinkel zu übernehmen, da dieser letztendlich meist darüber entscheide, ob das Angebot finanziert werde oder nicht. (vgl. König 2007, S. 34) Die Träger agierten dabei im Spannungsfeld zwischen Nutzenorientierung und Kostenkontrolle, was bedeute, sie müssten eine standardisierte Leistung zu einem vorher berechneten Preis erbringen. (vgl. Rose 2004, S. 214) Dadurch ginge das vorrangige Ziel, durch professionelle Qualität ein Mehr an Lebensqualität bei den KlientInnen zu erreichen, verloren. Viel mehr ginge es mittlerweile darum, durch die Berücksichtigung ökonomischer Maßgaben eine möglichst hohe wirtschaftliche Effizienz zu erzielen. (vgl. Speck 2004, S. 17) Hieraus ergebe

sich ein „Spannungsverhältnis zwischen der Beachtung sozialer Werte und fachlicher Erfordernisse einerseits und ökonomischer Rentabilität und Effizienz andererseits“. (Speck 2004, S. 15) Dies sei durchaus verständlich, allerdings müsse darauf geachtet werden, dass dabei die Grundsätze eines sinnvoll geplanten, methodischen Handelns nicht zugunsten der Effizienz geopfert werden. (vgl. König 2007, S. 34)

All die genannten Punkte berücksichtigend, haben sich mittlerweile in Theorie und Praxis drei Dimensionen von Qualität herausgebildet, die zur Beurteilung und Weiterentwicklung derselben in Organisationen des Sozial- und Gesundheitsbereichs herangezogen werden. (vgl. Merchel 2004a; Rugor & Studzinski 2003; Wohlfahrt et al. 2012; u.a.) Dies sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Unter **Strukturqualität** werden die technische, personelle und finanzielle Ausstattung ebenso wie gesetzliche, administrative und organisatorische Bedingungen verstanden. (vgl. Wohlfahrt et al. 2012, S. 298f; Rugor & Studzinski 2003, S. 17) Somit erfasst sie alle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer leistungserbringenden Einrichtung, insbesondere die personellen und materiellen Ressourcen. (vgl. Rugor & Studzinski 2003, S. 17) Grundlage hierfür sind meistens die Konzeption und die Leitlinien der Einrichtung. In ihnen werden die Voraussetzungen für die zu erbringende Leistung hinsichtlich Zielgruppe, Aufgabenstellung und methodischem Vorgehen bereits konkret beschrieben. (vgl. S. 18)

Die **Prozessqualität** „bezieht sich auf die Güte der Prozesse im Moment der Erstellung der Dienstleistung“ (Wohlfahrt et al. 2012, S. 300). Dazu gehören insbesondere eine angemessene und klare Information der KlientInnen sowie die Dokumentation des Interventionsverlaufs und eine zielorientierte Datenerhebung. (vgl. ebd., S. 300) Es geht bei der Prozessqualität folglich um die Leistungserbringung und demnach um das konkrete Handeln der Fachkräfte sowie die Planung, Koordinierung, Umsetzung und die dazugehörige Dokumentation der Dienstleistung. (vgl. Rugor & Studzinski 2003, S. 17f.) Erfasst werden deshalb alle Interaktionen zwischen den LeistungserbringerInnen, den LeistungsempfängerInnen sowie den weiteren KooperationspartnerInnen, welche während der Leistungserbringung stattfinden. (vgl. S. 18) Als problematisch wird erachtet, dass man nur für einen Teil davon Standards

formulieren könne, nämlich für die technischen Aspekte. (vgl. Braun 2004, S. 39) Für die psychosozialen Aspekte – Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, Anteilnahme, etc. – hingegen wäre das nicht möglich, obwohl diese für das Qualitätsurteil der KlientInnen ausschlaggebend wären. (vgl. ebd., S. 39) Entscheidend für die Prozessqualität sei deshalb zu jedem Zeitpunkt die KundInnenorientierung. (vgl. Rugor & Studzinski 2003, S. 19)

Unter **Ergebnisqualität** wird der Erfolg der angebotenen Leistung, also die Effektivität der geleisteten Arbeit, verstanden. (vgl. Rugor & Studzinski 2003, S. 19) Sie gibt an inwieweit die angestrebten Ziele erreicht wurden (Soll-Ist-Abgleich) und wie zufrieden die KlientInnen mit der Dienstleistung sind. (vgl. Wohlfahrt et al. 2012, S. 301f; Rugor & Studzinski, 2003, S. 17) Dies sei für kurzfristige Ergebnisse (Output) gut möglich, wie langfristig die Erfolge (Outcome) aber Wirkung zeigen, wäre nicht erhebbar. (vgl. Braun 2004, S. 39f.)

Die größte Bedeutung der drei Dimensionen, insbesondere wenn es um die nach außen gerichtete Legitimation geht, kommt der Ergebnisqualität zu. Speziell die Wirksamkeit einer Dienstleistung stehe im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses (vgl. Merchel 2004a, S. 144), wobei deren Überprüfung oft ein Hindernis darstelle (vgl. Merchel 2004a; Rugor & Studzinski 2003; u.a.). Hier seien messtechnische Probleme, die Individualität der Angebote und Ziele, die gemeinschaftliche Produktion der Leistung durch AnbieterInnen und KlientInnen, sowie die subjektive Beurteilung und insbesondere die fehlenden Erkenntnisse über die Ursache-Wirkungs-Beziehung von Interventionen genannt. (vgl. Merchel 2004a, S. 145) Denn so sehr auch regelmäßig dokumentiert und in Besprechungen über die Entwicklungen der KlientInnen diskutiert werde, eine eindeutige Aussage darüber zu treffen, welche Veränderung auf das professionelle Einwirken zurückzuführen ist, werde immer schwer bis unmöglich sein. (vgl. Rugor & Studzinski 2003, S. 20) Dies führt Merchel (2004a) zu dem Ergebnis, dass es im Gesundheits- und Sozialbereich wichtig ist, bei der Bewertung von Qualität die richtige Balance zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu finden. Insbesondere die wechselseitigen Einflüsse von Struktur- und Prozessqualität aufeinander und deren komplizierten Wechselwirkun-

gen mit der Ergebnisqualität seien dabei zu beachten. (vgl. S. 145) So müsse beachtet werden, dass Struktur- und Prozessqualität zwar Rahmenbedingungen für die Ergebnisqualität setzen, das Ergebnis an sich aber nicht vorherbestimmen würden. (vgl. Braun 2004, S. 41) Es könnte also kein lineares Verhältnis zwischen einerseits Struktur- und Prozessqualität und andererseits Ergebnisqualität angenommen werden. (vgl. Merchel 2004b, S. 49)

Grundsätzlich sei der Qualitätsbegriff einem stetigen Wandel unterworfen (vgl. Speck 2004, S. 24), da die theoretischen Konzepte immer wieder aufs Neue darüber entscheiden würden, was unter dem Begriff der Qualität zu verstehen ist (vgl. Biebricher, Boeßenecker, Buckley, Markert & Vilain 2003, S. 10). Um Qualität gewährleisten zu können, müssen die vorhandenen subjektiven Qualitätsvorstellungen durch Quantifizierung greifbar und somit messbar bzw. vergleichbar gemacht werden. (vgl. König 2007, S. 35) Dies geschehe durch Qualitätsmanagement, welches von den AnbieterInnen betrieben werden müsse. (vgl. Becker-Lenz 2004, S. 283; König 2007, S. 35) Allerdings dürfe Qualität dabei nur so weit normiert werden, wie unbedingt nötig, da es sonst relativ schnell passieren könne, dass qualitativ gute Arbeit durch die Normen torpediert werde. (vgl. Heiner 2004, S. 134) Einerseits würden Normen zwar Sicherheit geben, andererseits die Fachkräfte in ihrer Freiheit zur Gestaltung von Interaktionsprozessen einschränken. Dies wiederum würde der Förderung der KlientInnen schaden. (vgl. ebd.)

### **2.2.2 Qualitätsmanagement**

Der Begriff des Qualitätsmanagements (QM) stammt ursprünglich aus den USA und wurde erstmals in der Luft- und Raumfahrttechnik sowie im militärischen Bereich genutzt. Da diese Felder auf ein höchstes Maß an Qualität der Produkte angewiesen waren, wurde in den 1940er ein besonderes Augenmerk auf die Qualitätskontrolle, im Besonderen auf die Endkontrolle der gefertigten Produkte gelegt. Diese wurde in den folgenden Jahrzehnten intensiviert und in den 1970er Jahren durch eine prozessbegleitende Qualitätssicherung in den Fertigungsprozessen erweitert. Aktuelle Modelle des Qualitätsmanagements heben nicht mehr nur die KundInnen-

wünsche hervor, sondern nehmen auch Rücksicht auf die Anforderungen von MitarbeiterInnen, Öffentlichkeit, KapitalgeberInnen, etc. und legen Wert auf einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 16)

Heute versteht man unter Qualitätsmanagement die „Gesamtheit aller Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung, die sich auf die Gestaltung unterschiedlicher Dimensionen der Qualität zum Zwecke der Erfüllung von Kundenanforderungen und der Erzielung von Wettbewerbsvorteilen beziehen“ (Freiling 2001a, S. 1451). Oder anders gesagt wird unter Qualitätsmanagement „die Vielzahl von Aktivitäten, die notwendig sind, um ein QM-System in einer Organisation aufzubauen und aufrechtzuerhalten, d.h. Ziele formulieren, Verantwortlichkeiten festlegen, Abläufe planen, lenken und absichern“ (Rugor & Studzinski 2003, S. 21) zusammengefasst. Demzufolge gehörten nach Rugor und Studzinski (2003) zur notwendigen Qualitätspolitik die Qualitätsplanung, -sicherung, -lenkung und -entwicklung. Um sowohl den eigenen, als auch den Ansprüchen der KlientInnen und KundInnen nach Qualität in der Arbeit gerecht zu werden, sei es nötig zwei zentrale Aspekte stets zu beachten. Einerseits die unbedingte Zielorientierung. Das ganze Qualitätsmanagement orientiere sich an der Frage: „Was ist mein Ziel und wie will ich es erreichen?“ (S. 21) Diese Frage sollte bereits im Leitbild der Einrichtung beantwortet werden und die Erreichung der Antwort das vordringliche Ziel des Qualitätsmanagements sein. (vgl. S. 21) Entscheidend sei hierbei, dass sich bereits im Alltag des Qualitätsmanagementprozesses diese Leitziele widerspiegeln. (vgl. ebd.) Der zweite zentrale Aspekt sei die KundInnenorientierung. Die Arbeit müsse nach den Bedürfnissen der KundInnen ausgerichtet werden. Die KundInnen dürften nicht mehr als die Verursacher der eigenen Arbeit, sondern als die Arbeit selbst gesehen werden. (vgl. S. 21) Entscheidend sei also eine Bewusstseinsbildung und damit verbunden eine Neuinterpretation des KundInnenbegriffs, der es erleichtere die InteressenspartnerInnen als Gruppen mit bestimmten Erwartungen und Wünschen zu sehen. (vgl. S. 22)

Knorr und Halfar (2000) sehen die Grundlage von Qualitätsmanagements speziell für den Gesundheits- und Sozialbereich in der Definition von Qualität und einer dementsprechenden Qualitätsmessung. (vgl. S. 66) Notwendig hierfür sei zuallererst die

Formulierung von eindeutigen und konsensfähigen Qualitätskriterien. (vgl. Heiner 2004, S. 132; Knorr & Halfar 2000, S. 66) Ein mögliches Kriterium könnte zum Beispiel die Auslastung eines Angebotes darstellen. (vgl. Rugor & Studzinski 2003, S. 20) In der Formulierung der Qualitätskriterien liegt nach Meinhold und Matul (2011) aber genau das Problem. Sie sind der Meinung, dass es „kein objektives, für alle Menschen gleichermaßen gültiges Kriterium für Qualität“ (S. 17) gebe. Dies liege daran, dass die Beurteilung der Qualität von der subjektiven Bewertung sowie der persönlichen Betroffenheit der KlientInnen abhänge. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 69, 70) Qualitativ gut zu arbeiten bedeute deshalb die Erwartungen der KundInnen zu kennen, diese zu respektieren und dementsprechend Dienstleistungen zu entwickeln. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 18; Meinhold & Matul 2011, S. 59) Qualitätsmanagement zeichne sich somit nicht durch die Einhaltung von außen eingebrachter, objektiv messbarer Spezifikationen aus, sondern in erster Linie durch die Erfüllung von KundInnenwünschen und -bedürfnissen (vgl. Vilain 2003b, S. 60) sowie der Vorstellungen der LeistungserbringerInnen (vgl. Braun 2004, S. 38). Durch die Abstraktheit des Begriffs ist es möglich, die unterschiedlichsten Vorstellungen und Erwartungen unter Qualität zu subsumieren, was einen großen Interpretationsspielraum mit sich bringt, wie „gute Qualität“ zu verstehen ist. (vgl. Meinhold & Matul 2011, S. 5) Hier bestünde die Gefahr, dass aus Gründen der Wirtschaftlichkeit das Niveau von Qualität ganz unten angesetzt wird. Denn ein hohes Qualitätsniveau zu schaffen und dauerhaft zu halten sei sehr kostenintensiv. Ein niedrigeres Niveau sei günstiger und somit auch leichter zu erreichen. (vgl. Heiner 2004, S. 135)

Bei der Qualitätsdiskussion im Feld der sozialen Dienstleistungen, also auch im Bereich Green Care und somit der Tiergestützten Intervention, kommt dem KundInnenbegriff eine besondere Bedeutung zu. So empfiehlt Glaap (1993) bei der Qualitätssicherung das Augenmerk auf jene Bereiche zu legen, in denen es direkte Berührungspunkte mit den KundInnen gibt. Hierfür sei erst einmal notwendig zu klären, wer alles unter dem Begriff der KundInnen zusammengefasst wird, da GeldgeberInnen und LeistungsadressatInnen oft nicht identisch sind. (vgl. Meinhold & Matul 2011, S. 59) In der Literatur zur Qualitätssicherung spricht man bei all jenen Personen und Institutionen von KundInnen, die die Qualität der Dienstleistung in irgend-

einer Form beurteilen und durch ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit die Akzeptanz der Dienstleistung beeinflussen können. (vgl. Meinhold & Matul 2011, S. 43) Zu ihnen zählen zuallererst einmal die LeistungsempfängerInnen, also die KlientInnen und deren Angehörige. Für diese Gruppe der KundInnen hat sich im Sozialbereich auch der Begriff des Co-Produzenten etabliert, da die meisten Dienstleistungen stark von der Beteiligung der KlientInnen abhängen. (vgl. S. 45) Weitere KundInnen einer Dienstleistung sind die VermittlerInnen (zum Beispiel das Jugendamt, etc.), KostenträgerInnen (Krankenkassen, Stiftungen und ähnliche) sowie andere ZuwendungsgeberInnen. (vgl. S. 43) Diese beiden Anspruchsgruppen haben im Hinblick auf eine Dienstleistung unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche, weshalb sie Qualität jeweils anders definieren. (vgl. S. 59) Darüber hinaus werden auch die MitarbeiterInnen, als „interne“ KundInnen, hinzugezählt. (vgl. S. 43) Um einer Verwechslung von KundInnen und KlientInnen vorzubeugen, wird mittlerweile statt von KundInnen oft von „StakeholdernInnen“ gesprochen. (vgl. ebd.) Die Erweiterung des KundInnenbegriffs zu StakeholderInnen führt zu einer Veränderung des Verhältnisses zwischen AnbieterInnen und KostenträgerInnen. Aus „GegenspielerInnen“ werden KundInnen, die alle ihre berechtigten Wünsche und Anliegen haben. (vgl. S. 46)

Diese Vielfalt an Anspruchsgruppen führt dazu, dass es oft nicht leicht ist alle KundInnenwünsche zu erheben und ihnen gleichermaßen gerecht zu werden. (vgl. Vilain 2003b, S. 64) Deshalb sei es notwendig alle beteiligten Personen und Gruppen „an einen Tisch zu bekommen“ und die Ansprüche und Ziele gemeinsam auszuhandeln. (vgl. Beckmann 2009, S. 11) Bei der Qualitätsmessung kommt dann erschwerend hinzu, dass die LeistungsadressatInnen den Nutzen sehr subjektiv beurteilt, was zum Teil sogar von der Tagesform abhängig sein kann. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 77)

Bei allen Überlegungen gilt zu bedenken, dass nahezu sämtliche Theorien für Qualitätsmanagement ihren Ursprung in der Wirtschaft haben, wo völlig andere Voraussetzungen vorherrschen als im sozialen Bereich. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 89) So kommt dem externen Faktor Mensch beim Qualitätsmanagement im sozialen Bereich eine viel größere Bedeutung zu, als in der Wirtschaft. Schließlich handelt es

sich um eine Dienstleistung, welche keine lagerfähige und speicherbare Ware ist, sondern direkt von den KundInnen abgenommen wird. (vgl. S. 74f.) Aus diesem Grund haben insbesondere die ErbringerInnen und die EmpfängerInnen großen Einfluss auf das Gelingen oder Scheitern dieser Dienstleistung. (vgl. S. 227) Bei den AnbieterInnen spielen vor allem Motivation, Wissen und Können bezüglich ihrer Arbeit, sowie die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für die Qualität eine wesentliche Rolle. (vgl. Büker 2003, S. 75) Bei den KlientInnen hingegen ist die Bereitschaft zur Mitarbeit der entscheidende Faktor, der das Produkt „Dienstleistung“ aktiv beeinflussen oder aber gänzlich zum Scheitern bringen kann. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 72f.)

Aber auch der Einfluss der anderen StakeholderInnen, insbesondere der GeldgeberInnen, auf die Qualität der Dienstleistung ist nicht unwesentlich. Aufgrund der immer knapper werdenden finanziellen und zeitlichen Ressourcen würden durch diese immer öfter betriebswirtschaftliche Konzepte in den sozialen Bereich übertragen. Unter anderem fordern sie mit großer Konsequenz Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Evaluation und Dokumentation der Arbeit. (vgl. Peterander & Speck 2004, S. 13) Diesen Konzepten lägen Effektivitäts- und Effizienzüberlegungen zugrunde, deren Ziel es ist, Dienstleistungen ressourcenschonender zu planen und umzusetzen. (vgl. Meinhold & Matul 2011, S. 57) Unter Effizienz wird dabei die Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserstellung, also „ein möglichst günstiges Verhältnis zwischen eingesetzten Inputs (Ressourcen, Leistungen) und den erzielten Outputs (Ergebnisse, Wirkungen, Zufriedenheit)“ (ebd, S. 58) verstanden. Als Effektivität wird die Zielbezogenheit der Leistungserstellung bezeichnet, das heißt das Verhältnis von geplanten Leistungen (= Soll) zu erbrachten Leistungen (= Ist). (vgl. ebd, S. 58) Die KostenträgerInnen verbänden mit der Einführung solcher Konzepte die Hoffnung, dass zugleich die Qualität gesteigert und Kosten eingespart werden können. (vgl. Meinhold 1998, S. 17) Diese Ökonomisierung des sozialen Bereichs ruft bei vielen AnbieterInnen die Befürchtung hervor, dass zugunsten der Effizienzüberlegungen die methodischen Ansätze zu kurz kommen könnten, wodurch das ganzheitliche Menschenbild, bei dem das körperliche, emotionale, soziale und intellektuelle Wohl der KlientInnen im Vordergrund steht, an Wertigkeit verlieren würde. (vgl. Buckley 2003, S. 85; Meinhold & Matul 2011, S. 57)



Die Darstellung sozialer Dienstleistungen nach außen stellt sich oft als schwierig heraus. Knorr und Halfar (2000) führen dies unter anderem auf die Immaterialität von Dienstleistungen zurück. (vgl. S. 69) Aber auch die Pluralität an Zielen, Anforderungen und KundInnen trage dazu bei, dass es einstweilen schwer fällt das eigene Angebot zu präsentieren und im Kreis anderer Angebote zu positionieren. (vgl. Merchel 2004a, S. 139) Deshalb müssten die Arbeitsabläufe und der Nutzen der Dienstleistung den GeldgeberInnen und KlientInnen häufig erst noch ausführlich erklärt werden. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 69) Dies mache es den AnbieterInnen nahezu unmöglich ihre Dienstleistungen zu bewerben und den KlientInnen sehr schwer den Nutzen und die Qualität im Vorhinein zu prüfen bzw. zu beurteilen und somit die angebotenen Dienstleistungen zu vergleichen. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 75) Genau darin sehen Meinhold und Matul (2011) aber eine zentrale Herausforderung, der sich die AnbieterInnen tagtäglich stellen müssen. Durch den wachsenden Wettbewerb und den zunehmenden Legitimationsdruck sei es wichtig die eigenen Angebote und Leistungen möglichst gut nach außen hin darzustellen und zu präsentieren. (vgl. S. 37) Dies gelinge am besten mithilfe von Qualitätssicherung. Eine akribisch geführte Dokumentation ermögliche es, die eigene Arbeit hinsichtlich ihrer Qualität zu reflektieren und sie gegenüber den StakeholderInnen gut verständlich darzustellen. (vgl. Buckley 2003, S. 87) Sie dient somit nicht nur als Messinstrument, sondern kann Transparenz schaffen und als Diskussionsgrundlage für fachliche Auseinandersetzungen dienen. (vgl. Buckley 2003, S. 87; Merchel 2004b, S. 44) Eine gute Möglichkeit um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen Einrichtungen und ihren Angeboten zu schaffen wäre, Arrangements zu schaffen – zum Beispiel ein freiwilliger Zusammenschluss mehrerer Einrichtungen – die gemeinsame Qualitätskriterien festlegen. (vgl. Merchel 2004a, S. 139) Aber auch diese gäben keine absolute Sicherheit, da sie stets labil wären und viele Angriffspunkte für Kritik bieten würden. (vgl. ebd.)

König (2007) sieht in der zunehmenden Umsetzung von Qualitätsmanagement allerdings auch eine Gefahr für das Selbstverständnis im beruflichen Handeln der AnbieterInnen sozialer Dienstleistungen. Wäre bisher versucht worden möglichst effektiv die vereinbarten Ziele zu erreichen, so ständen nun die Bemühungen die ei-

gene Effizienz und Qualität nach außen aufzuzeigen im Vordergrund. Die Wirtschaftlichkeit werde somit zur Konkurrenz der Fachlichkeit. (vgl. S. 6) Effizienz dürfe deshalb im Qualitätsmanagement keine Rolle spielen. (vgl. Merchel 2004b, S. 50) Auch da sie dessen Logik widerspreche. (vgl. ebd.) Dies wäre allerdings nur schwer umsetzbar, da vor allem die StakeholderInnen, aber auch immer häufiger die KlientInnen selbst, die Frage nach Qualität auf die Ergebnisqualität reduzierten und die Wirksamkeit einer Dienstleistung für einen möglichst geringen finanziellen Aufwand als einziges Kriterium sehen würden. (vgl. S. 46) Diese Verengung des Blickwinkels auf die Ergebnisqualität berge die Gefahr, die anderen Qualitätsdimensionen (siehe Kapitel 2.2.1) zu vernachlässigen. (vgl. Merchel 2004b, S. 47) Aus diesem Grund werden zuweilen auch Forderungen laut, den durchaus notwendigen Diskurs über die Qualität psychosozialer Angebote aus den ökonomischen Zwängen zu befreien und wieder mehr darauf zu achten, was für die positive Entwicklung der KlientInnen von Bedeutung ist. (vgl. Keupp 2004, S. 333) Wichtig sei also sich nicht zu sehr in der Definition und dem Messen von Qualität im wirtschaftlichen Sinne zu verlieren, sondern sich wieder mehr auf den Ursprung des Sozial- und Gesundheitsbereiches zu konzentrieren. (vgl. Braun 2004, S. 41) Schließlich sei es für die KlientInnen nicht ausschlaggebend wie effizient und effektiv ein Angebot sei, sondern wie sie sich dabei fühlen, was ihnen daran Kraft gibt, Ansporn ist und ihnen Freude bereitet, damit sie hierdurch auch wirklich für ihr Leben profitieren können. (vgl. Keupp 2004, S. 332)

Im Laufe der Jahre haben sich viele Qualitätsmanagementsysteme für den Gesundheits- und Sozialbereich entwickelt, bzw. wurden etliche Systeme aus der Wirtschaft in diesen übertragen. Welches Qualitätsmanagementmodell in einer Einrichtung letztendlich zum Einsatz kommt hängt von mehreren Faktoren ab. Zum einen davon in welchem Arbeitsfeld man sich befindet und welche Bereiche untersucht werden sollen. Zum anderen von der zur Verfügung stehenden Zeit und den finanziellen Mitteln. Nicht zuletzt hängt es auch vom Qualitätsverständnis der Einrichtung und der dort tätigen MitarbeiterInnen sowie vom Gefühl der Entscheidungsträger, welches die geeignetste Methode zu sein scheint, ab. Im Folgenden werden zwei Methoden genauer beschrieben, die im Sozial- und Gesundheitsbereich am weitesten verbreitet sind.

### 2.2.2.1 Total Quality Management

Total Quality Management (TQM) ist ein umfassendes Qualitätsmanagementkonzept, welches auf der Idee beruht, dass das Management von Qualität zu den originären Aufgaben einer Unternehmensleitung gehört und nicht delegiert werden kann. (vgl. Freiling 2001b, S. 1671) Bei der Umsetzung gelten die allgemein gültigen Grundsätze des Qualitätsmanagements, ergänzt durch die folgenden Prinzipien, welche von wesentlicher Bedeutung sind (vgl. ebd.):

- Total Quality Management geht davon aus, dass alle MitarbeiterInnen einen Beitrag zur Qualität in der Einrichtung leisten und deshalb in den Qualitätsmanagementprozess zu jeder Zeit miteinzubeziehen sind.
- Total Quality Management umfasst die Produkte, Vorleistungen, Potenziale und Prozesse sowie die Beziehungen zu den StakeholderInnen des Unternehmens (siehe Abbildung 2).
- Wichtige Bestandteile von Total Quality Management sind Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Ziel hierbei ist, die Leistungen des Unternehmens möglichst perfekt an die externen Rahmenbedingungen anzupassen (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Elemente eines Total Quality Managements (Freiling 2001b, S. 1671)

Total Quality Management hat zum Ziel, nachhaltige Wettbewerbsvorteile gegenüber der Konkurrenz zu erarbeiten und richtet sich bei der Zielfindung deshalb ins-

besondere nach den aktuellen und den zukünftigen KundInnenwünschen und -anforderungen. (vgl. Freiling 2001b, S. 1671) „Qualität ist gemäß dieser Vorstellung, was KundInnen als Qualität definieren.“ (Biebricher et al. 2003, S. 10)

#### 2.2.2.2 (Selbst-)Evaluation

Nach Meinhold (1998) beschreibt Evaluation die Überprüfung und Bewertung eines Programms oder einer Dienstleistung. (vgl. S. 54) Markert (2003) konkretisiert das Ganze, indem er die Beurteilungen an vorher festgelegte Informationen und Kriterien bindet. (vgl. S. 45) Dabei stünden zielgerichtete Datenerhebungsprozesse, welche systematisch und transparent vorbereitet, durchgeführt, ausgewertet und dokumentiert werden müssten, im Zentrum. (vgl. ebd.) Evaluation zeichne sich dadurch aus, dass die Ermittlung des Wertes einer Dienstleistung anhand wissenschaftlicher Forschungstechniken und -methoden erfolge. Die Qualität werde dabei im Hinblick auf Effektivität, Wirksamkeit, Aufwand und Angemessenheit bewertet. (vgl. S. 48)

In ihren Anfängen war die Evaluation darauf ausgerichtet, die Wirkung und Effektivität einzelner Angebote zu ermitteln, um sie dann miteinander vergleichen zu können. Damit dies möglichst objektiv geschehen konnte wurden hauptsächlich quantitative Verfahren der empirischen Sozialforschung eingesetzt. Diese Praxis veränderte sich im Laufe der Zeit und es wurden die Bedürfnisse und Maßstäbe der TeilnehmerInnen in den Vordergrund gestellt. Um diese erheben zu können war es notwendig qualitative Erhebungsmethoden zu nutzen. Die neusten Bestrebungen in der Evaluationsforschung sind die Verflechtung beider Ausrichtungen, um ein möglichst umfassendes Ergebnis zu erhalten. (vgl. Markert 2003, S. 48f.)

Die Selbstevaluation ist die Form des Qualitätsmanagements, in der die MitarbeiterInnen in Eigenverantwortung die Qualität ihrer Arbeit beurteilen. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 94) Langnickel (2003) sieht in der (Selbst-)Evaluation aber keinen Selbstzweck, sondern ausschließlich das wichtigste Instrument für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Qualitätsmanagement. (vgl. S. 45) Becker-Lenz (2004) ist darüber hinaus der Meinung, dass (Selbst-)Evaluation nicht nur zur Verbesserung der eigenen Qualität beitrage, sondern auch zur Weiterentwicklung des Quali-

tätsbegriffes in der Profession. (vgl. S. 291) Nach König (2007) stehe Selbstevaluation für die Beschreibung und Bewertung des eigenen Handelns im beruflichen Alltag anhand bestimmter Kriterien, die selbst gewählt sein können aber nicht müssen. (vgl. S. 41) Eine wichtige Funktion der Selbstevaluation sei die Legitimierung. Durch die Entwicklung von objektivierbaren Standards trage sie maßgeblich zur Darstellung der Qualität der Dienstleistung und der eigenen Arbeit gegenüber den StakeholderInnen bei. Hierdurch könne eine größere Verbindlichkeit gegenüber KostenträgerInnen geschaffen und auch ein wichtiger Beitrag zur politischen Diskussion über den ökonomischen, fachlichen und gesellschaftlichen Wert sozialer Dienstleistungen für das Gemeinwesen geleistet werden. (vgl. S. 54) Selbstevaluation zielen aber nicht nur auf die Sicherung von Qualität in der Praxis ab. Vielmehr unterstütze sie die persönliche Auseinandersetzung der Fachkräfte mit sich selbst, ihrer Professionalität und im Kontext ihrer Arbeit. Das mache Selbstevaluation zu etwas Besonderem, denn als einzige Evaluationsmethode fokussiere sie eine Entwicklung von Qualität von der Basis aufwärts. (vgl. König 2007, S. 55f.) Allerdings ließe sich Qualitätsmanagement nicht nur auf Selbstevaluation reduzieren. (vgl. Meinhold 1998, S. 47)

Bei Evaluation und Selbstevaluation werden die KlientInnen zur Zufriedenheit mit der Dienstleistung befragt. Becker-Lenz (2004) weist allerdings auf die Problematik hin, dass die KlientInnen an der Produktion selbst mitwirken und somit auch über sich selbst urteilen müssen. Dies berge zwei Gefahren: Entweder beurteilen die KlientInnen das Produkt, da sie daran mitgewirkt haben, auf jeden Fall positiv, oder suchen – wenn sie mit dem Ergebnis und/oder dem Verlauf unzufrieden sind – die Schuld bei den AnbieterInnen und schieben einen eigenen Anteil am Misserfolg von sich. Es bestehe also fortwährend das Risiko, dass ein Angebot schlecht gemacht oder schön geredet werde. (vgl. S. 291) Ein weiterer Nachteil der Selbstevaluation sei darüber hinaus die mangelnde Distanz seitens der AnbieterInnen zum zu beurteilenden Aspekt und daraus resultierend ein Nichtbeachten problematischer Gesichtspunkte. (vgl. Markert 2003, S. 55)

### 2.2.3 Qualität und Qualitätsmanagement in der Tiergestützten Intervention

Obwohl Tiergestützte Intervention ein noch recht junges Feld ist, sind die Begriffe Qualität und Qualitätsmanagement bereits kaum mehr aus ihrem Alltag wegzudenken. Zurückzuführen ist dies womöglich auf die in Kapitel 2.1 beschriebenen Problematik der Anerkennung seitens der Politik und der GeldgeberInnen. Dies ist insbesondere für die AnbieterInnen Tiergestützter Intervention spürbar. Deshalb sind BefürworterInnen Tiergestützter Intervention auch darum bemüht, eine Begriffsbestimmung von Qualität für diesen Bereich zu schaffen. Eine Beschreibung, welche den in Kapitel 2.2.1 ausgeführten Definitionen sehr nahe kommt, liefern Wohlfahrt et al. (2012):

*„Qualität ist der unter Anwendung des derzeitigen Wissens durch tiergestützte Interventionen erreichte Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Klienten bzw. Patienten erwünschte Wirkungen zu erzeugen und unerwünschte Wirkungen zu vermeiden.“ (S. 292)*

Daraus könne man ableiten, dass Qualität in der Tiergestützten Intervention keine festgeschriebene Größe, sondern abhängig von rechtlichen Regelungen, Vorgaben von Interessensgruppen und dem Stand des Wissens veränderbar ist. (vgl. S. 293)

Dies zeige auch die Komplexität, mit der Qualitätsmanagement in der Tiergestützten Intervention zu kämpfen hat. Angebote der Tiergestützten Intervention seien durch ihre Heterogenität gekennzeichnet, ebenso wie ihre Finanzierungsstruktur. (vgl. Wohlfahrt et al. 2012, S. 293) Qualitätsmanagement müsse deshalb einerseits ein sehr breites Spektrum an Zielgruppen, Arbeitsfeldern und Interventionen berücksichtigen. Andererseits könne es oft nicht kontinuierlich betrieben werden, da für die meisten Maßnahmen und Projekte nur eine kurzfristige oder überhaupt keine Finanzierung bestünde. Hinzu komme, dass viele Angebote von Kleinstbetrieben oder ehrenamtlichen HelferInnen durchgeführt werden würden, welche weder die personellen noch die zeitlichen Ressourcen für ein systematisches, vertieftes Qualitätsmanagement hätten. (vgl. S. 294) Einen weiteren wesentlichen Punkt, der Qualitätsmanagement in der Tiergestützten Intervention erschwere, stelle der fehlende empirische Nachweis der Wirksamkeit dar. Entgegen der häufigen Behauptung, es

gebe bereits Studien welche die Wirksamkeit Tiergestützter Interventionen aufzeigen würden, müsse festgehalten werden, dass diese meist methodische Probleme aufwiesen, wie zum Beispiel zu geringe Fallzahlen oder fehlende Kontrollgruppen. Es gebe aber bereits eine Vielzahl an Fallstudien, welche der Tiergestützten Intervention gute Erfolge zusprechen würden. (vgl. S. 295)

Um dennoch Sollwerte für die Bewertung von Qualität aufstellen zu können, müsse man das Expertenwissen und die Erfahrungen aus Best-Practice-Beispielen vereinen, um auf diesem Weg Mindeststandards formulieren zu können. (vgl. S. 295) Es gebe zwar bereits einige Leitlinien und Kriterien diverser Organisationen für die Durchführung Tiergestützter Intervention, dennoch gebe es noch kein einheitliches Qualitätsverständnis. Erschwerend komme hinzu, dass es schon bei der Verwendung wesentlicher Begriffe, zum Beispiel auch von *Tiergestützte Intervention*, wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, keine Einigkeit gebe. (vgl. S. 296)

Wohlfahrt et al. (2012) mahnen deshalb an, dass die Tiergestützte Intervention, um in Zukunft eine Honorierung seitens der Pflege- und Krankenkassen zu erlangen und somit die Möglichkeit der Abrechnung zu erhalten, eine Professionalisierung anstreben müsse. (vgl. S. 296f.) Diese funktioniere nur über den Weg der Standardisierung und Systematisierung. Hierfür müssten Kriterien geschaffen werden, welche die Qualitätsstandards für Tiergestützte Intervention festlegen. Dazu müssten zum Beispiel Punkte gehören wie die Vorgabe eines grundständigen Berufs, Verpflichtung zur Fachgerechten Fort- und Weiterbildung oder die Vereinbarung von Förder- bzw. Therapiezielen vor Beginn der Intervention. (vgl. S. 297)

In Österreich gibt es bereits diese Bestrebungen. Das Österreichische Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung (ÖKL) hat im Auftrag des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft ein Programm ins Leben gerufen, dessen Ziel es ist, Tiergestützte Intervention an Bauernhöfen zu fördern und auszubauen. Im Zuge dieses Programmes wurde eine Zertifizierung für Höfe entwickelt. Diese soll durch klar definierte Qualitätskriterien dabei helfen, Höfe, die unter dem Deckmantel *TGI* therapeutische, pädagogische und ähnliche Angebote offerieren, von den Höfen zu unterscheiden, welche tatsächlich qualitativ hochwertige Arbeit in der TGI liefern.

Die Kriterien für eine Zertifizierung decken sich mit vielen der bereits genannten Punkte und sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Alle zertifizierten Fachkräfte haben zur Erweiterung ihres pädagogischen, sozialen oder therapeutischen Grundberufs einen speziellen Zertifikatslehrgang besucht, der ihre Grundqualifikation mit der landwirtschaftlichen Komponente vereint. Des Weiteren werden die Tiere auf den Höfen artgerecht – nach der Biorichtlinie – gehalten, außerdem sind Einzel- und Anbindehaltung verboten. Um die Sicherheit der KlientInnen sowie der AnbieterInnen und der Tiere zu gewährleisten, müssen die zertifizierten Höfe durch die Sozialversicherungsanstalt der Bauern überprüft und für sicher erklärt werden. Die Tiere müssen von VeterinärmedizinerInnen für gesund erklärt werden und für die geplanten Interventionen geeignet sein. Dies wird durch das ÖKL überprüft, welches das Training und die Sozialisierung der Tiere begutachtet. (vgl. Österreichisches Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung 2014)

#### **2.2.4 Zusammenfassung**

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass es keine eindeutige und allgemeingültige Definition von Qualität gibt. Viel mehr gibt es verschiedene Auffassungen von Qualität, welche von diversen Faktoren abhängig sind und von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein können. Insbesondere im Gesundheits- und Sozialbereich ist Qualität schwer zu greifen. Durch die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen bzw. PatientInnen sowie der sich oft davon unterscheidenden Wünsche der GeldgeberInnen, ergeben sich differenzierte Merkmale, die ein Angebot – abhängig vom jeweiligen Standpunkt – zu einem „guten“, einem „qualitativ hochwertigen“ Angebot machen.

Diese Ausprägungen von Qualität sichtbar zu machen und den AnbieterInnen, den KlientInnen und PatientInnen sowie den GeldgeberInnen gut verständlich und nachvollziehbar aufzuzeigen, ist der Inhalt von Qualitätsmanagement. Um ein wirkungsvolles Qualitätsmanagement betreiben zu können sind gewisse finanzielle und zeitliche Ressourcen notwendig. Gerade hieran mangelt es im Gesundheits- und Sozialbereich allerdings am meisten. Insbesondere kleine und mittlere Einrichtungen



verfügen weder über die finanziellen, noch über die zeitlichen und personellen Ressourcen um Qualitätsmanagement mit all seinen Facetten umzusetzen. Um dennoch Qualität bieten zu können und diese den GeldgeberInnen, den KlientInnen und PatientInnen auch aufzeigen zu können, ist es für diese Unternehmen wichtig Qualitätsmanagement im Kleinen zu betreiben. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel die Evaluation einzelner Angebote.

Das Streben nach Qualität und Qualitätsmanagement, wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, hat auch in der TGI bereits Einzug gehalten. Da es bisher aber an Forschungserkenntnissen über die Wirkungsmechanismen von TGI auf den Menschen fehlt, ist es derzeit noch schwierig Qualitätskriterien für die Angebote festzulegen. Deshalb liegt der Fokus bislang auf der Vorgabe von allgemeinen, strukturellen Qualitätskriterien, welche den KundInnen dabei helfen sollen, zwischen guten Angeboten und weniger geeigneten AnbieterInnen zu unterscheiden. Die Umsetzung erfolgt bisweilen durch Organisationen, die sich den unterschiedlichen Formen der TGI verschrieben haben und ihren Mitgliedern Bedingungen stellen, welche erfüllt sein müssen, um zum Beispiel auf deren Internetauftritten erwähnt zu werden und Fördergelder oder eine Zertifizierung zu erhalten.

### **2.3 Dokumentation und Datenerhebung**

Die Dokumentation und die Datenerhebung sind für eine qualitativ hochwertige Arbeit und für das Qualitätsmanagement – insbesondere bei der Beurteilung sozialer Prozesse – unverzichtbar. (vgl. Markert 2003, S. 48; Meinhold 1998, S. 45) Die Datenerhebung im Bereich der sozialen Dienstleistungen erfordert aber eine sich von der Wirtschaft unterscheidende Vorgehensweise, da die hergestellten Dienstleistungen nicht lagerfähig und auch nur selten messbar seien. (vgl. Vilain 2003b, S. 64) Aus diesem Grund falle meist auch eine quantitative Erhebung weg. (vgl. ebd.) Dies beginne bereits bei den KundInnenwünschen, welche häufig nicht in Zahlen ausgedrückt werden könnten. Eine qualitative Erfassung sei deshalb einer quantitativen vorzuziehen. (vgl. ebd.) Knorr und Halfar (2000) sehen dies ein wenig anders. Sie verorten bei Dienstleistungen sowohl quantitative Aspekte als auch qualitative Aspekte, die es zu erheben gilt. (vgl. S. 67) Sie empfehlen hierfür sich der empirischen

Sozialforschung zu bedienen, mithilfe derer alle Dokumente zur Messung, Beurteilung und Sicherung von Qualität erarbeitet werden könnten. (vgl. S. 66) Allerdings ist dabei zu beachten, dass sie sich in ihren Ausführungen hauptsächlich auf die Ergebnisqualität beziehen (zu den Dimensionen von Qualität vgl. Kapitel 2.2.1). Schwierig gestaltet sich auch die Frage danach was erhoben werden könne. So sei es zwar durchaus möglich die Anzahl erbrachter Dienstleistungen zu zählen, ob und – wenn ja – wie erfolgreich diese waren, ließe sich aber nur selten erfassen. (vgl. Knorr & Halfar 2000, S. 76) Dies sei unter anderem dem Umstand geschuldet, dass es erfahrungsgemäß keine objektiven Maßstäbe dafür gebe. (vgl. S. 77) Hinzu komme, dass man Effizienz und Effektivität einer non-profit Organisation im Allgemeinen nur schwer messen könne. (vgl. S. 89) Zurückzuführen sei dies auf die Mehrdimensionalität der Untersuchungsgegenstände „Qualität“ und „Erfolg“, welche eine Ermittlung absoluter Werte meist nicht ermögliche. (vgl. S. 227) Auch Ursachen und Wirkungen eines Scheiterns oder Gelingens wären nur schwer zu dokumentieren, da sowohl die KlientInnen als auch die AnbieterInnen einen Einfluss darauf hätten. (vgl. ebd.) Meinhold (1998) hingegen ist der Meinung, dass bei der Entwicklung von Dokumentationsinstrumenten deren Konstruktion mit großer Wahrscheinlichkeit das kleinere Problem darstellen dürfte. Ihrer Meinung nach sei es wesentlich schwerer die Beteiligten dazu zu motivieren, das Instrument sorgfältig und zuverlässig anzuwenden. Um dies zu erreichen, müsse der Sinn darin ersichtlich sein und dürfe die Dokumentation keine zusätzliche Belastung darstellen. (vgl. S. 12) Es sei also nicht die Akzeptanz und Auslastung der Maßnahme zu ermitteln, denn das bringe für die Arbeit mit den KlientInnen keine Ergebnisse, sondern ihre Wirkung. Ein Beispiel für ein zu erhebendes Kriterium sei die Verbesserung der Befindlichkeit bei den KlientInnen. Diese könne anhand der vorher definierten Ziele gut protokolliert werden. (vgl. S. 53) Wesentlicher als Zahlen sei es aber immer wichtige Ereignisse zu dokumentieren, die bei der Erbringung einer Dienstleistung auftreten. (vgl. S. 43)

Wie ein Dokumentationsverfahren letztendlich aussieht, hängt nach Markert (2003) davon ab, welches Ziel verfolgt werde. Die richtige Wahl sei dann getroffen, wenn das Dokumentationssystem gegenstands- und zielangemessen sei, so dass man

die einzelnen Aspekte der zu untersuchenden Sache möglichst exakt beobachten, messen und abbilden könne. (vgl. S. 51) Meinhold (1998) weist außerdem darauf hin, dass die Dokumentationsform den Tätigkeiten und Arbeitsweisen der MitarbeiterInnen angepasst werden müsse. Würde man den Prozess umkehren, so würde sich die Dokumentation qualitätsmindernd statt qualitätssteigernd auf die Arbeit auswirken. (vgl. S. 45) Dazu gehöre es auch, zu überprüfen, welche Art der Datenerhebung bereits praktiziert werde. Auf diese Weise könne doppelte Arbeit verhindert und die Produktion von totem Papier eingeschränkt werden. Es gehe immer darum gemeinsam mit den Beteiligten auszuhandeln, was umsetzbar ist. Qualitätssicherung erfordere zwar Dokumentationsverfahren, es gebe aber kein perfektes Verfahren, mit dem – ohne großen Aufwand – alle wichtigen Ereignisse umfassend und objektiv festgehalten werden könnten. Deshalb sei von einer einfachen Strichliste bis hin zum ausgereiften und auf die speziellen Bedürfnisse zugeschnittenen EDV-Programm, wie es in vielen sozialen Bereichen bereits genutzt würde, alles möglich. (vgl. S. 44)

Einen weiteren zentralen Aspekt nennt Beckmann (2009), der Dokumentation als Chance sieht, die Qualität der eigenen Arbeit nach außen gut sichtbar zu machen. Es gelte nicht sich selbst, sondern die GeldgeberInnen und KlientInnen von der Wirkung der eigenen Arbeit zu überzeugen. (vgl. S. 10f.) Deshalb sei es wichtig die erhobenen Daten auch für Außenstehende nachvollziehbar und interpretierbar zu machen. (vgl. Meinhold 1998, S. 56) Hierfür müssten die eigene Perspektive erweitert und die Anforderungen und Wünsche der unterschiedlichen KundInnengruppen berücksichtigt werden.

### **2.3.1 Basisdokumentation**

Bei der Basisdokumentation handelt es sich um die Sammlung von Grundinformationen, die im weiteren Verlauf einer Intervention von Bedeutung sein können. Unter anderem werden dort Angaben zu den KlientInnen (Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, etc.), ihren Bezugspersonen (Verhältnis zu KlientIn, Bedeutung für KlientIn, Kontaktdaten, etc.), medizinische und psychologische Befunde bzw. Anamnesen sowie Medikationen dokumentiert. Ebenso werden eventuelle Kontraindikationen

vermerkt um entsprechende Vorsichtsmaßnahmen treffen zu können. Es sollte immer möglich sein schnell auf die Basisdokumentation zuzugreifen. (vgl. Wohlfahrt et al. 2012, S. 300f.)

### **2.3.2 Verlaufsdokumentation**

In der Verlaufsdokumentation wird der Verlauf eine Maßnahme oder einer Intervention festgehalten. Dabei soll der Prozess kontinuierlich reflektiert werden, um so die avisierten Ziele zu erreichen bzw. die Ziele gegebenenfalls umgehend anpassen zu können. Erhoben werden können die relevanten Informationen mittels Verhaltensbeobachtung, Fragebogen und exakten Messungen – zum Beispiel der Herzfrequenz oder des Blutdrucks –, aber auch anhand subjektiver Eindrücke der KlientInnen, derer Bezugspersonen und der AnbieterInnen. (vgl. Wohlfahrt et al. 2012, S. 300f.)

### **2.3.3 Formen der Datenerhebung**

Wie bereits zu Beginn von Kapitel 2.3 angedeutet, wird in der Literatur zwischen qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden – wenn auch nicht immer trennscharf – unterschieden. Zu den „qualitativen Methoden“ werden jene gezählt, die Daten in Form von Texten produzieren. Dazu gehören zum Beispiel teilnehmende Beobachtungen, Interviews oder Fallstudien. Methoden die Fall- oder Maßzahlen in numerischer Form ergeben, werden hingegen den „quantitativen Methoden“ zugeteilt. Hierzu werden zum Beispiel Befragungen oder Tests gezählt. (vgl. hierzu Thonhauser 2008, S. 39)

Die qualitativen Methoden zeichnen sich meistens durch die Verwendung von offenen Fragestellungen aus. Sie lassen den Befragten oder den Beobachtenden einen großen Spielraum bei der Beantwortung der Fragen, wodurch deren subjektiven Wahrnehmung und individuellen Vielfalt viel Platz eingeräumt wird. (vgl. Aeppli, Gasser, Gutzwiller & Tettenborn 2014, S. 168) Ein entscheidender Nachteil eines freien Antwortformates ist eine eingeschränkte Objektivität in der Auswertung, da keine eindeutigen Kriterien formuliert werden können. Außerdem müssen aufwendige Inhaltsanalysen durchgeführt werden. (vgl. Bühner 2006, S. 65)

Quantitative Methoden weisen meistens geschlossene Fragen auf. Diese sind durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten gekennzeichnet. (vgl. Bühner 2006, S. 53) Durch solche gebundenen Antwortformate wird die Auswertung erleichtert (vgl. Aepli et al. 2014, S. 168), was auch eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit sich bringt (vgl. Atteslander 2010, S. 148). Nachteil geschlossener Fragen ist, dass erklärende Beschreibungen oder Begründungen weshalb die gewählte Antwortmöglichkeit optiert wurde, nicht erhoben bzw. bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden können und somit untergehen. (vgl. Aepli et al. 2014, S. 176) Es werden in der Literatur mehrere Typen geschlossener Fragen unterschieden. In der Sozialforschung wird unter anderem zwischen dem *Identifikationstyp*, dem *Selektionstyp* und dem *Ja-Nein-Typ* differenziert (vgl. Atteslander 2010, S. 147 f.), in der Psychologie beispielsweise zwischen *Ratingskalen*, *Richtig-Falsch*, *Zuordnungsaufgaben* und *Umordnungsaufgaben* (vgl. Bühner 2006, S. 53-60). Dabei entsprechen der *Selektionstyp* den *Ratingskalen* und der *Ja-Nein-Typ* den *Richtig-Falsch-Aufgaben*. Diese beiden Formen sind auch am häufigsten in der Dokumentation im psychosozialen Bereich zu finden. Als besonders geeignet werden Antwortkategorien auf fünfstufigen Ratingskalen erachtet, welche gleiche Abstände zwischen den Abstufungen aufweisen. (vgl. Bühner 2006, S. 54 f.)

#### **2.3.4 Zusammenfassung**

Dokumentation und Datenerhebung sind für die Sicherung von Qualität wichtige Faktoren. Die Dokumentation besteht aus zwei wesentlichen Teilen, der Basisdokumentation und der Verlaufsdokumentation. Während in der Basisdokumentation die wesentlichen Grundinformationen zu den KlientInnen, deren Wünsche sowie zu den Zielvereinbarungen festgehalten werden, dient die Verlaufsdokumentation der Verschriftlichung einzelner Einheiten, sowie der Entwicklungen der KlientInnen.

Bei der Datenerhebung werden zwei grundlegende Ansätze unterschieden. Die quantitativen Methoden, welche zum Ziel haben, die gewonnenen Informationen in Zahlen auszudrücken und somit übersichtlich darstellbar zu machen. Die qualitativen Methoden, deren Ziel es ist, die Erkenntnisse aus Beobachtungen und Befragungen möglichst genau und individuell zu erfassen, um dem Einzelfall gerecht zu werden.

Welche der Datenerhebungsmethoden für die Dokumentation genutzt wird, hängt stark vom verfolgten Ziel, den bereits praktizierten Arbeitsweisen sowie den Erfahrungen der AnwenderInnen ab. Wie ausführlich eine Dokumentation ist, hängt hingegen von den Bedürfnissen der KlientInnen, der StakeholderInnen und der AnwenderInnen ab. Dokumentation soll die Arbeit der AnbieterInnen unterstützen, sowie die Qualität der Angebote verbessern und darf von daher in deren täglichen Arbeit keinen belastenden Faktor darstellen.

### **3 FORSCHUNG UND AUSWERTUNG**

#### **3.1 Methodik und Vorgehen**

Anhand der im ersten Abschnitt behandelten theoretischen Hintergründe wurde ein Dokumentationssystem entwickelt, welches dazu dienen soll, die Qualität der eigenen Arbeit zu kontrollieren und nach außen hin transparent zu machen. Das Dokumentationssystem soll dabei einerseits auf die Bedürfnisse der NutzerInnen zugeschnitten sein, andererseits aber auch den wissenschaftlichen Anforderungen des Qualitätsmanagements entsprechen. Als Grundlage dienen bereits vorhandene Erfahrungen aus diversen Bereichen der Sozial- und Gesundheitsberufe, in denen Dokumentation seit vielen Jahren ein fester Bestandteil im Berufsalltag ist. Als konkrete Vorlage dient ein vorhandenes Dokumentationssystem eines Hofes, der im Bereich TGI tätig ist. Dessen Aufbau wurde analysiert und mit den gewonnenen Erkenntnissen aus dem Theorieteil abgeglichen. Aufbauend auf die Ergebnisse dieser Untersuchung wurde ein neues Dokumentationssystem erstellt.

Dieses neue Dokumentationssystem wurde anschließend an ausgewählte Einrichtungen, die TGI anbieten, und ExpertInnen aus dem Bereich Green Care bzw. der TGI zur Erprobung bzw. theoretischen Beurteilung versandt. Die Höfe sollten den Bogen bei zwei bis drei KlientInnen bzw. KlientInnengruppen über mindestens vier bis sechs Einheiten anwenden und ihre Erfahrungen und Eindrücke hierzu sammeln. Die ExpertInnen sollten sich eingehend mit den Bögen beschäftigen und ihre Einschätzung dazu abgeben, ob das Ziel, eine Vergleichbarkeit zwischen den Angeboten und die Überprüfung der eigenen Qualität, damit erreicht werden kann. Sie sollten dafür ihre meist jahrelange Erfahrung und ihre wissenschaftliche Expertise nutzen. Zeitgleich wurden Interviews vorbereitet und Kategorien für die Auswertung gebildet.

Alle TeilnehmerInnen wurden im Anschluss an die Testphase ausführlich befragt. Bei den AnbieterInnen von TGI lag der Schwerpunkt auf der Alltagstauglichkeit des Dokumentationssystems und seinem Inhalt bzw. Aufbau, bei den Green Care-ExpertInnen auf dem wissenschaftlichen Aspekt und dem zu erwartenden Nutzen des

Bogens für die Vergleichbarkeit von TGI-Angeboten. Daraufhin wurden die Interviews ausgewertet und die Erkenntnisse in das deduktiv gebildete Kategoriensystem eingeordnet. Für Aussagen, die in keine der vorhandenen Kategorien passen, wurden zusätzliche induktive Kategorien gebildet. Abschließend wurden die gewonnenen Erkenntnisse ausgewertet und interpretiert.

### **3.1.1 Fallauswahl**

Bei der Auswahl der Höfe für die Erprobung des Dokumentationssystems wurde darauf geachtet, dass diese durch das ÖKL zertifiziert sind und somit ein gewisser Qualitätsstandard bereits vorhanden ist. Durch die Zertifizierung ist garantiert, dass die Tiere artgerecht gehalten werden und die AnbieterInnen über eine fachspezifische Ausbildung verfügen.

Bei der Fallauswahl zur Erprobung des Dokumentationssystems wurde es den AnbieterInnen überlassen, bei welchen KlientInnen sie den Bogen nutzen wollten. Als Vorgabe wurde lediglich erwartet, dass das Dokumentationssystem über mehrere Einheiten hinweg bei mindestens einer KlientInnengruppe und mindestens einer/einem EinzelklientIn eingesetzt wird.

Die befragten ExpertInnen wurden anhand ihrer Reputation und ihrer Bedeutung für die Entwicklung von Green Care und TGI ausgewählt. Als Grundlage hierfür dienten einschlägige Fachliteratur, Programme für angesehene Veranstaltungen im Fachbereich sowie Vorlesungsverzeichnisse von Hochschulen und Universitäten, die Vorlesungen und Seminare im Bereich Green Care und TGI anbieten.

### **3.1.2 Datenerhebung**

Die Datenerhebung erfolgte mittels Interviews, welchen ein Interviewleitfaden zugrunde lag. Die Grundfragen des Leitfadens waren bei den Interviews für die AnbieterInnen (vgl. Anhang 5), wie sie mit dem Dokumentationssystem zurechtgekommen sind, wo sie Anregungen haben und ob es für sie im Alltag nützlich und brauchbar ist. Weitere Fragestellungen dienten der Nachfrage bei Unklarheiten und zur Vertiefung einzelner Antworten. Der Leitfaden für die Interviews mit den ExpertInnen (vgl. Anhang 6) zielte auf die Fragen ab, inwiefern Qualität, Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung für die TGI von Bedeutung sind, welche Rolle dabei



die Dokumentation spielt und welchen Beitrag das vorliegende Dokumentationssystem dazu leisten könne. Auch hier gab es weitere Fragen, die zur Vertiefung einzelner Antworten und zur Nachfrage bei Unklarheiten dienten.

### 3.1.3 Datenanalyse

Die Interviews wurden transkribiert, die Antworten analysiert und in ein deduktiv festgelegtes Kategoriensystem eingeordnet. Die gewählten Kategorien waren *Design und Aufbau*, *Inhalt*, *Alltagstauglichkeit*, *Qualität*, *Wissenschaftlichkeit* und *(elektronische) Umsetzung*. Antworten mit dem gleichen Inhalt wurden anschließend zusammengefasst und paraphrasiert. Da es viele für die Untersuchung relevante Informationen gab, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, wurde zusätzlich die induktive Kategorie *Sonstiges* erstellt. Unter ihr wurden alle Antworten zusammengefasst, welche für die Interpretation der Ergebnisse von Bedeutung sind.

Im Laufe der Auswertung stellte sich das gewählte Kategoriensystem insofern als wenig praktikabel heraus, dass es – durch die fehlende Unterteilung in die einzelnen Abschnitte des Dokumentationssystems – bei der Ergebnisdarstellung für Verwirrung sorgte. Deshalb wurde beschlossen, zur Darstellung der Ergebnisse auf die Unterteilung des Dokumentationssystems zurückzugreifen. Das heißt die Ergebnisse der Kategorien *Design und Aufbau*, *Inhalt* sowie *Alltagstauglichkeit* wurden zusätzlich danach sortiert, ob sie der *Handreichung*, dem *Stundenbild* oder dem *Dokumentationsbogen* zuzuordnen waren. Die Kategorien *Qualität*, *Wissenschaftlichkeit* und *elektronische Umsetzung* wurden beibehalten, die Kategorie *Sonstiges* in *Allgemeines* umbenannt. In diesen Kategorien wurden die Antworten belassen, die nicht nur einem einzelnen Bereich des Dokumentationssystems zugeordnet werden konnten und/oder die sich auf das gesamte System beziehen.

Um zu verhindern, dass durch genannte Ortsnamen, Personennamen oder andere beschreibende Details Rückschlüsse auf die ForschungsteilnehmerInnen gezogen werden können, wurde eine Anonymisierung der Transkripte durchgeführt. Ebenso wurde in der Auswertung auf Beschreibungen verzichtet, die – insbesondere für feldaffine Le-

serInnen – eine Identifizierung der befragten Personen ermöglichen könnten. Aus diesem Grund wurde auch von einer Aufnahme der Transkripte in den Anhang dieser Arbeit Abstand genommen. Sie können auf Rückfrage eingesehen werden.

#### **3.1.4 Probleme und Herausforderungen im Verlauf der Forschung**

Bereits bei der Suche nach Einrichtungen, die sich dazu bereiterklären an der Erprobung des Dokumentationssystems mitzuwirken, zeigten sich die ersten Schwierigkeiten. Dies lag allerdings nicht am fehlendem Interesse oder mangender Bereitschaft zur Teilnahme bei den angefragten Höfen. Vielmehr stellte sich der Spätherbst als ein ungeeigneter Zeitpunkt für eine Erhebung bei TGI-Einrichtungen heraus. Einige Höfe haben zu dieser Jahreszeit nur ein reduziertes Programm oder sogar komplett Winterpause, da es vielen KlientInnen im Herbst und Winter zu kalt und ungemütlich ist. Dieser Zeitpunkt im Jahr wird von den Höfen für Umstrukturierungen, Umbauten oder zur Entwicklung und Erprobung neuer Angebote genutzt. Die Evaluation eines Dokumentationsbogens war für die betroffenen Höfe also mangels KlientInnen oder Zeit nicht realisierbar. Andere Höfe waren so stark ausgelastet, dass sie sich ebenfalls nicht in der Lage gesehen haben zu diesem Zeitpunkt an der Erprobung teilzunehmen. Positiv ist zu werten, dass die Idee von allen angefragten Einrichtungen gutgeheißen wurde.

Bei den ExpertInnen stellte die große Entfernung das Hauptproblem dar. Da diese in ganz Europa verteilt leben, war es leider nicht möglich mit allen ein Face-To-Face-Interview zu führen. Aus diesem Grund wurde telefonisch interviewt.

Des Weiteren stellte sich die Erstellung der Kategorien als Herausforderung dar. Da nicht abzusehen war, wie die UntersuchungsteilnehmerInnen auf das Dokumentationssystem reagieren würden, mussten Kategorien gebildet werden, welche vorab für die Überarbeitung des Systems als nützlich erachtet wurden. Dabei war nicht klar, ob die Antworten der Befragten in diese einzuordnen sein würden.

### **3.2 Erstellung des Dokumentationssystems**

Anhand der in Kapitel 2.3 gewonnen Erkenntnisse wurde ein Dokumentationssystem entwickelt, welches dann zur Testung an TGI-Einrichtungen sowie Green Care-ExpertInnen versandt wurde. In den folgenden Kapiteln werden die Entstehung des

Dokumentationssystems und die zugrunde liegenden Gedanken den LeserInnen näher gebracht.

### 3.2.1 Die Handreichung

Um den NutzerInnen des Dokumentationssystems den Einstieg zu erleichtern und eventuell auftretende Fragen zu beantworten, wurde eine Handreichung, eine Art Gebrauchsanweisung, verfasst (siehe Anhang 2). In dieser wird ausführlich erklärt, wie das Dokumentationssystem genutzt werden kann bzw. soll, worauf zu achten ist und wo Gefahren lauern. Es verfügt über Grafiken und einfache Texte, die den NutzerInnen helfen sollen, sich im Dokumentationssystem zurecht zu finden.

### 3.2.2 Das Stundenbild

Im (sozial-)pädagogischen und therapeutischen Bereich hat es sich als hilfreich erwiesen, wenn im Vorfeld einer Einheit eine gute Vorbereitung seitens der (Sozial-)Pädagogen und Therapeuten stattfindet. Hier haben sich sogenannte Stundenbilder als wichtiges Hilfsmittel erwiesen und gelten mittlerweile in einigen Bereichen sogar als Standard. Ein Stundenbild fasst die wichtigsten Infos und Inhalte für die nächste Einheit zusammen und hilft dabei den Überblick zu behalten, welche Vorbereitungen bereits getroffen wurden und welche noch durchzuführen sind. Gemeinsam mit dem Dokumentationsbogen bildet das Stundenbild ein in sich geschlossenes Dokumentationssystem.

Datum: .....	<input type="checkbox"/> Einzeleinheit	geplante EH: .....
Uhrzeit: .....	<input type="checkbox"/> Gruppeneinheit	heute: .....
TeilnehmerInnen: .....		
Thema der Einheit: .....		

Abbildung 3: Kopfteil „Dokumentation - Teil 1“

Um dem zu entwickelnden Dokumentationssystem diese Form zu geben, wurde ebenfalls ein Stundenbild entworfen (siehe Anhang 3). Auf der ersten Seite wird festgehalten, wann die Einheit stattfindet, wer zu der Einheit erwartet wird (Gruppen- oder Einzeleinheit sowie Namen der KlientInnen), wie viele Einheiten für die Person bzw. die Gruppe geplant sind und um die wievielte Einheit es sich an diesem Tag handelt (siehe Abbildung 3). Zur schnelleren Übersicht kann jede Einheit optional einem frei wählbaren Thema zugeordnet werden (siehe Abbildung 3). Dies kann beispielsweise bei der Erstellung eines Zwischen- oder Abschlussberichtes von Vorteil sein.

Methodisch- didaktisches	
Material/Medien	
Schauplatz	
Tiere/Pflanzen	
Team	

Stand: 11.10.2014 Seite 2 von 2

Abbildung 4: Raster „Dokumentation - Teil 1“

Die Kernpunkte des Stundenbildes sind: Ziel der Einheit, geplanter Verlauf, Art und Weise der Arbeit (Methodik und Didaktik), benötigte Materialien und/oder Medien, Ort der Durchführung, Tiere und Pflanzen die zum Einsatz kommen sollen und

eventuell zusätzlich bei der Durchführung benötigte Hilfe – zum Beispiel durch KollegInnen, TiertrainerInnen, PraktikantInnen (siehe Abbildung 4). Diese werden in die dafür vorgesehenen Felder stichwortartig eingetragen.

### **3.2.3 Der Dokumentationsbogen**

Wie in den Kapiteln 2.2 und 2.3 beschrieben, können durch das Anlegen einer Dokumentation verschiedene Ziele verfolgt werden. Der Zweck der Dokumentation bestimmt dabei die Erhebungsmethode. In den für Green Care relevanten Professionen – hierzu zählen unter anderem Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziale Arbeit und Therapie – haben sich im Laufe der Zeit den Bedürfnissen entsprechende Systeme zur Datenerhebung entwickelt. Diese sind unterschiedlich ausführlich bzw. aufwendig, stellen verschiedene Aspekte in den Vordergrund und sind speziell auf das jeweilige Arbeitsfeld abgestimmt. Grundsätzlich kann man drei Methoden unterscheiden:

Bei einer freien Dokumentation werden Beobachtungen und Gedanken bei jedem Kontakt mit den PatientInnen bzw. KlientInnen in Stichworten oder Fließtext von den AnbieterInnen niedergeschrieben. Aus diesen Informationen können zu einem späteren Zeitpunkt positive und negative Entwicklungen abgelesen werden. Sie dienen oft als Grundlage für die Erstellung von Zwischen- oder Abschlussberichten. Diese Form der Dokumentation ist im medizinischen, therapeutischen und sozialen Bereich Standard.

Die Fragebogen gestützte Dokumentation hingegen legt bereits vor dem Kontakt fest, welche Punkte beobachtet werden sollen. Sie sind meist auf eine konkrete Problemstellung ausgerichtet. Die Fragen können offen gestellt sein, sodass sie mit einem freien Text beantwortet werden können, oder bereits Antwortmöglichkeiten in Form einer Skala vorgeben. Aufgrund der schnellen Beantwortbarkeit der Fragen, durch das Setzen von Kreuzen, ist diese Form der Dokumentation insbesondere aus dem QM/QS-Bereich, meist zur KundInnen- und MitarbeiterInnenbefragung, bekannt. Immer häufiger wird sie aber auch in psychologischen Arbeitsfeldern, zur PatientInnenbefragung, eingesetzt.

Die dritte Möglichkeit stellt ein Reflexionsgespräch dar. Hier besprechen am Ende eines jeden Treffens AnbieterIn und KlientIn die Ereignisse. Inhalt können positive wie negative Erlebnisse, Fortschritte, Vergleiche zu vergangene Treffen oder auch Wünsche für die nächsten Einheiten sein. Das Besprochene wird schriftlich festgehalten. Diese Art der Dokumentation wird insbesondere im therapeutischen Bereich angewandt.

Für das vorliegende Dokumentationssystem wurden folgende Überlegungen angestellt. Durch das angestrebte Ziel, mithilfe der gewonnen Erkenntnisse KostenträgerInnen die Entwicklung der KlientInnen darzulegen, muss es möglich sein, Informationen daraus zu gewinnen, welche den zuständigen Personen vorgelegt werden können. Da es sich bei den KostenträgerInnen meist um Versicherungen, Krankenkassen oder diverse Ämter und Behörden (Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Arbeitsmarktservice) handelt, welche, so hat die Erfahrung gezeigt, insbesondere Zahlen, Statistiken und Grafiken befürworten, ist es sinnvoll eine Dokumentationsmethode zu wählen, mithilfe derer Zahlen generiert werden können. Dies spricht für eine standardisierte Form, also einen Fragebogen, welcher vorher festgelegte Parameter abfragt, die anhand einer Skala beurteilt werden können. Ebenso spricht dafür, dass die AnbieterInnen die Bögen der einzelnen Einheiten miteinander vergleichen können und hierdurch rasch einen Überblick bekommen können, in welchen Bereichen sich die Parameter verändert haben. Dadurch ist es ihnen auch möglich, zeitnah auf starke Schwankungen zu reagieren. Diese Form der Dokumentation bietet weiterhin die Möglichkeit, die Fragen so zu formulieren, dass die AnbieterInnen die Einheit beurteilen oder die KlientInnen selbst – sofern sie in der Lage dazu sind – den Bogen ausfüllen. Da die Zeit für jede Einheit aber schon sehr knapp bemessen ist und für die KlientInnen nicht noch weiter verkürzt werden soll, wird bei der Erstellung der Dokumentation davon ausgegangen, dass die AnbieterInnen den Bogen ausfüllen. So bleibt den KlientInnen mehr Zeit „am Tier“ und die AnbieterInnen können die Dokumentation in ihrer Nachbereitungszeit durchführen.

Im Zuge des Studiums wurde ein von Frau Dr. Walburga Siebenhofer entwickeltes Dokumentationssystem vorgestellt. Dieses soll als Grundlage für das zu entwi-

ckelnde Dokumentationssystem dienen. Auffallend bei dem bestehenden Dokumentationsbogen ist, dass es einige Punkte gibt, die sehr speziell sind und bei den meisten KlientInnen wahrscheinlich nur eine untergeordnete oder gar keine Rolle spielen (z.B. Item 50: „hoher Blutdruck“ – vgl. Anhang 1, S. 2). Diese wurden deshalb herausgefiltert, noch einmal genau betrachtet und abgeändert oder weggelassen. Insbesondere die unter der Rubrik „weiterer Wirkungskreis“ gefassten Items betreffen zum Teil Bereiche, die nicht direkt in der Einheit beobachtet werden können und wurden deshalb nicht in das neue Dokumentationssystem aufgenommen. Fraglich ist auch, ob das Verhalten des Tieres (vgl. Anhang 1, S. 3) abgefragt werden muss. Es ist zwar zu vermuten, dass aus dem Verhalten des Tieres Rückschlüsse die KlientInnen betreffend gezogen werden können, allerdings scheint hier der Interpretationsspielraum zu groß, weshalb dieser Teil ebenfalls nicht übernommen wurde. Des Weiteren wurde auf eine Einteilung der Items in Kategorien, wie sie in der Vorlage zu finden ist (vgl. Anhang 1, S. 1-2), verzichtet. Zum einen, da sich bei einigen Punkten eine Zuordnung zu einer Kategorie als schwierig erwies, zum anderen, da so der Umfang des gesamten Bogens reduziert werden konnte. Letztendlich wurden 45 Items ausgewählt, welche abgefragt werden sollen (siehe Tabelle 1). Sie sind, im Gegensatz zur Vorlage, nicht nur als einzelnes Wort angeführt, sondern vervollständigen immer den Satz „Der/die KlientIn...“, da dies vom Sprachgefühl angenehmer ist. Zusätzlich wurden Leerfelder für eigene Punkte eingefügt, die von den AnbieterInnen bei Bedarf ergänzt werden können.

Für die Bewertung der Items wurde bei der Vorlage ein System mit fünf Stufen gewählt (siehe Anhang 1, S. 1). Beginnend mit dem Wert „0“ (= nie, sehr schlecht) steigert sich die Bewertung bis „4“ (=immer, sehr gut). Die Einteilung in fünf Stufen scheint sehr praktikabel, weshalb diese auch in das neue Dokumentationssystem übernommen wurde. Allerdings wurde die Verwendung einer absteigenden Skala von 1 bis 5 gewählt (siehe Tabelle 2), da diese den meisten Menschen aus dem Schulnotensystem bekannt und geläufig ist.

war aufmerksam	war konzentriert
hat Ablenkungen widerstanden	hat durchgehalten
war motiviert	hat sich motivieren lassen
war aktiv	war geduldig
war mit Spaß bei der Sache	war kooperativ
hat selbständig gehandelt	hat Initiative ergriffen
ist selbstbewusst an Dinge herangegangen	hat sich in die Gruppe integriert
hat eine oppositionelle Haltung eingenommen	hat Kontakt aufnehmen können
hat Blickkontakt aufgenommen	hat Blickkontakt halten können
hat mit dem Tier interagiert	war empathisch
hat mit einer Person (über das Tier) interagiert	hat gesprochen
hat Mimik zur Kommunikation eingesetzt	hat Gestik zur Kommunikation eingesetzt
konnte eine Unterhaltung führen	konnte auf mehreren Ebenen kommunizieren
hat das Tier mithilfe einer Bürste etc. berührt	hat Körperkontakt mit dem Tier zugelassen
hat Gefühle gezeigt	konnte seine Gefühle benennen/bewusst zum Ausdruck bringen
hat Körperkontakt mit anderen Personen zugelassen	konnte sein Nähe-Distanz-Verhalten kontrollieren
war beweglich	war mobil
hat grobmotorische Anforderungen erfüllen können	hat feinmotorische Anforderungen erfüllen können
war unruhig	war traurig
zeigte Angst	war depressiv
verhielt sich aggressiv	zeigte autoaggressives Verhalten
hat sich zurückgezogen	verhielt sich abwartend
zeigte destruktives Verhalten	

Tabelle 1: Items für „Dokumentation - Teil 2“

Damit bei der Dokumentation die Individualität der KlientInnen nicht untergeht, wurden am Anfang und am Ende des Dokumentationsbogens zusätzliche Anmerkungs-felder geschaffen (siehe rote Markierungen Abbildung 5), in denen die AnbieterInnen einen freie Text formulieren können. Diese bieten Raum für Beobachtungen, die durch die Items nicht abgefragt werden, Anmerkungen zu den Items und eigene Gedanken. Eintragungen in diese können die Ergebnisse, die die Items liefern, zusätzliche erklären und untermauern, aber auch ganz neue Aspekte liefern.

1 = immer, sehr gut	2 = oft, gut	3 = manchmal, befriedigend
4 = selten, schlecht	5 = nie, sehr schlecht	

Tabelle 2: Bewertungssystem für „Dokumentation - Teil 2“



Name: .....	geplante EH: .....							
Datum: .....	heute: .....							
<input type="checkbox"/> Einzeleinheit <input type="checkbox"/> Gruppeneinheit								
<b>Gab es heute besondere Vorkommnisse oder Auffälligkeiten?</b>								
<b>Inwiefern treffen die Aussagen für die heutige Einheit(en) zu?</b>								
(1 - sehr gut, immer; 2 - gut, oft; 3 - befriedigend, manchmal; 4 - schlecht, selten; 5 - sehr schlecht, nie)								
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>55</td></tr> <tr><td>56</td></tr> </table>	55	56	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5
55								
56								
1	2	3	4	5				
<b>Anmerkungen</b>								

Abbildung 5: Textfelder für freie Dokumentation in „Dokumentation - Teil 2“

### 3.3 Auswertung der Interviews

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Interviews nach Themen geordnet dargestellt. Als erstes werden allgemeine Aussagen der Befragten (Kapitel 3.3.1) wiedergegeben, bevor dann detailliert auf deren Meinungen zu den einzelnen Teilen des Dokumentationssystems – zur Handreichung (Kapitel 3.3.2), zum Stundenbild (Kapitel 3.3.3) sowie zum Dokumentationsbogen (Kapitel 3.3.4) – eingegan-

gen wird. Anschließend werden die Gedanken der ExpertInnen zur Wissenschaftlichkeit des Dokumentationsbogens (Kapitel 3.3.5) und der Frage, ob eine EDV gestützte Umsetzung als sinnvoll erachtet wird (Kapitel 3.3.6) herausgearbeitet.

### 3.3.1 Allgemeines

Die Idee zur Entwicklung eines Dokumentationssystems wurde durchweg von allen Befragten positiv bewertet, auch wenn es einige Einschränkungen und Anmerkung dazu gab. So wird das vorliegende System durchaus als „sehr wertvolle und ausführliche Grundlage, die man [...] für das entsprechende Feld sehr gut abwandeln kann“ (vgl. Interview 7: Abs. 14) bezeichnet, mit welcher gerne gearbeitet werden würde, sofern Anpassungen vorgenommen werden (vgl. Interview 4: Abs. 122). Gerade für AnbieterInnen, die noch über kein Dokumentationssystem verfügen, insbesondere NeueinsteigerInnen, wird es als eine sehr nützliche Grundlage gesehen (vgl. Interview 1: Abs. 33; Interview 7: Abs. 58). Aber auch die befragte Person in Interview 4, welche schon lange im Feld der TGI arbeitet, freue sich sehr, wenn sie etwas Brauchbares an die Hand bekomme (vgl. Abs. 126).

Beim vorliegenden Dokumentationssystem wird unter anderem bemängelt, dass die KlientInnen nicht ausreichend in die Reflexion miteinbezogen werden würden (vgl. Interview 3: Abs. 4). Da es aber darum gehe, wie diese sich selbst erleben, sollten sie mehr in die Dokumentation eingebunden werden. Hätten sie mehr Einfluss auf diese, würden sie auch mehr Verantwortung für den ganzen Prozess übernehmen (vgl. Interview 6: Abs. 16, 18). Schließlich gehe es bei Green Care darum, dass die KlientInnen ihre selbstgesteckten Ziele erreichen, nicht die von AnbieterInnen oder GeldgeberInnen vorgegebenen (vgl. Interview 6: Abs. 16).

Von den Befragten in Interview 4 (vgl. Abs. 9) und Interview 8 (vgl. Abs. 37) wurde es als angenehm empfunden, dass keine übertriebenen Datenmengen abgefragt und produziert werden, sondern das Dokumentationssystem knapp gehalten wurde. Der Umfang sei passend (vgl. Interview 4: Abs. 27). Andere Befragte hingegen sind der Meinung, dass es für die Dokumentation einzelner Spezifika zu ausführlich und somit nicht für die tägliche Arbeit, sondern eher für eine Studie brauchbar ist (vgl. Interview 1: Abs. 69; Interview 3: Abs. 55-58). Der Einstieg in die Arbeit mit dem

Dokumentationssystem war für die meisten Interviewten kein Problem, da sie es als einfach, prägnant, gut verständlich und selbsterklären empfunden haben (vgl. Interview 1: Abs. 29; Interview 3: Abs. 67, 69; Interview 4: Abs. 25, 73; Interview 7: Abs. 54, 56).

Als verbesserungswürdig angesehen wurde von einigen Interviewten auch, dass der Platz zum Ausfüllen und für Anmerkungen in allen Teilen des Dokumentationssystems sehr eng bemessen sei, was die Gefahr berge, dass man es nicht gerne nutze (vgl. Interview 4: Abs. 9, 12; Interview 9: Abs. 48). Jedoch teilten nicht alle Befragten diese Meinung. So wurde das Dokumentationssystem in Interview 7 als sehr übersichtlich erachtet (vgl. Abs. 54).

In Interview 1 wird vorgeschlagen das Dokumentationssystem, um es abzurunden, durch einen Anamnesebogen zu ergänzen (vgl. Abs. 9). Auch in Interview 8 wird angeregt einen Vorher- und einen Nachherbogen zu entwickeln, um einen Vergleich zu haben (vgl. Abs. 7, 9).

Die Wirkung von Tiergestützter Intervention, oder Green Care allgemein, sei schwer zu messen, da es zu viele Aspekte gibt, die hierauf einen Einfluss haben könnten (vgl. Interview 6: Abs. 6). Man könne bei allen KlientInnen unterschiedlich handeln und trotzdem das gleiche Ziel erreichen, bzw. umgekehrt bei allen gleich arbeiten und das Ziel bei einigen nicht erreichen (vgl. Interview 6: Abs. 6). Dies liege daran, dass jeder Mensch individuell sei und anders auf eine Intervention reagiere (vgl. ebd.). Hinzu komme, dass die KlientInnen eine Einheit durch ihr Verhalten mitgestalten und sie somit ein entscheidender Faktor seien, ob eine Intervention erfolgreich ist oder nicht (vgl. Interview 6: Abs. 16). Darüber hinaus sei bei der TGI weniger von Bedeutung wie die AnbieterInnen arbeiten, sondern wie die Tiere auf die KlientInnen wirken und dies hänge eben zu einem wesentlichen Teil vom Tier ab (vgl. Interview 6: Abs. 12). Aber nicht nur die KlientInnen und Tiere, sondern auch die Tiergestützte Intervention an sich sei von Einheit zu Einheit so individuell, dass es die große Herausforderung der Wissenschaft sei, den gemeinsamen Nutzen herauslesbar zu machen (vgl. Interview 6: Abs. 26). Dies werde aber dadurch erschwert, dass die Ergebnisse von TGI nicht auf eine Intervention oder einen spezi-

ellen Teil einer Intervention bezogen werden könnten, sondern bisher nur der positive Einfluss von Green Care im Ganzen auf die KlientInnen zu erkennen sei (vgl. Interview 6: Abs. 14). Ursache hierfür sind die bisher noch fehlenden Erkenntnisse darüber, in welchen Bereichen Tiergestützte Intervention konkret wirke (vgl. Interview 2: Abs. 18). Deshalb müsse die Forschung den Effekt Tiergestützter Intervention, welcher in dieser selbst liege, erst noch kommunizierbar machen (vgl. Interview 6: Abs. 26). Dass Green Care und Tiergestützte Intervention aber immer wirken, wenn auch oft im Verborgenen, steht für die befragte Person in Interview 6 außer Frage (vgl. Abs. 18).

Die befragte Person in Interview 6 sieht eine große Schwierigkeit in der Vergleichbarkeit der Angebote, da die Entwicklungsschritte von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich seien (vgl. Abs. 14). Außerdem sei Green Care eine „alternative Geneseweise“, welche nicht nur auf ein oder zwei spezifische Dinge Einfluss nehme, sondern mehrdimensional auf die Heilungskraft im Menschen selbst wirke (vgl. Abs. 14). Green Care unterstütze die KlientInnen dabei sich selbst zu heilen (vgl. Abs. 14). Hinzukomme, dass die Ergebnisse von TGI oft erst nach einer Weile wahrgenommen werden könnten (vgl. Abs. 14). Dies alles mache es sehr schwer Green Care und seine Wirkung in Zahlen darzustellen (vgl. Abs. 16). Eine „klinische Erfassung“ berge die Gefahr, dass die tatsächliche Wirkung untergehe (vgl. Abs. 12). Man müsse eine eigene Sprache entwickeln, welche die Faktoren, die einen Prozess fördern und unterstützen, besser beschreiben könne (vgl. Abs. 16).

Dabei dürfe aber nicht vergessen werden, dass Qualitätsmanagement nie genau gleich aussehe, weshalb auch immer Evaluation und Dokumentation unterschiedlich wären (vgl. Interview 9: Abs. 4). Außerdem müsse beachtet werden, dass sich gute Qualität im Green Care Bereich dadurch auszeichne, „dass der Mensch in sich selbst gesund wird und nicht irgendwo ein Standard liegt, der über normal und abnormal entscheidet.“ (vgl. Interview 6: Abs. 18) Entscheidend sei die Frage danach was den KlientInnen hilft (vgl. Interview 6: Abs. 2).

Um entscheiden zu können wie ein Dokumentationsbogen konkret aussehen solle, müsse klar sein was das Ziel ist – ob er zur Dokumentation der eigenen Arbeit dienen soll oder als Werkzeug zur Qualitätskontrolle bzw. zum Vergleich mit anderen

Angeboten (vgl. Interview 6: Abs. 26, 29). Der Sinn der Dokumentation entscheide darüber, wie sie aussehe und von welcher Seite sie umgesetzt wird (vgl. Interview 9: Abs. 4, 6, 22). Damit alle AnbieterInnen vom Dokumentationssystem profitieren könnten, müsse die komplette Bandbreite der TGI abgedeckt werden (vgl. Interview 2: Abs. 32), was mit einem einzigen Instrument aber nicht realisierbar ist (vgl. Interview 5: Abs. 2). Auch sei eine Kombination von Datenerhebung für Forschungszwecke und Dokumentation zur Qualitätssicherung mit einem Instrument nahezu unmöglich (vgl. Interview 5: Abs. 32), da man die wissenschaftlichen Anforderungen, die an ein Datenerhebungstool gestellt werden, nicht außeracht lassen dürfe (vgl. Interview 2: Abs. 58). Denn Dokumentation nur der Dokumentation wegen, trage keine Früchte (vgl. Interview 6: Abs. 8) und berge die Gefahr, dass „totes Papier“ produziert werde (vgl. Abs. 6). Vielmehr müsse man wissen, wozu dokumentiert werde und hinter der Dokumentation stehen (vgl. Abs. 8). Die Dokumentation müsse den Menschen etwas „erzählen“, womit sie auch etwas anfangen können (vgl. Abs. 18).

In Interview 6 wird angemerkt, dass es sinnvoll sei, eine nach außen gerichtete Dokumentation – also für die KundInnen – einheitlich zu gestalten, um einen besseren Überblick zu verschaffen (vgl. Abs. 10). Denn gerade kleine Betriebe könnten sich durch gute Qualität von großen Einrichtungen abheben (vgl. Abs. 4). Dies habe allerdings den Nachteil, dass meist nur auf das Ergebnis geachtet werde und deshalb die – oft aber viel wichtigeren – Zwischenschritte nicht beachtet würden (vgl. Abs. 10). Außerdem laufe man Gefahr, dass bei einer einheitlichen Dokumentation „Äpfel mit Birnen verglichen werden [würden]“ (Abs. 10). Eine Dokumentation zur Messung der eigenen Arbeit sollte hingegen individuell sein (vgl. Abs. 10).

InterviewpartnerIn 9 ist der Meinung, dass nicht jede Einrichtung ihr eigenes Dokumentationssystem brauche (vgl. Abs. 12, 14), da Dokumentation immer ein Kompromiss sei (vgl. Abs. 8).

In Interview 9 wird angemerkt, dass man mit einem solchen Angebot eines Dokumentationssystems wohl nie alle erreichen werde, oft aber später doch noch viele, die derzeit kein Interesse daran haben, darauf zurückgreifen würden. Ein Grund

dafür sei, dass einige erst zu einem späteren Zeitpunkt die Bedeutung von Dokumentation erkennen und feststellen würden, dass sie hilfreich ist (vgl. Interview 9: Abs. 28). Ein möglicher Vorteil wäre zum Beispiel, dass Dokumentation die Akzeptanz bei den StakeholderInnen und potentiellen KundInnen fördern könne (vgl. Interview 6: Abs. 16).

Einig waren sich die Befragten in dem Punkt, dass eine fortlaufende Überprüfung der Qualität der eigenen Arbeit unbedingt notwendig sei (vgl. z.B. Interview 6: Abs. 8; Interview 9: Abs. 4, 6). Denn die stete Weiterentwicklung der Qualität wäre ein wichtiges Zeichen derselben (vgl. Interview 2: Abs. 4). Dokumentation, als Teil von Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement, nehme dabei eine wesentliche Rolle ein (vgl. Interview 2: Abs. 4, 6; Interview 5: Abs. 4; Interview 9: Abs. 10). Sie sei als Grundlage für Qualitätssicherung und –management sinnvoll und lohnend (vgl. Interview 3: Abs. 60). Die gute Vorbereitung jeder einzelnen Einheit sowie die Dokumentation dieser wären wesentlicher Bestandteil und würden zur Überprüfung und Sicherung der eigenen Arbeit beitragen (vgl. Interview 2: Abs. 14, 16). Es wird darauf hingewiesen, dass es wichtig sei, die Dokumentation so kurz wie möglich und dennoch so genau wie nötig zu halten (vgl. Interview 2: Abs. 12; Interview 5: Abs. 34; Interview 8: Abs. 39). Das bedeutet, sie muss im Anschluss an die Einheit sehr schnell auszufüllen sein (vgl. Interview 2: Abs. 30; Interview 5: Abs. 32, 34). Insbesondere im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Leistbarkeit ist dies von großer Bedeutung. Würde sie zu viel Zeit beanspruchen, wäre sie nicht mehr wirtschaftlich und somit auch nicht mehr nützlich, sondern würde die AnbieterInnen in ihrer Arbeit behindern (vgl. Interview 2: Abs. 12; Interview 7: Abs. 28; Interview 9 Abs. 8). In diesem Fall wäre sie für die meisten Green Care Angebote nicht mehr leistbar (vgl. Interview 6: Abs. 2). Sie müsse außerdem so gestaltet sein, dass man sie gerne verwende (vgl. Interview 6: Abs. 26). Folglich könne es durchaus sinnvoll sein, bewusst nur wenige, relativ weit gefasste Fragen vorzugeben, denn Material erhalte man in den meisten Fällen trotzdem genug (vgl. Interview 6: Abs. 18).

Es wird von den Befragten aber auch darauf hingewiesen, dass die Absichten der AnbieterInnen Qualitätsmanagement zu betreiben sehr unterschiedlich sein können (vgl. Interview 9: Abs. 28). Dabei würden die Gründe aber nicht immer plausibel

erscheinen (vgl. Interview 6: Abs. 4). Qualitätsmanagement müsse die Kernqualitäten der Angebote messen, dafür das Feedback der KlientInnen als zentrales Kriterium betrachten und dürfe sich nicht nach dem Mainstream richten (vgl. Interview 6: Abs. 4). So dürfe Qualitätsmanagement nicht nur umgesetzt werden, um damit gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden oder um Berichte für die GeldgeberInnen den Vorgaben entsprechend formulieren zu können (vgl. ebd.). Die Berichte müssten zwar durchaus den Anforderungen des Systems entsprechen, sollten aber im besten Fall als Kontrollwerkzeug für die AnbieterInnen dienen (vgl. Abs. 6).

Einerseits sei es zwar wichtig Gesetze, anerkannte Richtlinien, klare Rahmenbedingungen und gute Strukturen zu haben, damit man Qualitätsmanagement sinnvoll umsetzen könne (vgl. Interview 9: Abs. 4, 12), andererseits müssten die Systeme unabhängig und authentisch sein, dürften also nicht von Fördergeldern oder Anerkennungen abhängen (vgl. Interview 6: Abs. 4). Um die Authentizität der Angebote zu erhalten, dürfe Qualitätsmanagement nicht von oben diktiert werden, sondern müsse von den AnbieterInnen selbst initiiert werden (vgl. Interview 9: Abs. 4, 28). Wichtig sei es demnach, die AnbieterInnen vom Nutzen zu überzeugen, da das Vorschreiben von Dokumentation mit großer Wahrscheinlichkeit auf Widerstand stoßen würde und somit nicht zielführend sei (vgl. Interview 9: Abs. 12, 14). Wer Qualitätsmanagement nämlich ernst nehme, messe tatsächlich Qualität und kontrolliere sie in jenen Bereichen, die für das Angebot oder die KlientInnen von Bedeutung sind, viel genauer als vom Gesetzgeber, Zertifizierungskomitee oder ähnlichem vorgegeben (vgl. Interview 6: Abs. 4). Dennoch sei eine gemeinsame Messlatte zur Beurteilung von Qualität für die TGI ein wichtiger Schritt (vgl. Interview 6: Abs. 12).

Hier stellen die Befragten in den Raum, dass man sich im Zuge der Findung und Formulierung einer solchen Messlatte klar darüber werden müsse, wer diese Standards und damit einhergehend die Evaluations- bzw. Dokumentationsbögen entwickle (vgl. Interview 9: Abs. 4). Darüber hinaus müsse man sich überlegen, wer Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in den Betrieben dann umsetzen soll (vgl. Interview 9: Abs. 2). Entscheidend sei vor allem die Umsetzung. Diese könne zum Beispiel durch ein unabhängiges Beratungszentrum oder ähnliches erfolgen,

welches Qualitätsmanagement-, Qualitätssicherungs- bzw. Dokumentationssysteme entwickelt und gemeinsam mit den AnbieterInnen individuell auf deren Bedürfnisse anpasst (vgl. Interview 9: Abs. 4, 6, 14, 22). Dabei sollte aber vermieden werden, dass es zu einer Doppelrolle komme, weshalb zum Beispiel das ÖKL als Zertifikatssteller nur bedingt dafür geeignet wäre (vgl. Interview 6: Abs. 12).

Man müsse zum Beispiel auch heute bereits, um das ÖKL-Siegel zu erhalten, ein Mindestmaß an Qualität garantieren (vgl. Interview 2: Abs. 2). So gebe das Qualitätshandbuch des ÖKL objektive Kriterien vor, wodurch die Angebote miteinander vergleichbar gemacht würden (vgl. ebd.). Es fordere unter anderem schon eine Dokumentation der Einheiten, damit eine Förderung, wie sie das Land Salzburg bietet, überhaupt beantragt werden könne (vgl. Abs. 6). Diese umfasse die Eckdaten – wie zum Beispiel Datum, Namen der KlientInnen, ob es sich um ein Gruppen- oder ein Einzelangebot gehandelt hat – eine Befragung der KlientInnen zur Zufriedenheit und eine kurze freie Dokumentation zum Programm, den Methoden sowie den Materialien (vgl. Abs. 8).

### **3.3.2 Handreichung**

Die Handreichung wurde von einigen Befragten nur überflogen und nicht tatsächlich für die Auseinandersetzung mit dem Dokumentationssystem genutzt. So waren zum Beispiel die Befragten in Interview 1 (vgl. Abs. 29) und Interview 3 (vgl. Abs. 73, 74) der Meinung, dass sie überhaupt nicht nötig gewesen wäre. Als Backup, falls man sich unsicher sei, mache sie aber durchaus Sinn (vgl. Interview 4: Abs. 67). Die Befragten, die sich ausführlicher mit der Handreichung beschäftigt haben, waren sich einig, dass sie sehr anschaulich, gut verständlich und eine Hilfe war (vgl. Interview 4: Abs. 69; Interview 7: Abs. 14). Auch ihr Umfang wurde als angemessen empfunden (vgl. Interview 7: Abs. 14).

### **3.3.3 Stundenbild**

Bei den Interviews zeigte sich, dass die Meinungen über die Notwendigkeit eines Stundenbildes und dessen Umsetzung zum Teil sehr weit auseinandergehen. So wird in Interview 3 ein Stundenbild nur dann als sinnvoll erachtet, wenn die KlientIn-



nen mit einem konkreten Ziel zur Einheit kommen und dieses optimaler Weise bereits im Vorfeld mit den AnbieterInnen besprochen haben (vgl. Abs. 41). Bei der Vorbereitung der Einheit sollten somit hauptsächlich die Wünsche der KlientInnen berücksichtigt werden (vgl. Abs. 33-39). Da sich die Bedürfnisse der KlientInnen aber ändern können und eine Einheit sich immer entwickle, spielten vor allem die zu Beginn der Einheit benannten und die im Laufe der Einheit auftretenden Wünsche die entscheidende Rolle (vgl. ebd.). Als krasser Gegensatz hierzu wird in Interview 2 das Stundenbild als wichtiges Qualitätskriterium und deshalb als unverzichtbar betrachtet (vgl. Abs. 16). Die AnbieterInnen würden durch das Stundenbild dazu angehalten, ihre Arbeit gut zu durchdenken und somit nicht unvorbereitet in eine Einheit zu gehen, was ein Zeichen für Qualität sei (vgl. Abs. 14).

Die meisten anderen Befragten erachten ein Stundenbild ebenfalls als gut und wichtig. Das vorliegende Stundenbild halten sie für gut anwendbar und vollständig (vgl. Interview 4: Abs. 12; Interview 5: Abs. 12; Interview 8: Abs. 9). Dennoch gibt es Verbesserungs- und Optimierungsvorschläge. So wird der Kopfteil in Interview 8 als zu ausführlich bezeichnet (vgl. Abs. 9), in Interview 5 hingegen werden weitere Angaben zur Gruppengröße (vgl. Abs. 30) und dem Alter der KlientInnen (vgl. Abs. 32) gewünscht. Das Feld „Thema der Einheit“ wurde in Interview 8 lobend erwähnt, da es nach Meinung der befragten Person gut für den Überblick ist und bei der Vorbereitung als Orientierungspunkt dient (vgl. Abs. 11). In Interview 5 wurde ein Feld vermisst, welches die zugrundeliegenden Störungsbilder abfragt (vgl. Abs. 12), außerdem wurde angemerkt, dass die Begriffe „Methodik“ und „Didaktik“ für weniger versierte NutzerInnen Verständnisprobleme hervorrufen könnten (vgl. Abs. 16, 22). Es wird deshalb die Verwendung anschaulicherer Begriffe oder eine sehr ausführliche und gut verständliche Beschreibung der beiden Begriffe in der Handreichung empfohlen (vgl. Abs. 16, 22).

Der vorhandene Platz zum Schreiben ist nach Meinung der Befragten ausreichend, es wird sogar vorgeschlagen, das Stundenbild auf eine Seite zu beschränken (vgl. Interview 7: Abs. 16; Interview 8: Abs. 9). Lediglich in Interview 4 wird angemerkt, dass, je nach Größe der Handschrift, die Felder zu klein sein könnten (vgl. Abs. 9). Ein Vorschlag zur Verkürzung des Stundenbildes ist unter anderem die Möglichkeit

die Felder – insbesondere auf der zweiten Seite – durch Ankreuzoptionen auszutauschen (vgl. Interview 5: Abs. 22). So könnten zum Beispiel bei der Wahl der Tiere Felder mit den am häufigsten in der TGI genutzten Tieren aufgeführt und durch ein Feld zum handschriftlichen Ausfüllen ergänzt werden (vgl. Interview 5: Abs. 14). Die befragte Person in Interview 8 sieht dort ebenfalls Einsparpotenzial, da einige Punkte ihrer Meinung nach weniger Platz benötigen, als sie derzeit haben (vgl. Abs. 11). Unter anderem würde sie eine Verbindung der Punkte *TeilnehmerInnen* und *Team* als praktikabel erachten (vgl. Abs. 11, 13).

### 3.3.4 Dokumentationsbogen

Für den Kopfteil des Dokumentationsbogens wurde angemerkt, dass Felder fehlten, die die Gruppenproblematik bei Gruppeneinheiten abfragen (vgl. Interview 5: Abs. 12), das Wetter als wichtiges Parameter erheben (vgl. Interview 3: Abs. 79) und in welche die Gruppengröße der KlientInnen, sowie Anzahl der Tiere eingetragen werden könne (vgl. Interview 5: Abs. 30). In Interview 8 wurde auf dem Dokumentationsbogen ein Feld vermisst, in welches eingetragen werden kann, was in der Einheit tatsächlich stattgefunden hat (vgl. Abs. 9). Um einen Gesamteindruck von der Einheit festhalten zu können, wird empfohlen, ein Bewertungstool – zum Beispiel mithilfe von verschiedenen glücklichen bzw. traurigen Smileys – am Anfang des Dokumentationsbogens einzubauen (vgl. Interview 4: Abs. 11).

Die Meinungen zu den Anmerkungsfeldern im Dokumentationsbogen sind bei den Befragten zum Teil sehr konträr. So befürworten einige die Möglichkeit, direkt bei den Items Anmerkungen machen zu können und wünschen sich mehr Platz (vgl. Interview 1: Abs. 9, 13; Interview 2: Abs. 44, 46, 50; Interview 8: Abs. 19, 45; Interview 9: Abs. 48). Andere wiederum sind der Meinung, dass die Anmerkungsfelder hinter den Fragen eher stören und die Übersichtlichkeit beeinträchtigen (vgl. Interview 4: Abs. 9, 39; Interview 7: Abs. 42, 44; Interview 9: Abs. 50). In Interview 4 wird deshalb vorgeschlagen für die Items Kategorien zu bilden und nach jeder Kategorie ein Anmerkungsfeld einzufügen (vgl. Abs. 11, 55). Die Befragten in Interview 7 (vgl. Abs. 42, 44) und Interview 9 (vgl. Abs. 48) hingegen sind der Meinung, dass das Anmerkungsfeld am Ende des Dokumentationsbogens ausreichend ist und die Anmerkungsfelder hinter den Items deshalb ersatzlos gestrichen werden können. Die

generelle Möglichkeit eigene Notizen zu machen haben alle Befragten gut geheißen, da sie der Meinung sind, dass eine Beschreibung genauer sei als eine Beurteilung anhand einer Skala (vgl. Interview 6: Abs. 14, 16). Außerdem ermögliche eine Beschreibung der Ereignisse schnelleres Unterstützen bzw. Intervenieren (vgl. Interview 6: Abs. 16, 18). In Interview 9 wurden die Felder für freien Text gar als dringend nötig bezeichnet (vgl. Abs. 18), sowie in den Interviews 4 (vgl. Abs. 9) und 8 (vgl. Abs. 47, 49) darauf hingewiesen, dass sie größer sein müssten um alle Informationen unterzubringen. Allerdings wurde von den meisten angemerkt, dass man das Feld „Besondere Vorkommnisse/Auffälligkeiten“ vom Anfang des Bogens ans Ende stellen und mit dem Anmerkungsfeld zusammenführen könnte (vgl. Interview 8: Abs. 19, 49; Interview 9: Abs. 51). Lediglich in Interview 5 wurde das Feld „Besondere Vorkommnisse/Auffälligkeiten“ als so wichtig erachtet, dass es getrennt aufgeführt werden sollte (vgl. Abs. 24).

Bei der Frage ob eine Dokumentation mithilfe vorgegebener Items, welche anhand einer Skala beurteilt werden, erfolgen kann bzw. soll, gehen die Meinungen bei den Befragten weit auseinander. Als Argumente für eine solche Dokumentation werden die – zumindest gefühlte – Zeitersparnis (vgl. Interview 4: Abs. 51; Interview 5: Abs. 32; Interview 9: Abs. 18), die leichtere Auswertbarkeit und das bessere Sichtbarmachen von Entwicklungen (vgl. Interview 1: Abs. 23; Interview 4: Abs. 4, 53; Interview 7: Abs. 42, 46; Interview 8: Abs. 53), sowie die bessere Vergleichbarkeit der Einheiten (vgl. Interview 4: Abs. 9, 41) genannt. Ein weiterer Vorteil sei, dass bei einer Dokumentation mit Zahlen die Entwicklung auch für Außenstehende leichter nachvollziehbar sei, als bei einem Text (vgl. Interview 4: Abs. 9, 51, 53). Hierfür biete sich die gewählte Fünfer-Skala besonders an, da das Schulnotensystem den meisten bekannt und geläufig ist (vgl. Interview 4: Abs. 9; Interview 5: Abs. 38; Interview 9: Abs. 50). Eine standardisierte Dokumentation könne darüber hinaus einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten (vgl. Interview 2: Abs. 12).

Als wichtigstes Argument gegen eine Dokumentation mithilfe eines solchen Fragebogens wird der Green Care Gedanke genannt (vgl. Interview 3: Abs. 4). Hierzu zählen Individualität und Flexibilität (vgl. Interview 9: Abs. 4), das Verständnis, wel-

ches den Menschen und wie er sich selbst erlebt in den Mittelpunkt stellt (vgl. Interview 6: Abs. 16), sowie der Austausch zwischen KlientInnen und AnbieterInnen als zentrales Merkmal der Zusammenarbeit (vgl. Interview 3: Abs. 44; Interview 6: Abs. 16). Die Gefahr bei einer Dokumentation anhand eines Fragebogens wäre immer, dass die Items vorgeben würden in welche Richtung es geht, was das Ergebnis sein solle und welche Ziele erreicht werden müssten, anstatt dass nur Wahrnehmungen festgehalten werden würden (vgl. Interview 6: Abs. 16). Ein weiteres Argument, welches gegen die Nutzung eines Fragebogens genannt wird, ist, dass die gewählte Umsetzung dazu verleite einen Mittelwert für die Einheit zu wählen, welcher zwar einen Durchschnitt darstelle, nicht aber den Verlauf der Einheit widerspiegle (vgl. Interview 1: Abs. 11; Interview 3: Abs. 5). Dies liege vor allem daran, dass sich die Items oft auf verschiedene Aspekte beziehen würden, die sich im Laufe der Einheit durchaus verändern könnten und deshalb eigentlich mehrfach bewertet werden müssten (vgl. Interview 1: Abs. 11). Darüber hinaus verlange die Bewertungsskala einen hohen Grad an Reflexion, da die Beurteilung, was „gut oder häufig“ bis hin zu „schlecht oder selten“ war, für alle KlientInnen sehr unterschiedlich ist (vgl. Interview 6: Abs. 14). Hinzu komme, dass eine Beurteilung der Items eine sehr subjektive Angelegenheit sei (vgl. Interview 3: Abs. 4; Interview 6: Abs. 14, 26). Dies liege unter anderem daran, dass die Items großen Interpretationsspielraum seitens der AnbieterInnen ließen (vgl. Interview 3: Abs. 4) und dass die Auslegung und Beurteilung derselben von vielen Faktoren abhinge, unter anderem der privaten Situation, Geschehnissen des Tages oder zum Beispiel auch Sympathien bzw. Antipathien (vgl. Interview 6: Abs. 26). Außerdem wird angeführt, dass sich Green Care nur sehr schwer in Zahlen darstellen lasse, da die Wirkungsweise gerade Tiergestützter Intervention sehr komplex und vielschichtig sei (vgl. Interview 6: Abs. 14, 16).

In einigen Interviews wurde darauf hingewiesen, dass man sich deshalb auch noch einmal Gedanken darüber machen müsse, wer die Dokumentation durchführe. Oft würden die KlientInnen viel besser merken, was mit ihnen passiert, als dies eine außenstehende Person beurteilen kann (vgl. Interview 3: Abs. 22; Interview 6: Abs. 18). Außerdem müsse man bedenken, dass eine einseitige Bewertung der Einheit durch die AnbieterInnen wenig aussagekräftig wäre (vgl. Interview 3: Abs. 4), da meistens durch diese bereits eine Interpretation stattfinde (vgl. Interview 6: Abs. 16).

Eine Möglichkeit sehen die Befragten in der Durchführung von gemeinsamen Reflexionen von AnbieterIn und KlientIn, in denen das Empfinden und die Wahrnehmungen der TeilnehmerInnen in der Interaktion mit dem Tier festgehalten werden und gegenseitig Rückmeldung gegeben wird (vgl. Interview 3: Abs. 4, 22, 27; Interview 6: Abs. 6, 18). Dadurch würden die KlientInnen auch mehr in die Gestaltung miteinbezogen (vgl. Interview 3: Abs. 44). Hierfür wird allerdings die gewählte Form als Fragebogen und vor allem die Skala als ungeeignet betrachtet (vgl. Interview 3: Abs. 20). Stattdessen wäre zum Beispiel eine Form von Interview, Evaluierungs- oder Reflexionsgespräch denkbar (vgl. Interview 3: Abs. 4; Interview 6: Abs. 6, 18). Diese Instrumente lassen mehr Spielraum und sind nicht so starr ist wie ein Fragebogen, bei dem jegliche Individualität der Situation sowie der KlientInnen verloren gehe (vgl. Interview 3: Abs. 11, 12, Interview 6: Abs. 14). Nicht zuletzt sei weniger oft mehr – so ist die befragte Person in Interview 8 davon überzeugt, dass je weniger eng die Fragen gefasst sind, man im Nachhinein ein mehr an Material zum Auswerten hat (vgl. Abs. 18). Außerdem würde eine Dokumentation umso authentischer werden, je mehr Einfluss die TeilnehmerInnen darauf hätten (vgl. ebd.). Darüber hinaus würde dies ein schnelleres Reagieren auf Entwicklungen und Veränderungen, bzw. das Anpassen an spezielle Bedürfnisse der KlientInnen möglich machen (vgl. Interview 6: Abs. 16, 18).

Einige der Befragten befürworten eine Dokumentation, die beide Formen aufweist. Demgemäß soll es einen Teil geben, bei dem mit Kreuzchen auf einer Skala Fragen beantwortet werden können. In einem zweiten Teil soll es dann die Möglichkeit geben, einen freien Text zu verfassen bzw. Anmerkungen zu den Items, den Kreuzchen oder der ganzen Einheit machen zu können (vgl. Interview 7: Abs. 50, 52; Interview 8: Abs. 43; Interview 9: Abs. 18, 20).

Für den Fragebogen wurde angemerkt, dass, wenn er über mehrere Seiten gehen sollte, es hilfreich sei, am Anfang jeder Seite noch einmal die Einteilung der Skala anzuführen (vgl. Interview 8: Abs. 15).

Inhaltlich wurden die Items in den meisten Interviews generell als gut nutz- bzw. brauchbar (vgl. Interview 7: Abs. 58; Interview 8: Abs. 17, 57) und als im Alltag praktikabel erachtet (vgl. Interview 4: Abs. 75). Im Großen und Ganzen fehle nichts, die

wichtigsten Dinge würden abgefragt (vgl. Interview 8: Abs. 57-59). Dennoch gab es eine Fülle an Rückmeldungen, an welchen Stellen Optimierungen möglich wären. Während die Formulierungen der Items in Interview 8 (vgl. Abs. 35) als gut erachtet werden, wünschen einige Befragte eine Umformulierung der Fragen. So wird zum Beispiel in Interview 2 eine grundsätzliche offenere Formulierung gewünscht um den AnbieterInnen mehr Spielraum zu lassen (vgl. Abs. 48). Außerdem wurden einige Fragen als „leistungsorientiert“ empfunden, was dem Geist von Green Care widerspreche (vgl. Abs. 46). Aber auch auf die teilweise sehr strenge und zu Missverständnissen führende Ausformulierung der Fragen wird hingewiesen (vgl. Abs. 44). In Interview 5 wird die generelle Umformulierung der Items angeraten, da die Wirkung abgefragt werden sollte (vgl. Abs. 38). Hierfür böten sich Formulierungen wie „ist im Laufe der Einheit...“ oder „war am Ende der Einheit ... als zu Beginn“ an (vgl. ebd.).

In Interview 1 (vgl. Abs. 57) und Interview 3 (vgl. Abs. 17, 18) wird angemerkt, dass manche Items sehr speziell sind bzw. objektiv schwer beobachtbar, dadurch eher eine „Bauchentscheidung“ seien (vgl. Interview 1: Abs. 61) und deshalb weggelassen werden könnten. Ebenso wird angemerkt, dass durch die Fragen einige Zielgruppen nur in geringem Umfang bzw. gar nicht berücksichtigt werden (vgl. Interview 7: Abs. 7, 14). Hierfür wird eine Umformulierung einiger Items vorgeschlagen, sodass sie auf alle Krankheitsbilder zutreffen (vgl. Interview 7: Abs. 20). In Interview 4 werden deshalb auch weniger, dafür spezifischere Items für die jeweilige Zielgruppe gewünscht (vgl. Abs. 11, 33). Andere Items hingegen seien nicht ausdifferenziert genug, da sie sich sowohl auf die KlientInnen, als auch auf die AnbieterInnen und die Tiere beziehen und durch diese auch beeinflusst werden könnten (vgl. Interview 1: Abs. 4, 11-13, 23, 49, 61; Interview 2: Abs. 52). Vermisst werden auch Items, die das Sozial- und Kommunikationsverhalten abfragen, getrennt nach Verhalten in der Gruppe, zum Tier und der TGI-Fachkraft (vgl. Interview 1: Abs. 49). Außerdem werden Fragen zur Integration in andere soziale Systeme gewünscht (vgl. Interview 1: Abs. 71). Als wichtig wird auch ein Abschnitt erachtet, welcher sich mit dem Verhalten des Tieres beschäftigt, da dieses die KlientInnen spiegelt und so Rückschlüsse auf das Befinden der KlientInnen gezogen werden können (vgl. Interview 1: Abs. 4, 15, 39). Ebenso wäre es wichtig Items zu integrieren, die

für Krankenkassen, Versicherungen und andere GeldgeberInnen von Interesse sind (vgl. Interview 1: Abs. 71).

Konkrete Ergänzungswünsche waren unter anderem die Aufteilung nach oberen und unteren Extremitäten (vgl. Interview 4: Abs. 43), die Art der Kommunikation, z.B. schroff, etc. (vgl. Interview 7: Abs. 24), Selbst- und Fremdwahrnehmung (vgl. Interview 7: Abs. 22) sowie Impulsivität und Aggression (vgl. Interview 7: Abs. 24). Des Weiteren wurde vorgeschlagen bei der Kontaktaufnahme zwischen „Kontakt zu Menschen“ und „Kontakt zum Tier“ zu unterscheiden (vgl. Interview 1: Abs. 13; Interview 4: Abs. 45; Interview 8: Abs. 19).

An einigen Stellen wünschten sich die Befragten eine genauere Ausdifferenzierung einzelner Punkte (vgl. Interview 8: Abs. 39), so zum Beispiel bei den Gefühlen (vgl. Interview 7: Abs. 22) oder der Mobilität (vgl. Interview 4: Abs. 43).

Bei der Frage, ob man das Verhalten des Tieres abfragen soll, trafen die Meinungen der Befragten auseinander. Während in Interview 4 davon ausgegangen wird, dass der Mensch für eine Reaktion beim Tier verantwortlich ist und man somit dieses Verhalten wieder auf die KlientInnen zurückführen kann (vgl. Abs. 47), wünschen sich einige der Befragten sehr wohl Items, die das Verhalten des Tieres in der Einheit abfragen (vgl. Interview 3: Abs. 79-80; Interview 7: Abs. 16, Interview 8: Abs. 19). In Interview 3 wird gar dafür plädiert, unbedingt einen eigenen Abschnitt für das Tier zu haben, da es Wechselwirkungen zwischen KlientInnen und dem Tier gebe, die den Verlauf der Einheit beeinflussten (vgl. Abs. 45). In Interview 4 wird hingegen argumentiert, dass ein besonderes Verhalten des Tieres etwas für die freie Dokumentation oder die Anmerkungen sei (vgl. Abs. 49).

Für die Items wurde allgemein angemerkt, dass ihre Formulierung so gewählt werden müsste, dass man sie möglichst objektiv beantworten könne, es also nicht davon abhänge, wer sie beantwortet (vgl. Interview 2: Abs. 56). Außerdem müsse sich das Dokumentationssystem mehr auf die Stärken und Talente der KlientInnen konzentrieren (vgl. Interview 6: Abs. 18). Zudem wird gefordert, dass die Dokumentation noch mehr der Individualität der Angebote und Höfe gerecht wird (vgl. Interview 9: Abs. 14).

Manche Befragten empfanden den Bogen als sehr ausführlich und würden das Aus-sortieren einiger Items befürworten (vgl. Interview 1: Abs. 19, 57; Interview 4: Abs. 11, 57; Interview 7: Abs. 14, 26, 32). Vor allem wenn dieser gemeinsam mit den KlientInnen bearbeiten werden sollte, wäre dies der Fall (vgl. Interview 3: Abs. 11). Außerdem seien einige Inhalte für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen zu komplex (vgl. Interview 3: Abs. 19). Für die Dokumentation von Einheiten mit größeren Gruppen, zum Beispiel Schulklassen, wurde der Bogen für viel zu ausführlich befunden (vgl. Interview 4: Abs. 112; Interview 5: Abs. 30; Interview 7: Abs. 14, 36; Interview 8: Abs. 29; Interview 9: Abs. 40, 42). In einigen Interviews wird deshalb angemahnt, den Fragebogen so kurz wie möglich zu halten (vgl. Interview 2: Abs. 12, 30; Interview 5: Abs. 34; Interview 6: Abs. 18). Andere Befragte wiederum waren mit dem Umfang zufrieden (vgl. Interview 8: Abs. 57) bzw. meinten, er halte sich trotz der vielen Punkte noch im Rahmen und wäre für die Fülle an möglichen Fragen sehr kompakt ausgearbeitet (vgl. Interview 4: 9, 57). Um die Anzahl der Items, die jedes Mal abgearbeitet werden müssen, zu reduzieren, wurde mehrfach gewünscht, dass man nur die Fragen auswählen und beantworten können sollte, welche für die jeweiligen KlientInnen von Bedeutung sind (vgl. Interview 1: Abs. 15, 19, 23; Interview 2: Abs. 20; Interview 3: Abs. 12-15), da man sonst unnötige, für die Entwicklung der KlientInnen unwichtige Angaben machen müsse (vgl. Interview 5: Abs. 30). In Interview 4 wird darauf hingewiesen, dass es sinnvoll wäre dies nicht nur in der Handreichung, sondern auch auf dem Dokumentationsbogen noch einmal zu erwähnen (vgl. Abs. 59). In Interview 1 wird alternativ der Vorschlag geäußert, die Hauptkriterien, die einen Menschen ausmachen als Überschrift zu nennen und darunter Platz zu lassen, wo die AnbieterInnen selbst die relevanten Fragen und Aufgabenstellungen dazu notieren können (vgl. Abs. 55). Dies würde auch dem Wunsch der befragten Person in Interview 2 zugutekommen, die sich prinzipiell Freifelder für eigene Themen wünscht (vgl. Abs. 44).

Mehrfach wurde in den Interviews vorgeschlagen, die Items zu Clustern (vgl. Interview 1: Abs. 69; Interview 4: Abs. 9, 89, 98; Interview 7: Abs. 28), vor allem, da so die allgemeine Übersichtlichkeit erhöht werden könne (vgl. Interview 1: Abs. 19, 41; Interview 2: Abs. 44; Interview 3: Abs. 77) und man schneller nach Items suchen könne, die für die KlientInnen relevant sind (vgl. Interview 1: Abs. 15, 19, 23, 61,



63). Außerdem würden die Kategorien die NutzerInnen gut durch die Dokumentation führen und ihnen das Gefühl vermitteln besser voranzukommen (vgl. Interview 9: Abs. 53). Es wurden gleich mehrere Möglichkeiten vorgeschlagen, nach welchen Kriterien die Kategorien sortiert werden könnten. So wird zum Beispiel in Interview 4 eine Einteilung, wie sie in der Vorlage für das vorliegende Dokumentationssystem bereits existierte, gut geheißen (vgl. Abs. 89). Auch andere Befragte schlugen Kategorien wie „psychisch“, „physisch“, „Kommunikation“, „Kontakt mit Tieren“ und ähnlichem vor (vgl. Interview 1: Abs. 4, 15, 29; Interview 4: Abs. 29; Interview 7: Abs. 38). Ein weiterer Lösungsvorschlag war die Einteilung der Items nach Störungsbildern (vgl. Interview 1: Abs. 61, 63; Interview 5: Abs. 30). Hier könnte man einerseits einen allgemeinen Teil erstellen, in welchem fünf bis sechs für alle KlientInnen relevante Kernsymptome abgefragt werden könnten (vgl. Interview 5: Abs. 32). Andererseits könnte ein spezifischer Teil konstruiert werden, in welchem zu jedem Störungsbild vier bis fünf typische Kernsymptome aufgeführt sind (vgl. Interview 5: Abs. 30). So wäre es einfacher, die für die KlientInnen relevanten Punkte herauszusuchen (vgl. Interview 1: Abs. 61, 63). Ein dritter Vorschlag war die Kategorisierung anhand der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL), die zum Beispiel im Bereich der Altenpflege Anwendung finden (vgl. Interview 1: Abs. 101, 105). Allerdings befürworteten nicht alle Befragten eine Kategorisierung der Items. So wurde in Interview 8 auch eine Bearbeitung ohne Unterteilung als gut durchführbar betrachtet (vgl. Abs. 17) und sogar bevorzugt, da man durch das Springen zwischen den Themen weniger Routine entwickle und somit bei der Beantwortung weniger nachlässig werden würde (vgl. Abs. 43). Eine weitere Möglichkeit wäre, für einzelne Störungsbildern oder Zielgruppen jeweils einen eigenen Dokumentationsbogen zu erstellen, da jede Klientel und jede Erkrankung eigene Schwerpunkte habe, auf die geachtet werden müsse. Zudem verlangen GeldgeberInnen meist eine störungsspezifische Dokumentation (vgl. Interview 5: Abs. 32; Interview 7: Abs. 68). Ebenso wird vorgeschlagen, eine Art Baukastenprinzip mit Fragen-Sets zu entwickeln, welches es ermöglicht auf die einzelnen Höfe und die dortigen Angebote individuell einzugehen (vgl. Interview 9: Abs. 12, 14, 22). Die Sets könnten dann, je nach Bedarf der AnbieterInnen, schnell und einfach kombiniert werden und so auch den Schwerpunkt der Dokumentation leicht verändern (vgl.

Abs. 26). Dies ermögliche eine Aufteilung der Dokumentation nach dem gewünschten Untersuchungsziel, zum Beispiel nach reiner Dokumentation der Einheiten oder einer Erhebung wissenschaftlicher Fragestellungen (vgl. Interview 9: Abs. 26), wie es auch in Interview 5 gefordert wird (vgl. Abs. 32).

### 3.3.5 Wissenschaftlichkeit des Dokumentationssystems

Eine Wissenschaftlichkeit des Dokumentationssystems wurde in Interview 2 in Frage gestellt (vgl. Abs. 18, 56). Die getestete Dokumentation könne, so die Meinungen der befragten ExpertInnen aus Forschung und Lehre, durchaus als Grundlage für eine Wirksamkeitsstudie dienen (vgl. Interview 5: Abs. 6; Interview 6: Abs. 29; Interview 9: Abs. 22). Allerdings müsste sie dafür in einigen Punkten überarbeitet werden, da eine reine Dokumentation keine Wissenschaft darstelle (vgl. Interview 9: Abs. 22) und die Durchführung vieler Messungen gar nicht ermögliche (vgl. Interview 5: Abs. 2). Außerdem sei eine Dokumentation bzw. eine Selbstauskunft auch nur *eine* mögliche Auskunftsquelle für eine Forschung (vgl. Interview 5: Abs. 2) und darüber hinaus zu subjektiv (vgl. Interview 3: Abs. 4; Interview 5: Abs. 2). Um wissenschaftlich verwertbare Daten zu erhalten müssten die abgefragten Eigenschaften objektivierbar und beobachtbar sein (vgl. Interview 5: Abs. 38), da Subjektivität eine Beurteilung immer antastbar mache (vgl. Interview 6: Abs. 14). Eine objektive Beobachtung der eigenen Arbeit gebe es nicht (vgl. Interview 6: Abs. 14), da Menschen dazu neigen würden, das zu messen, was sie messen wollen (vgl. Interview 6: Abs. 16). In Interview 9 hingegen wird in der Subjektivität nicht das große Problem gesehen, da die Wissenschaft sich dieser Tatsache bewusst sei und dies berücksichtige (vgl. Abs. 62). So würde in der quantitativen Forschung der Einfluss der Subjektivität durch die Datenmenge ausgeglichen, in der qualitativen Forschung dadurch, dass bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werde, dass die Daten unter subjektiven Einflüssen erhoben wurden (vgl. ebd.). Vielmehr würde die Zielsetzung über die Brauchbarkeit von Daten entscheiden (vgl. Interview 9: Abs. 22). Wichtig sei vor allem wie mit den Daten umgegangen würde, wie sie analysiert und interpretiert werden würden (vgl. Interview 9: Abs. 22, 64). Als wichtigster Punkt für die Forschung wird in Interview 5 die Reliabilität<sup>4</sup> hervorgehoben, die bei einer

---

<sup>4</sup> Reliabilität ist die „Zuverlässigkeit eines wissenschaftlichen Versuchs“ (Duden 2010, S. 899)

Dokumentation aber nicht gegeben sei (vgl. Abs. 38). Ein weiterer zentraler Punkt sei die Standardisierung, die nötig ist um eine Vergleichbarkeit zu erreichen (vgl. Interview 5: Abs. 32, 38; Interview 9: Abs. 22). Hier wäre es nicht möglich Daten für individuelle Zwecke zu erheben, da diese nur in den seltensten Fällen für die Wissenschaft brauchbar seien (vgl. Interview 9: Abs. 22). Deshalb sei es wichtig, für jeden Untersuchungsgegenstand vier bis fünf Kernsymptome abzufragen (vgl. Interview 5: Abs. 32). Diese könnten dann durchaus durch eigene Punkte der ausfüllenden Personen ergänzt werden, die Ergänzungen könnten aber nur eine untergeordnete Rolle bei der Auswertung spielen, bzw. Hinweise für weitere Untersuchungen liefern (vgl. ebd.).

Aus den bereits genannten Gründen kann die Wirkung von Tieren auf den Menschen mit dem vorliegenden Dokumentationssystem wissenschaftlich nicht erhoben werden (vgl. Interview 5: Abs. 2). Prinzipiell sei dies zwar möglich, aber nur sehr schwer und auch nur wenn es eine Kontrollgruppe gebe, was bei einer reinen Dokumentation normalerweise nicht der Fall sei (vgl. Interview 5: Abs. 4). Hinzu komme, dass die Dokumentation der Wirkung einen enormen Zusatzaufwand für die AnbieterInnen bedeute (vgl. Interview 5: Abs. 2).

In Interview 6 und 9 wird noch eine weitere Problematik, die aber nicht auf das Dokumentationssystem zurückzuführen sei, angeführt. Green Care sei von so vielen Variablen abhängig, dass man bei einer Forschung gar nicht alle Eventualitäten ausschließen könne (vgl. Interview 9: Abs. 64). Die Wissenschaft mit ihren klassischen Forschungsmethoden versage diesbezüglich bei Green Care geradezu (vgl. Interview 6: Abs. 14). Dies wird allerdings nicht nur als Problem, sondern auch als Chance gesehen. Denn Green Care im Allgemeinen und Tiergestützte Intervention im konkreten Fall, wären prädestiniert für die Kombination von Wissenschaft und Praxis (vgl. Interview 9: Abs. 22). Dadurch, dass sich viele Dinge im Bereich Green Care nicht mit klassischen und vor allem klinischen Forschungsdesigns erheben ließen, könnten Wissenschaft und Praxis voneinander lernen und sich entscheidend weiterentwickeln (vgl. Interview 9: Abs. 68).

Die Befragten merken darüber hinaus an, dass das vorliegende Dokumentationssystem gut zum Sammeln von Daten geeignet sei (vgl. Interview 5: Abs. 42) und

somit gut als Unterbau für die Grundlagenforschung dienen könne (vgl. Interview 9: Abs. 26). Es würden große Datenmengen individueller Erhebungen gesammelt, die wie Puzzlesteinchen zu einem großen Bild zusammengefügt werden können (vgl. Interview 9: Abs. 22). Diese könne man dann als Grundgerüst für die Durchführung von großen, zielgerichteten Studien nutzen (vgl. Interview 5: Abs. 6, 42). Hierfür müsste das Dokumentationssystem aber noch weiter spezifiziert werden (vgl. Interview 7: Abs. 14).

### **3.3.6 Elektronische Umsetzung**

Fast alle Befragten halten es für sinnvoll, eine EDV-gestützte Dokumentation zumindest anzubieten (vgl. Interview 1: Abs. 37; Interview 2: Abs. 22; Interview 3: Abs. 51, 52; Interview 4: Abs. 77, 87; Interview 7: Abs. 62; Interview 9: Abs. 55). In Interview 6 wird eine elektronische Umsetzung nur für eine Studie, nicht für eine Dokumentation als sinnvoll erachtet (vgl. Abs. 29), da hierdurch sehr einfach eine große Datenmenge erhoben werden könne (vgl. Interview 2: Abs. 32). Die BefürworterInnen sind sich einige, dass es dennoch sowohl eine handschriftliche, als auch eine EDV-gestützte Form geben sollte, da es immer von den Umständen abhinge, welche der beiden man nutze (vgl. Interview 1: Abs. 35, Interview 4: Abs. 87). Ein Kriterium wäre zum Beispiel, ob die benötigten Gerätschaften vorhanden sind um direkt im Anschluss an die Einheit zu dokumentieren (vgl. Interview 8: Abs. 61, 65; Interview 9: Abs. 57). Vorteile einer elektronischen Umsetzung sehen die Befragten in der schnelleren Beantwortung der Items mithilfe des Computers (vgl. Interview 2: Abs. 22), der Vermeidung einer „Zettelwirtschaft“ (vgl. Interview 2: Abs. 36; Interview 9: Abs. 57) und der erleichterten Auswertung der Ergebnisse (vgl. Interview 2: Abs. 42). Wichtig sei dabei, dass die Umsetzung möglichst benutzerfreundlich und einfach gehalten werde, sodass auch wenig geübte AnwenderInnen diese nutzen könnten (vgl. Interview 2: Abs. 26). Außerdem sei es wichtig darauf zu achten, dass die Items jederzeit verändert werden könnten, da sich die Ziele von Einheit zu Einheit ändern könnten (vgl. ebd., Abs. 28). Für die Auswertung elektronisch ausgefüllter Dokumentationen wurde ausdrücklich eine grafische Darstellung der Ergebnisse gewünscht (vgl. Interview 1: Abs. 35, 37; Interview 2: Abs. 24, 30; Interview 4: Abs.

81, 83, 87; Interview 7: Abs. 64), wobei die Dokumentation hierfür genormt sein müsste (vgl. Interview 2: Abs. 32).

## 4 DISKUSSION

Im folgenden Kapitel werden die im vorangegangenen Abschnitt gesammelten Erkenntnisse zusammengefasst und diskutiert. Die Ergebnisse der Interviews werden unter dem Blickwinkel, welche Schlüsse für das Dokumentationssystem aus ihnen gezogen werden müssen, betrachtet und noch in Bezug zu den in Abschnitt 0 dargestellten theoretischen Grundlagen gebracht.

### *Allgemeine Rückmeldungen zum Dokumentationssystem*

In der Literatur wird als ein zentraler Aspekt der Qualitätsdiskussion im Bereich der TGI die Definition von Qualitätskriterien genannt. Diese seien notwendig um eine Anerkennung und Honorierung der TGI als Verfahren mit heilender und/oder erziehender Wirkung zu erreichen. (vgl. Schwarzkopf (2011)) Diese Meinung vertreten auch die befragten ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis. Sie sind sogar der Überzeugung, dass gesetzliche Vorgaben und Richtlinien zur Durchführung von Qualitätsmanagement in der TGI erlassen werden müssen. Diese dürfen allerdings die Individualität der TGI-Einrichtungen nicht einschränken und deren Unabhängigkeit nicht gefährden. Einerseits ist Qualitätsmanagement zwar unerlässlich, andererseits muss es für die AnbieterInnen aber auch von Nutzen sein. Dem Ansehen von TGI ist es dabei zuträglich, wenn die Bestrebungen zur Entwicklung und Umsetzung von Richtlinien sowie gesetzlichen Vorgaben von den AnbieterInnen kommen. Dies zeigt, dass sie gewillt sind sich stets zu verbessern und somit ein hohes Maß an Qualität zu erreichen, was an sich schon ein Zeichen für Qualität ist. Angst vor den Standards, die im Zuge dessen festgelegt werden, bräuchten die AnbieterInnen keine zu haben, da alle, die tatsächlich gute Qualität abliefern wollen, einen strengeren Maßstab bei der Beurteilung anlegen, als es vorgegebene Qualitätskriterien im Normalfall tun.

Eine entscheidende Rolle im QM spielt die Dokumentation. Sie hilft den LeistungserbringerInnen die Qualität ihrer eigenen Arbeit zu überprüfen und das Ziel des QM – die Qualität des Angebotes zu sichern, welches die KlientInnen in ihrer Entwicklung bestmöglich unterstützt – zu erreichen. Eine einheitliche Dokumentation kann

dabei die Akzeptanz bei den StakeholderInnen und KlientInnen fördern, da sie es ermöglicht die Angebote miteinander zu vergleichen. Allerdings ist in Frage zu stellen, ob TGI-Angebote überhaupt miteinander verglichen werden können. Sie sind sehr unterschiedlich, durch die individuellen Voraussetzungen der AnbieterInnen stark beeinflusst und wirken von Mensch zu Mensch sehr verschieden. Versucht man sie alle in dasselbe Raster zu pressen, läuft man Gefahr, ihre individuellen Stärken zu vernachlässigen und somit erneut lediglich ein verzerrtes Bild zu liefern. Eine entscheidende Eigenheit von Dokumentation ist, dass sie nie gleich durchgeführt werden wird, auch wenn sie genau gleich aussieht. Dies liegt daran, dass Dokumentation immer individuell vom Ausfüllenden beeinflusst werden wird.

Merchel (2004c) sieht in der Einführung einer Zertifizierung eine Möglichkeit zur Etablierung gewisser Standards in einem Arbeitsfeld. Diese kann gerade in Feldern, in denen es schwer ist eine Standardisierung zu erreichen, dazu führen, dass anhand objektiver Kriterien ein Vertrauen in die Qualität von Angeboten bei Finanzierungsträgern und KlientInnen geschaffen wird. Eine solche Zertifizierung gibt es für Bauernhöfe, die TGI anbieten, bereits durch das ÖKL. Sie soll ein Mindestmaß an Qualität bei den TGI-Angeboten garantieren. So wird darin die Dokumentation der durchgeführten Einheiten verlangt und Mindestanforderungen hierfür genannt. Demnach müssen die Basisdaten – dazu gehören Datum, die Angabe ob es sich um Einzel- oder ein Gruppensetting handelt, sowie die Namen der TeilnehmerInnen – festgehalten werden, eine Beschreibung des methodischen Vorgehens erfolgen sowie die verwendeten Materialien benannt werden. Außerdem muss es eine kurze Darstellung von Inhalt und Verlauf der Einheit geben. Zuletzt soll die Zufriedenheit der KlientInnen – sofern diese in der Lage sind eine Beurteilung abzugeben – abgefragt werden.

Diese Mindestanforderungen lassen den AnbieterInnen mehr Spielraum als eine standardisierte Dokumentation und sind der Individualität der Angebote besser zuträglich. Außerdem wird sie den Bedenken der Befragten gerecht, die in den Interviews immer wieder anmerkten, dass eine „klinische Erfassung“ von TGI die Gefahr birgt, dass die wirklich wichtigen Erkenntnisse untergehen.

In den Interviews wird mehrfach der Wunsch nach Grundlagenforschung geäußert. Die Befragten sehen darin einen wichtigen Schritt zur Professionalisierung des Arbeitsfeldes und damit verbunden eine Verbesserung der Akzeptanz von TGI in der Gesellschaft. Diese Ansicht wird auch von Wohlfahrt et al. (2012) geteilt, die die Professionalisierung von TGI als Grundvoraussetzung für die Anerkennung bei KostenträgerInnen sehen. Mit wissenschaftlich fundierten Ergebnissen fühlen sie sich außerdem besser gerüstet für die Diskussion mit StakeholderInnen. Sie signalisieren ebenfalls die Bereitschaft zur Mitwirkung, so dies in ihrem Arbeitsalltag möglich ist und die Abläufe ihrer Angebote nicht beeinflusst.

Von den Befragten wurde ausgeschlossen, dass es möglich ist, ein Dokumentationssystem zu entwickeln, welches für die NutzerInnen alltagstauglich ist und gleichzeitig für mehr als einen Zweck genutzt werden kann. Es muss bereits bei der Erstellung festgelegt werden, wozu es dienen soll – zur Dokumentation der eigenen Arbeit für QS bzw. QM, zur Forschung oder für die StakeholderInnen und KlientInnen zum Vergleichen der Angebote verschiedener AnbieterInnen –, da hierdurch stark beeinflusst wird, wie dieses aussehen muss. Ebenso ist davon auszugehen, dass es nicht möglich ist ein System zu entwickeln, welches die Bedürfnisse aller LeistungserbringerInnen gleichermaßen abdeckt und eins-zu-eins von allen genutzt werden kann. Dokumentation ist zwar immer ein Prozess, muss aber dennoch die individuellen Begebenheiten und Eigenschaften der einzelnen Angebote in der sehr bunten TGI-Landschaft berücksichtigen.

Die Rückmeldungen zum Grundgedanken des entwickelten Dokumentationssystems waren durchweg positiv. Der Aufbau ist gelungen, es ist übersichtlich und selbsterklärend. Es kann bereits in seiner jetzigen Form eine gute Orientierung für NeueinsteigerInnen sein. Aber auch etablierte Fachkräfte können davon durchaus profitieren. Ein klarer Wunsch ist, die KlientInnen mehr in die Dokumentation einzubeziehen. Dies fördert ihre Entwicklung und steigert die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Außerdem sollte überdacht werden, das Dokumentationssystem gleich durch einen Anamnesebogen zu ergänzen. Dies erleichtert die Erfassung aller relevanten Informationen an einem Ort. Ebenso ist zu überlegen dem Dokumentati-



onssystem Vorher- und Nachherbögen hinzuzufügen, welche durch wichtige Bezugspersonen der KlientInnen in regelmäßigen Abständen ausgefüllt werden. Hierdurch wird das Bild über die Entwicklung der KlientInnen facettenreicher und differenzierter.

In den Interviews haben sich einige Grundvoraussetzungen herauskristallisiert, die ein Dokumentationssystem vorweisen muss, damit es von den Fachkräften auch genutzt wird. Unter anderem müssen alle Teile großzügig gestaltet sein, sodass es genug Platz für Notizen und Anmerkung gibt. Dennoch sollte der Umfang des ganzen Systems auf ein Minimum begrenzt werden, damit es schnell ausgefüllt werden kann und somit im Alltag gut einsetzbar ist. Ist es zu ausführlich und beansprucht es zu viel Zeit, wird es unwirtschaftlich für die NutzerInnen, weshalb sie es nicht verwenden werden. Das Dokumentationssystem muss die KlientInnen, ihre individuellen Bedürfnisse, ihre Entwicklung sowie ihre Wünsche und Ideen berücksichtigen. Dabei ist es wichtig, dass die Dokumentation einen Sinn hat, der auch für die KlientInnen nachvollziehbar ist. Außerdem muss es ein Ziel verfolgen und „lebendig“ sein, also Informationen liefern, die unmittelbar genutzt werden können, zum Beispiel für die Planung weiterer Einheiten.

### *Zur Handreichung*

Die Handreichung hat sich im Zuge der Befragung als praktisches Beiwerk herausgestellt, welches von den meisten UntersuchungsteilnehmerInnen nicht einmal groß beachtet wurde. Auf Rückfrage wurde dies von den InterviewpartnerInnen als sehr positiv erachtet, da das Dokumentationssystem hierdurch gut verständlich und selbsterklärend war. Sie beizubehalten wird dennoch als sinnvoll erachtet, da man so die Möglichkeit hat bei Fragen darin nachzuschlagen.

### *Zum Stundenbild*

Bei der Frage ob ein Stundenbild als Vorbereitung für die Arbeit notwendig ist, gehen die Meinungen der UntersuchungsteilnehmerInnen stark auseinander. Hieran

kann man gut das Selbstverständnis der Befragten und deren Herangehensweise an die eigene Arbeit erkennen.

Bei einigen herrscht die Meinung vor, dass ein Stundenbild nicht benötigt wird, da sie als Fachkräfte ihr Wissen und ihr Handwerkszeug jederzeit abrufen können. Somit können sie spontan, die Wünsche und Ideen der KlientInnen berücksichtigend, genauso gut eine Einheit gestalten wie mit Vorbereitung anhand eines Stundenbildes. In der Tatsache „unbelastet“ in eine Einheit zu starten sehen sie einen Vorteil, da sie sich so direkter und unbefangener auf die KlientInnen einlassen können.

Dem gegenüber steht die Überzeugung der Mehrheit der InterviewpartnerInnen, dass eine gute Vorbereitung, optimaler Weise mithilfe eines Stundenbildes, unerlässlich ist. Sie ist ein Zeichen für Qualität und gibt sowohl den AnbieterInnen als auch den KlientInnen Sicherheit. Sie sind davon überzeugt, dass man, auch wenn man eine Einheit vorausgeplant hat, spontan auf die Wünsche der KlientInnen eingehen kann. Sie sehen das Stundenbild nicht als bindende Vorgabe, sondern als Gerüst, welches sie einsetzen können, wenn es keine konkreten Wünsche und Vorstellungen seitens der LeistungsempfängerInnen gibt.

In der Literatur konnten hierzu keine expliziten Angaben gefunden werden. Die Aussagen von Rugor und Studzinski (2003, S. 17f) können aber durchaus so verstanden werden, dass die Dokumentation des gesamten Dienstleistungsprozesses für die Erhebung und Darstellung von Qualität wichtig ist. Da für sie die Vorbereitung ebenso zum Prozess zählt, gehört sie ebenfalls dokumentiert.

Bei den Interviews kommt klar heraus, dass die Wünsche der KlientInnen bei der Planung und Vorbereitung der Einheiten im Vordergrund stehen müssen. Dies deckt sich auch mit den Erkenntnissen in den Kapiteln 2.2.1 und 2.2.2, wo ebenfalls die KlientInnenorientierung als zentraler Aspekt für Qualität erwähnt wird.

Der Aufbau und Inhalt des Stundenbildes wird als gut durchdacht, sinnhaft und größtenteils vollständig bewertet. Kleine Verbesserungsvorschläge und Ergänzungen seitens der InterviewpartnerInnen können auf individuelle Vorlieben und Bedürfnisse zurückgeführt werden. Zu überlegen ist, ob für eine schnellere Bearbeitung des Stundenbildes bei einzelnen Kategorien, wie zum Beispiel den eingesetzten

Tieren, Ankreuzoptionen zur Verfügung gestellt werden. Dies könnte sich als praxistauglicher erweisen, da so bei der Vorbereitung Zeit gespart werden kann.

### *Zum Dokumentationsbogen*

Beim Dokumentationsbogen für die Einheit selbst gab es die meisten Anmerkungen der Befragten. Hierdurch wird deutlich, dass dies der wichtigste und auch am kontroversesten diskutierte Teil des Dokumentationssystems ist.

Vergleichsweise einfach einzubauen sind die gewünschten Felder zur Angabe weiterer allgemeiner Informationen. So soll es unter anderem die Möglichkeit geben, im Kopfteil des Dokumentationsbogens die Gruppengröße, das Wetter und die Anzahl der eingesetzten Tiere anzugeben. Ebenso wird darunter ein Feld gewünscht, in welchem kurz dargestellt wird, was tatsächlich in der Einheit stattgefunden hat, da es oft vorkommt, dass das im Stundenbild geplante Programm doch nicht durchgeführt wurde. Eine weitere Ergänzung, die sich als hilfreich herausstellen könnte, ist eine Skala zur Beurteilung der ganzen Einheit. Diese kann auch dem Schulnotensystem nachempfunden sein oder zur Veranschaulichung zum Beispiel durch verschieden fröhliche bzw. traurige Smileys dargestellt werden.

Uneinigkeit herrscht bei der Frage, ob ein Dokumentationsbogen für die TGI nur offene Fragen beinhalten soll oder ob auch ein Fragebogen mit Items, die anhand einer Skala beantwortet werden, dafür geeignet ist.

Als eines der wichtigsten Argumente für die Verwendung von Items konnte die Zeiterparnis beim Ausfüllen des Dokumentationsbogens ausgemacht werden. Durch das schnelle Ankreuzen auf einer Skala, können die Eindrücke aus der Einheit zeitnah und somit relativ unverfälscht zu Papier gebracht werden. Auch kann sehr leicht eine Auswertung der Einheiten vorgenommen werden, da sich durch den Vergleich der Bögen aller Einheiten schon optisch eine Entwicklung erkennen lässt. Außerdem lassen sich durch Zahlen die Veränderungen auch für Außenstehende sehr schnell greifbar machen. Gerade im Hinblick auf die Arbeit mit GeldgeberInnen ist dies eine wichtige Eigenschaft. Aber auch für die eigene Qualitätssicherung ist der hohe Grad der Standardisierung nützlich. So lässt sich beim Vergleich der Bögen

schnell erkennen, ob ein Angebot zu einer Entwicklung bei den KlientInnen geführt hat oder nicht. Hierdurch wird ein zeitnahes Reagieren auf ausbleibende oder negative Veränderungen ermöglicht.

Gegen die Verwendung von Items, wie sie im vorliegenden Dokumentationssystem zu finden sind, spricht zuallererst der Green Care-Gedanke. Dieser unterstreicht die Bedeutung der Individualität der KlientInnen, die Ausrichtung des Angebotes auf deren Bedürfnisse und Wünsche, die Kooperation zwischen den AnbieterInnen und den KlientInnen sowie die Flexibilität der LeistungserbringerInnen. Die Beurteilung der Interventionen anhand von Items gefährdet die Einhaltung der genannten Grundsätze, da die Items ein Ziel vorgeben und somit die KlientInnenorientierung nicht mehr gegeben ist. Darüber hinaus lässt sich auf einer Skala nur ein Mittelwert für die Einheit angeben, relevante Veränderungen im Verlauf der Einheit können nicht oder nur schwer dargestellt werden und drohen somit unterzugehen. Ein weiteres Argument gegen die Verwendung von Items ist die Tatsache, dass es prinzipiell sehr schwer ist TGI und ihre Wirkung in Zahlen wiederzugeben, insbesondere da so den teils sehr komplexen Wirkmechanismen nicht die nötige Bedeutung zukommt. Nicht zuletzt erfordert eine Beurteilung anhand einer Skala einen sehr hohen Grad an (Selbst-)Reflexion bei den AnbieterInnen. Da es sich um eine Art Benotung handelt, ist es wichtig, dass sich die LeistungserbringerInnen über die vielfältigen Einflüsse auf ihre Bewertung (zum Beispiel persönliche Tagesform, Sympathie und Antipathie, etc.) im Klaren sind.

Als optimale Lösung kann eine Kombination aus beiden Formen gesehen werden, bei der es den AnbieterInnen selbst überlassen ist ob sie nur einen der beiden Teile – fragebogengestützter Teil bzw. freie Dokumentation – oder beide Teile nutzen wollen. Hier ist es auch sinnvoll ihnen die Wahlmöglichkeit zu lassen, welche der Items sie für die jeweiligen KlientInnen als wichtig erachten.

Ein klarer Wunsch, der von den Befragten ebenfalls geäußert wurde, ist die Möglichkeit, die Einheit gemeinsam mit den KlientInnen zu beurteilen. Bisher ist der Fragebogen zu ausführlich und komplex dafür. Vorschläge zur Umsetzung sind einerseits eine starke Reduzierung der Items. Andererseits, bei den Befürwortern einer

offenen Dokumentation, ein Reflexionsgespräch, bei dem beide Seiten ihre Eindrücke und Wahrnehmungen schildern, sowie die Möglichkeit für die KlientInnen ihre Wünsche äußern zu können. Vorteile eines Gespräches, welches mitprotokolliert wird, sind ein Mehr an Material, das ausgewertet werden kann, einfacheres und schnelleres Reagieren auf Wünsche der KlientInnen sowie die Möglichkeit gezielter auf die Individualität der LeistungsempfängerInnen einzugehen. Hinzukommt, dass die Intervention an Authentizität gewinnt und die KlientInnen durch die Einbindung in den Prozess motivierter sind, sich auch in den Einheiten selbst aktiver einzubringen.

Es wird in den Interviews betont, dass unbedingt darauf geachtet werden muss, für die freie Dokumentation ausreichend Platz zur Verfügung zu stellen. Die Fließtexte und Stichwörter sind ein überaus wichtiger Bestandteil der Verlaufsdocumentation, da diese die Eindrücke der AnbieterInnen genauer und eindrücklicher wiedergeben können, als Kreuze auf einer Skala. Sie sind deshalb unersetzlich. Aber auch der Fragebogen mit Ankreuzoptionen muss sehr großzügig gestaltet werden, damit man beim Ausfüllen den Überblick nicht verliert. Außerdem eröffnet dies den NutzerInnen des Dokumentationssystems die Möglichkeit, leeren Raum für eigene Gestaltungswünsche oder aber auch einfach nur für zusätzliche Notizen zu nutzen.

Bei den Rückmeldungen zu den Items kann man die sehr individuellen Bedürfnisse der Befragten am besten Erkennen. Während der eine Teil eine Verkürzung des Fragebogens wünscht, da zu viele Items abgefragt werden, bevorzugt der andere Teil eine detailliertere Aufstellung, also mehr Fragen. Beide Gruppen verfolgen damit aber dasselbe Ziel, sie wollen einen Fragebogen, der jeweils auf ihr Angebot besser zugeschnitten ist. Sie sind sich einig, dass es in der aktuellen Version einerseits viele Items gibt, die für ihre Arbeit nicht relevant sind, andererseits andere Fragen fehlen, welche notwendig wären. So vermissen manche InterviewpartnerInnen Items, mit welchen die Integration der KlientInnen in andere Sozialsysteme beurteilt werden können. Manche hätten gerne Fragen integriert, die für die Zusammenarbeit mit den GeldgeberInnen wichtig sind. Wiederum andere wünschen mehr Items zum Kommunikations- und Sozialverhalten der LeistungsempfängerInnen. Zudem wird

bemängelt, dass eine Vielzahl an Fragen für gewisse KlientInnengruppen ungeeignet ist. Ein weiterer Schwachpunkt des Dokumentationsbogens liegt in der Tatsache, dass einige Items abgefragt werden, die nicht objektiv beobachtbar sind. Einige Befragte fordern zudem Fragen, die sich mit dem Verhalten der Tiere beschäftigen. Hierbei sind sich die InterviewpartnerInnen allerdings nicht einig. Einerseits gibt es die Vertreter des Standpunktes, durch das Verhalten der Tiere könnten Rückschlüsse auf die KlientInnen gezogen werden. Andererseits diejenigen, die das für eine Interpretation halten, die ihrer Meinung nach nichts in einer Dokumentation zu suchen hat. Denn ob das Verhalten des Tieres auffällig ist, weil es einen schlechten Tag hat, oder weil die KlientInnen sich auffällig verhalten haben, liege im Reich der Spekulation und verfälsche somit das Ergebnis der Dokumentation. Hieran kann die auch teilweise sehr unterschiedlichen Herangehensweisen der InterviewpartnerInnen an das Thema Dokumentation gut ausgemacht werden.

Einige der Items müssen umformuliert werden. Im Hinblick auf den Green Care-Gedanken sind diese zu streng und leistungsorientiert formuliert. Gerade bei der Dokumentation, die als Vorlage für Berichte dienen soll, ist es wichtig, mehr Wert auf die Stärken und Talente der KlientInnen zu legen. Deshalb müssen mehr positive Merkmale abgefragt werden, bzw. die gestellten Fragen positiver formuliert werden. Außerdem ist es sinnvoll, wenn der Verlauf der Einheit abgebildet werden soll, die Fragen grundsätzlich anders zu stellen. Eine Formulierung der Items, die die Veränderung vom Beginn der Einheit zum Ende abfragt („... hat sich im Verlauf der Einheit...“), ist hier sinnvoll.

Eine Aufteilung der Items in Kategorien wird zur besseren Übersichtlichkeit gewünscht. Diese erleichtert das Zurechtfinden und sorgt somit dafür, dass das Dokumentationssystem im beruflichen Alltag genutzt wird. Aus den Interviews lassen sich verschiedene Vorschläge zur Kategorisierung der Items herauslesen:

- Die Einteilung der Items, wie sie in der Vorlage von Dr. Siebenhofer (vgl. Anhang 1) vorzufinden ist. Hier gibt es die fünf Kategorien *Kontakt/Begegnung*, *Nähe/Distanz*, *Kommunikation/Teilnahme/Verhalten*, *Emotionen* und *Weiterer Wirkungskreis*.

- 
- Eine Gliederung der Items nach Faktoren, die einen Menschen ausmachen. Hierfür kann man sich beispielsweise gut an den AEDL orientieren. Diese nehmen die Bereiche *Mobilität*, *Motorik*, *Körperhygiene*, *Ernährung* und *sozialer Kommunikation* in den Blick. (vgl. Socialnet GmbH, 2008)
  - Das Clustern nach Störungsbildern. Jedes Störungsbild weist eigene Spezifika auf, die für die Entwicklung der KlientInnen von Bedeutung sind. Hier ist es sinnvoll einen Dokumentationsbogen mit zwei Abschnitten zu erstellen. Einen allgemeinen Teil, der Items abfragt, die für alle KlientInnengruppen relevant sind und einen spezifischen Teil mit störungsbildspezifischen Fragen. Hierfür müssen die am häufigsten in der TGI auftretenden Störungsbilder ermittelt und dann mithilfe des klinisch-diagnostischen Manuals die Kernsymptome herausgearbeitet werden. Diese können dann anhand von Items abgefragt werden. Relevante Störungsbildern können unter anderem *Autismus*, *Demenz*, *Posttraumatische Belastungsstörung* und *Hyperkinetische Störungen* sein. Da diese Variante aber sehr aufwendig ist, müsste mit großer Wahrscheinlichkeit für jedes Störungsbild ein eigener Dokumentationsbogen entworfen werden.

Die Darstellung der Vorschläge zur Kategorisierung der Items zeigt, wie schwer es ist alle Wünsche und Ideen sowie Anforderungen und Voraussetzungen bei der Erstellung des Dokumentationsbogens zu bedenken und zu berücksichtigen. Von daher bietet es sich an, ein Baukastensystem zu entwickeln, wie es in Interview 9 vorgeschlagen wird. Hierdurch können die AnbieterInnen selbst wählen ob, und wenn ja welche, Items sie sinnvollerweise in ihrem Bogen hätten, wonach sie geordnet sein sollen und wieviel Platz sie für eine freie Dokumentation benötigen. Dies wird auch dem mehrfach geäußerten Wunsch nach mehr Mitgestaltungsmöglichkeit gerecht.

#### *Zur Wissenschaftlichkeit*

Nach Meinung der befragten ExpertInnen ist ein rein auf Dokumentation ausgelegtes Datenerhebungssystem, wie es hier vorliegt, für eine Forschung alleine nicht

ausreichend. Dies begründen sie damit, dass es sich dabei um eine Art Selbstevaluation handelt, die sehr subjektiv ist und nur ein extrem eingeschränktes Bild wiedergibt. Die daraus erhaltenen Daten sind somit nicht sehr aussagekräftig. Möchte man für die Wissenschaft verwertbare Daten erhalten, muss der Forschungsaufbau reliabel sein. Das heißt, egal zu welchem Zeitpunkt die Untersuchung wiederholt werden würde, müsste immer das gleiche Ergebnis dabei herauskommen, unabhängig davon, wer sie durchführt. Hierfür müssen die Items objektivierbar, vergleichbar und standardisiert sein. Dies ist beim vorliegenden System nicht der Fall. Soll das Dokumentationssystem also diesen Zweck erfüllen, müssen die Fragen entsprechend überarbeitet werden. Hinzukommt, dass bei einer Dokumentation die Kontrollgruppe fehlt, welche für eine Studie allerdings unerlässlich ist.

Ein weiteres Problem stellt die Tatsache dar, dass bei Green Care und TGI sehr viele Variablen Einfluss auf das Ergebnis haben. Diese Vielzahl kann im Forschungsdesign nicht berücksichtigt werden. Auch eine Untersuchung unter Laborbedingungen ist nahezu unmöglich, da diese selbst die Resultate entscheidend beeinflussen würde.

Aber auch wenn die wissenschaftlichen Anforderungen nicht erfüllt werden, bietet das Dokumentationssystem in den Augen der ExpertInnen bereits jetzt eine gute Grundlage für die Erhebung von Daten und Informationen zur Vorbereitung und Durchführung von „key-studies“. Es kann also durchaus als Tool zur Ermittlung von Themen, die untersucht werden sollen, genutzt werden.

Eine Dokumentation, die zugleich auch wissenschaftlich haltbare Ergebnisse erzeugen soll, wäre so aufwendig, dass sie im Alltag der AnbieterInnen nicht einsetzbar wäre. Sie würde den zeitlichen Rahmen sprengen.

#### *Zur elektronischen Umsetzung*

Die Idee einer EVD-gestützten Umsetzung der Dokumentation wird von den Befragten befürwortet. Allerdings sehen sie diese nur als eine Variante. Damit alle vom Dokumentationssystem profitieren können, müssen die AnbieterInnen selbst ent-



scheiden können, ob sie die Dokumentation handschriftlich oder am Computer erstellen wollen. Dies hängt auch von den gegebenen Umständen vor Ort ab. Nicht immer stehen die entsprechenden Gerätschaften am Ort der Leistungserbringung zur Verfügung. Da aber eine zeitnahe Dokumentation wichtig ist, damit die Eindrücke noch frisch sind, muss das Dokumentationssystem auch in Papierform vorliegen. Dies unterstreicht die Einschätzung aus der Literatur. So betont Meinhold (1998, S. 44f), dass die Dokumentationsform den gegebenen Umständen und den Arbeitsweisen der MitarbeiterInnen angepasst werden muss. Wie die Umsetzung dann stattfindet, handschriftlich oder EDV-gestützt, ist letztendlich nicht entscheidend.

Für eine computerbasierte Dokumentation spricht, dass weniger Papier anfällt, was in den Büroräumen Platz spart. Außerdem ist davon auszugehen, dass eine Auswertung am Computer schneller erstellt werden kann, als wenn dies händisch erfolgen müsste.

Eine Unterstützung kann eine elektronische Dokumentation nach Auffassung der Befragten allerdings nur dann sein, wenn diese so leicht verständlich und benutzerfreundlich ist, dass auch ungeübte Computeranwender diese schnell und einfach nutzen können.

In den Interviews wird mehrfach ausdrücklich der Wunsch geäußert, dass bei der Entwicklung eines Dokumentationssystems, welches auch EDV-basiert ist, die Möglichkeit einer direkten grafischen Auswertung eingebaut wird. Konkret können das zum Beispiel Verlaufsdiagramme sein, die durch einen Klick automatisch erstellt werden.

## 5 SCHLUSSBETRACHTUNG

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Erstellung und Evaluation eines einheitlichen Dokumentationssystems für die TGI, welches die AnbieterInnen in ihrer täglichen Arbeit unterstützt und sich als Qualitätsmerkmal etablieren kann. Praktischer Nebeneffekt sollte sein, dass damit schnell und unkompliziert Daten für eine weiterführende Forschung erhoben werden können. Dieses Ziel konnte in dieser Form nicht erreicht werden, da sich bei der Evaluation des entworfenen Dokumentationssystems herausstellte, dass eine derartige Umsetzung nicht möglich ist. Zu unterschiedlich sind die Bedürfnisse und Anforderung der AnbieterInnen an ein Dokumentationssystem, zu individuell die Fälle, die damit dokumentiert werden müssen. Nicht zuletzt gehen auch die Vorstellungen jeder/jedes Einzelnen, wie Dokumentation stattfinden soll, zu weit auseinander, um sie in einem einzigen Instrument zu vereinen.

Dennoch konnten im Zuge der Untersuchung einige wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. So erachten alle Befragten, sowohl die ExpertInnen aus der Wissenschaft und Forschung als auch die PraktikerInnen, den Diskurs über Qualität und in Verbindung damit die Durchführung von Qualitätsmanagement als sinnvoll und überaus wichtig. Insbesondere zur Verbesserung des Ansehens von TGI bei EntscheidungsträgerInnen, GeldgeberInnen und potenziellen KlientInnen ist das Streben nach guter Qualität unerlässlich. Bei der Frage nach der Findung von Qualitätskriterien und deren Umsetzung, sprechen sich die InterviewpartnerInnen für ein allgemein anerkanntes Zertifikat aus. Dies ermöglicht es den AnbieterInnen sich nach außen zu präsentieren und bietet den KundInnen Orientierung bei der Wahl eines Angebotes.

Der Dokumentation kommt dabei, als Teil von Qualitätssicherung, eine bedeutende Rolle zu. Sie ist für die PraktikerInnen ein Qualitätsmerkmal und aus ihrem Alltag schon jetzt nicht mehr wegzudenken. Es hat sich aber auch herausgestellt, dass es zum Teil große Unterschiede zwischen den Vorstellungen, wie ein Dokumentationssystem aussehen soll, gibt. Damit es für die PraktikerInnen im Alltag gut anwendbar ist, muss es teils hohen individuellen Ansprüchen gerecht werden. Deshalb ist es

für die Praxis nicht zielführend, ein einheitliches Dokumentationssystem für alle Einrichtungen zu schaffen. Vielmehr muss ein Weg gefunden werden, der es ermöglicht Mindestanforderungen an eine Dokumentation mit den individuellen Vorstellungen der AnbieterInnen zu vereinen. Nur so kann das Dokumentationssystem zu einem wirklichen Qualitätsmerkmal werden.

Die wahrscheinlich praktikabelste Lösung hierfür ist die Entwicklung eines Baukastensystems. Ein solches ermöglicht es den NutzerInnen, sich ein Dokumentationssystem ganz nach ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen zusammenzustellen. Dabei können sie selbst wählen, ob sie eine Kombination aus Fragebogen und freier Dokumentation wollen oder eine reine freie Dokumentation bevorzugen. Ebenso können sie festlegen, inwieweit die KlientInnen in die Dokumentation miteinbezogen werden und welche Abschnitte nur sie selbst ausfüllen. Zugleich ist es aber auch möglich die Mindestanforderungen, wie sie zum Beispiel im QM-Handbuch für die Zertifizierung durch das ÖKL vorgegeben sind, zu erfüllen. Ein eigener Baustein der die geforderten Informationen abfragt, kann als Grundbaustein vorgegeben werden. Ein weiterer Vorteil eines solchen Systems ist, dass auch bei der grafischen Gestaltung Einfluss genommen werden kann, sodass NutzerInnen sich wohl damit fühlen und sie die Dokumentation verlässlich nutzen. Bei der Entwicklung des Dokumentationssystems ist auch eine EDV-gestützte Umsetzung mitzubedenken. Diese wird von den InterviewpartnerInnen als sehr nützlich erachtet und als Option ausdrücklich gewünscht. Dabei wird vor allem auf die Möglichkeit, sich eine grafische Auswertung darstellen zu lassen, großer Wert gelegt. Eine Dokumentation rein auf EDV-Basis hingegen wird abgelehnt, da hierfür in der praktischen Anwendung oft die Infrastruktur und die finanziellen Mittel fehlen.

Sollte es zur Umsetzung eines solchen Dokumentationssystems kommen, wäre anzudenken eine Anlaufstelle zu schaffen, an die sich interessierte Einrichtungen wenden können. Die dort eingesetzten Fachkräfte könnten die NutzerInnen beraten, mit ihnen gemeinsam nach der besten Lösung für ihr TGI-Angebot suchen und sie bei der Gestaltung ihrer persönlichen Dokumentation unterstützen. Wer sich dieser Aufgabe annehmen kann wäre noch zu erörtern, wobei zu bedenken ist, dass die Stelle im optimalen Fall neutral und unabhängig ist. Eine Angliederung zum Beispiel an die Landwirtschaftskammer oder das ÖKL würde damit ausscheiden.

Für wissenschaftliche Zwecke ist das entwickelte Dokumentationssystem in dieser Form nicht nutzbar, da es nicht deren Anforderungen entspricht. Die ExpertInnen sehen darin aber eine gute Möglichkeit um weitere Daten für Untersuchungen, zum Beispiel key-studies zur Erforschung der Wirksamkeit von TGI, zu sammeln. Hierfür muss es vorher noch einmal den wissenschaftlichen Anforderungen entsprechend adaptiert und die Auswahl der zu beantwortenden Items überarbeitet werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse können dann eine gute Grundlage für weitere Überlegungen und Konzeptionsentwicklungen in diesem Bereich darstellen.

Ob die Wirksamkeit von TGI aber tatsächlich mit einem für den medizinisch-therapeutischen Bereich typischen klinischen Forschungsdesign ermittelt werden kann, wird von einigen UntersuchungsteilnehmerInnen in Frage gestellt. Da es bei so vielen Variablen, die bei der TGI zu berücksichtigen sind, nicht möglich ist Laborbedingungen zu schaffen, ist es notwendig neue Wege in der Wissenschaft zu gehen. Berücksichtigend, dass es sich bei der TGI um eine noch sehr junge und praxisorientierte Disziplin handelt, bietet sie sich zur Erprobung neuer Forschungsmethoden geradezu an. Hierbei ist ein durchaus großer Lerneffekt für beide Seiten zu erwarten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit betrachtend, muss festgehalten werden, dass diese nicht als allgemeingültig angesehen werden dürfen. Vielmehr stellen sie nur die Meinungen einer kleinen Gruppe von AnbieterInnen von TGI dar. Um eine umfassendere Aussage treffen zu können, hätte grundsätzlich eine größere Anzahl an Personen befragt werden müssen. Außerdem hätte der Kreis der InterviewpartnerInnen erweitert werden müssen. Einerseits wäre die Befragung weiterer ExpertInnen aus Forschung und Lehre für die TGI relevanter Professionen nötig gewesen. Andererseits hätte die Gruppe der PraktikerInnen auch auf AnbieterInnen von TGI, welche nicht durch das ÖKL zertifiziert sind, ausgeweitet werden müssen. Die gewonnenen Erkenntnisse stellen dennoch eine gute Grundlage dar, auf welcher aufgebaut werden kann. So wäre es möglich die Ergebnisse als Basis für weitere Befragungen zu nutzen, um zu ermitteln, ob auch andere AnbieterInnen von TGI die Meinungen der in dieser Arbeit befragten Personen teilen. Auch ist denkbar, weiter an der genannten Idee, ein Dokumentationssystem basierend auf einem Baukastenprinzip, zu arbeiten.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Arbeit gezeigt hat, dass *Qualität* in der noch jungen Disziplin *Tiergestützte Intervention* bereits von großer Bedeutung ist. In diesem Punkt sind sich sowohl die AnbieterInnen, als auch die ExpertInnen aus der Wissenschaft einig. Ebenso herrscht Konsens darüber, dass zur Sicherung von Qualität, Dokumentation eine wesentliche Rolle spielt. Aufgabe von Wissenschaft und Praxis ist nun, gemeinsam einen Weg zu finden, wie Qualität in der TGI sichtbar gemacht und in weiterer Folge gesichert werden kann. Voraussetzung hierfür ist einerseits, dass vonseiten der Wissenschaft Grundlagenforschung betrieben wird, wofür unter Umständen neue Wege beschritten werden müssen. Andererseits verlangt dies von den PraktikerInnen, dass sie sich und ihre Arbeit zu hinterfragen, um die Entwicklung von Qualitätsmerkmalen zu ermöglichen. Eine Bereitschaft hierfür konnte im Laufe der Untersuchung bereits ausgemacht werden.

## LITERATURVERZEICHNIS

- Aeppli, J., Gasser, L., Gutzwiller, E. & Tettenborn, A. (2014). *Empirisches wissenschaftliches Arbeiten. Ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften* (UTB, 4201: Pädagogik, 3., überarb. Aufl.). Bad Heilbrunn: UTB; Klinkhardt.
- Atteslander, P. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (ESV basics, 13., neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin: Schmidt.
- Becker-Lenz, R. (2004). Rekonstruktive Problem-, Prozess- und Strukturevaluation als Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. In C. Beckmann, H.-U. Otto, M. Richter & M. Schrödter (Hrsg.), *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle* (1. Aufl., S. 283-292). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beckmann, C. (2009). *Qualitätsmanagement und soziale Arbeit* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Biebricher, M., Boeßenecker, K.-H., Buckley, A., Markert, A. & Vilain, M. (2003). Einleitung zu Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., S. 7-14). Weinheim: Beltz.
- Born, N. von & Ernst, Y. (1999). *Definitionen der Tiergestützten Therapie*. Zugriff am 30.09.2015. Verfügbar unter <http://www.tiergestuetzte-therapie.eu/coaching/kommunikationstraining/index.html>
- Braun, H. (2004). Wirtschaftlichkeit und Qualitätsorientierung in sozialen Diensten. In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (2., völlig neu bearb. Aufl., S. 31-43). München: E. Reinhardt.
- Buckley, A. (2003). Die Kindergarten-Einschätzskala (KES). In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., S. 85-94). Weinheim: Beltz.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Büker, C. (2003). Das 2Q-System. In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., S. 75-84). Weinheim: Beltz.
- Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. (2016). *COST - Europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Wissenschaft und Technologie*, Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Zugriff am 10.04.2016. Verfügbar unter <http://www.bmvit.gv.at/innovation/internationales/cost.html>
- COST Association. (2015). *COST*, COST Association. Zugriff am 10.04.2016. Verfügbar unter <http://www.cost.eu/>

- DIN 55350-11:2008-05. *Begriffe zum Qualitätsmanagement - Teil 11: Ergänzung zu DIN EN ISO 9000:2005*. Berlin: Beuth.
- DIN EN ISO 8402:1995-08. *Qualitätsmanagement - Begriffe (ISO 8402:1994)*. Berlin: Beuth.
- DIN EN ISO 9000:2005-12. *Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005)*. Berlin: Beuth.
- Duden. *Das Fremdwörterbuch: auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Rechtschreibregeln*. (2010) (Der Duden in 12 Bänden, Bd. 5, 10., aktualisierte Aufl.). Mannheim: Dudenverlag.
- European Society for Animal-Assisted Therapy. (2012). *Definition "Tiergestützte Therapie"*, European Society for Animal-Assisted Therapy. Zugriff am 25.03.2015. Verfügbar unter [http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die\\_Definition\\_TgT-20.2.2012.pdf](http://www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Die_Definition_TgT-20.2.2012.pdf)
- Freiling, J. (2001a). Qualitätsmanagement. In H. Diller (Hrsg.), *Vahlens großes Marketinglexikon* (2., völlig überarbeitete und erw. Aufl., S. 1451-1453). München: Beck; Vahlen.
- Freiling, J. (2001b). Total Quality Management. In H. Diller (Hrsg.), *Vahlens großes Marketinglexikon* (2., völlig überarbeitete und erw. Aufl., S. 1671). München: Beck; Vahlen.
- Freiling, J., Herrmann, A. & Huber, F. (2001). Qualität. In H. Diller (Hrsg.), *Vahlens großes Marketinglexikon* (2., völlig überarbeitete und erw. Aufl., S. 1449-1451). München: Beck; Vahlen.
- Garms-Homolová, V. (1991). Entwicklung von Qualitätskriterien für die ambulante Arbeit am Beispiel der Hauspflege und der ambulanten Versorgung. In E.-M. Bosch & M. Beck (Hrsg.), *Die Qualitätsfrage in der ambulanten Versorgung* (S. 38-54). Berlin: Paritätisches Bildungswerk Berlin.
- Glaap, W. (1993). *ISO 9000 leichtgemacht. Praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QS-Systemen*. München: Hanser.
- Heiner, M. (2004). Qualitätsentwicklung durch externe und interne Evaluationen. In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (2., völlig neu bearb. Aufl., S. 132-151). München: E. Reinhardt.
- Keupp, H. (2004). Die Suche nach der Qualität Sozialer Arbeit im Spannungsfeld von Markt, Staat und Bürgergesellschaft. In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (2., völlig neu bearb. Aufl., S. 326-340). München: E. Reinhardt.
- Knorr, F. & Halfar, B. (2000). *Qualitätsmanagement in der Sozialarbeit. Für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialverwaltungen, freie Wohlfahrtsverbände*. Regensburg: Walhalla-Fachverlag.
- König, J. (2007). *Einführung in die Selbstevaluation. Ein Leitfaden zur Bewertung der Praxis sozialer Arbeit* (2., neu überarb. Aufl.). Freiburg, Br.: Lambertus.
- Langnickel, H. (2003). Das EFQM-Modell für Excellence - Der Europäische Qualitätspreis. In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., S. 38-47). Weinheim: Beltz.

- Markert, A. (2003). Evaluation. In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., S. 48-58). Weinheim: Beltz.
- Meinhold, M. (1998). *Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. Einführung und Arbeitshilfen* (3., erg. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Meinhold, M. & Matul, C. (2011). *Qualitätsmanagement aus der Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie* (Studienkurs Management in der Sozialwirtschaft, Bd. 3568, 2., überarb. und aktualisierte Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
- Merchel, J. (2004a). Qualität als Verhandlungssache. Kontraktsteuerung und Professionalisierung sozialer Dienste. In C. Beckmann, H.-U. Otto, M. Richter & M. Schrödter (Hrsg.), *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle* (1. Aufl., S. 133-154). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Merchel, J. (2004b). *Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. Eine Einführung* (Reihe Votum, 3., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa-Verl.
- Merchel, J. (2004c). Zertifizierung und Qualitätssiegel: Risiken für den Prozess der Qualitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit. In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (2., völlig neu bearb. Aufl., S. 44-63). München: E. Reinhardt.
- Österreichisches Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung (Hrsg.). (2014). *Qualitätssicherung- und Zertifizierungsmodell des ÖKL für landwirtschaftliche Betriebe. Höchste Qualitätsgarantie durch Zertifizierung = Sicherheit für alle Beteiligten*. Zugriff am 25.01.2014. Verfügbar unter <http://www.oekl-tgi.at/zertifizierung.html>
- Pet Partners. (2012a). *Animal-Assisted Activities (AAA)*, Pet Partners. Zugriff am 29.03.2015. Verfügbar unter <http://www.petpartners.org/page.aspx?pid=319>
- Pet Partners. (2012b). *Animal-Assisted Therapy (AAT)*, Pet Partners. Zugriff am 29.03.2015. Verfügbar unter <http://www.petpartners.org/page.aspx?pid=320>
- Peterander, F. & Speck, O. (Hrsg.). (2004). *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (2., völlig neu bearb. Aufl.). München: E. Reinhardt.
- Peters, F. (2004). Qualitätsentwicklung unter den Bedingungen von Markt und Wettbewerb. In C. Beckmann, H.-U. Otto, M. Richter & M. Schrödter (Hrsg.), *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle* (1. Aufl., S. 155-171). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rose, B. (2004). Wer bestimmt die Qualität? Anmerkungen zum Qualitäts-Diskurs und seinen Wirkungen in der Sozialen Arbeit. In C. Beckmann, H.-U. Otto, M. Richter & M. Schrödter (Hrsg.), *Qualität in der sozialen Arbeit. Zwischen Nutzerinteresse und Kostenkontrolle* (1. Aufl., S. 211-220). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rugor, R. & Studzinski, G. v. (2003). *Qualitätsmanagement nach der ISO Norm. Eine Praxisanleitung für MitarbeiterInnen in sozialen Einrichtungen* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Schwarzkopf, A. (2011). Tiereinsatz im Gesundheitsdienst und der Pädagogik: Positionspapier eines Lobbyisten in spe. *tiergestützte* (2), 34-35.



- Socialnet GmbH (Hrsg.). (2008). *AEDL (Pflegekonzept)*. Zugriff am 10.03.2016. Verfügbar unter <http://www.aedl.de/>
- Speck, O. (2004). Marktgesteuerte Qualität - eine neue Sozialphilosophie? In F. Peterander & O. Speck (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen* (2., völlig neu bearb. Aufl., S. 15-30). München: E. Reinhardt.
- Thonhauser, J. (2008). Zwischen konstruierten Gegensätzen und fruchtbarer Dialektik. Neun Thesen über einen Paradigmenstreit. In F. Hofmann, C. Schreiner & J. Thonhauser (Hrsg.), *Qualitative und quantitative Aspekte. Zu ihrer Komplementarität in der erziehungswissenschaftlichen Forschung* (S. 31-43). Münster: Waxmann.
- Vernooij, M. A. & Schneider, S. (2008). *Handbuch der tiergestützten Intervention. Grundlagen, Konzepte, Praxisfelder*. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Vilain, M. (2003a). Ergebnisse des Projektes „Qualität in der Sozialen Arbeit“ : Das Konzept QUI. In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., b, S. 175-195). Weinheim: Beltz.
- Vilain, M. (2003b). Qualität planen mit Quality Function Deployment (QFD). In K.-H. Boeßenecker, M. Vilain, M. Biebricher, A. Buckley & A. Markert (Hrsg.), *Qualitätskonzepte in der sozialen Arbeit. Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis ; Ergebnisse aus dem Forschungsschwerpunkt Wohlfahrtsverbände, Sozialwirtschaft der Fachhochschule Düsseldorf* (1. Aufl., a, S. 59-74). Weinheim: Beltz.
- Wiesinger, G. (Hrsg.). (2011). *Green Care in Landwirtschaft und Gartenbau. Resumee der COST-Aktion 866 "Green Care in Agriculture"*. Wien: Bundesanstalt für Bergbauernfragen.
- Wohlfahrt, R., Mutschler, B. & Bitzer, E. M. (2012). Qualitätsmanagement bei tiergestützten Interventionen. In I. A. Strunz (Hrsg.), *Pädagogik mit Tieren. Praxisfelder der tiergestützten Pädagogik* (2. unveränd. Aufl., S. 292-309). Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

---

**ANHANG**

Anhang 1: Vorlage für Dokumentationsbogen.....	99
Anhang 2: Handreichung zum Dokumentationssystem.....	102
Anhang 3: Stundenbild .....	105
Anhang 4: Dokumentationsbogen .....	107
Anhang 5: Begleitbogen für die Fachkräfteinterviews .....	109
Anhang 6: Begleitbogen für die ExpertInneninterviews .....	111

## Anhang 1: Vorlage für Dokumentationsbogen

1

Verein „Guat leb'n“



### Dokumentation TGP-Einheiten

Name KlientIn (ausführliche Daten  
siehe Anamnesebogen): \_\_\_\_\_

Tiere: \_\_\_\_\_ Team: \_\_\_\_\_

Bilder: \_\_\_\_\_ Ja / Nein Video: \_\_\_\_\_ Ja / Nein

(0= nie, sehr schlecht; 1= selten, schlecht; 2= manchmal, befriedigend; 3= oft, gut; 4= immer, sehr gut)

<b>Dokumentation Mensch-Tier-Intervention:</b>								
<b>Kontakt/ Begegnung</b>								
1	Blickkontakt	0	1	2	3	4		
2	Kontaktfähigkeit	0	1	2	3	4		
3	Interaktion mit dem Tier	0	1	2	3	4		
4	Interaktion mit einer Person über das Tier	0	1	2	3	4		
5	Rückzug	0	1	2	3	4		
6	passiv	0	1	2	3	4		
7	Tier berühren	0	1	2	3	4		
8	Tier streicheln	0	1	2	3	4		
9	Tier bürsten	0	1	2	3	4		
10	Dynamik der Begegnung	langsam	0	1	2	3	4	schnell
<b>Nähe/Distanz</b>								
11	Körperkontakt möglich	0	1	2	3	4		
12	Nähe/Distanzverhalten	gesteuert Päd.	0	1	2	3	4	frei Klient
<b>Kommunikation/Teilnahme/Verhalten</b>								
13	Kooperation (beteiligt sich an vorgeschlagenen Aktionen)	0	1	2	3	4		
14	Motivation (Summe der Beweggründe, die Entscheidungen und Handlungen beeinflussen)	0	1	2	3	4		
15	Initiative, Eigeninitiative (spontanes Spiel mit dem Tier)	0	1	2	3	4		
16	Oppositionshaltung	0	1	2	3	4		
17	Konzentrationsfähigkeit	0	1	2	3	4		
18	Ablenkbarkeit	0	1	2	3	4		
19	Empathie (Einfühlungsvermögen)	0	1	2	3	4		

Verein „Guat leb'n“

2

20	Selbstbewusstsein		0	1	2	3	4	
21	Aufmerksamkeit		0	1	2	3	4	
22	Rituale (Verselbständigung einer Verhaltensform mit Signalwirkung, Vorgehen nach festgelegter Ordnung)		0	1	2	3	4	
23	Schulleistung		0	1	2	3	4	
24	Sozialverhalten mit Eltern		0	1	2	3	4	
25	Sozialverhalten mit Freunden etc.		0	1	2	3	4	
26	Teilnahme-Qualität	erleben lassen	0	1	2	3	4	selbst erleben
27	Kommunikationsebenen	definiert Päd.	0	1	2	3	4	flexibel Klient
28	Dialogformen	definiert Päd.	0	1	2	3	4	frei Klient
<b>Emotionen</b>								
29	Ausdruck von Trauer		0	1	2	3	4	
30	Ausdruck von Freude		0	1	2	3	4	
31	Ausdruck von Angst		0	1	2	3	4	
32	Ausdruck von Ärger		0	1	2	3	4	
33	Ausdruck von Geduld		0	1	2	3	4	
34	Aggressionen (schlagen, beißen etc.)		0	1	2	3	4	
35	Autoaggressionen		0	1	2	3	4	
36	Stereotypen (ständiges Wiederholen von Handlungen und/oder Sprache)		0	1	2	3	4	
37	Emotionaler Wert	Erlebniskick	0	1	2	3	4	berührend
<b>Weiterer Wirkungskreis</b>								
38	Ziel der Wirkung	eng definiert	0	1	2	3	4	breit
39	Adaption in den Alltag	begrenzt	0	1	2	3	4	alltagswirksam
40	Grobmotorik		0	1	2	3	4	
41	Feinmotorik		0	1	2	3	4	
42	Mobilität (sitzen, gehen, stehen)		0	1	2	3	4	
43	Körperpflege selbständig		0	1	2	3	4	
44	Sprache – akustisch		0	1	2	3	4	
45	Sprache – Zeichen, Gebärden		0	1	2	3	4	
46	allgemeine Unruhe, Ruhelosigkeit		0	1	2	3	4	
47	Bewegungsunruhe		0	1	2	3	4	
48	Schlaflosigkeit		0	1	2	3	4	
49	depressives Verhalten, Depression		0	1	2	3	4	
50	hoher Blutdruck		0	1	2	3	4	
51	Selbständigkeit		0	1	2	3	4	

3

<b>Dokumentation - Verhalten des Tieres/der Tiere:</b>						
gelassen	0	1	2	3	4	nervös
aufmerksam	0	1	2	3	4	unbeteiligt
mitarbeitend	0	1	2	3	4	widerspenstig
freundlich	0	1	2	3	4	missmutig
höfliche Distanz	0	1	2	3	4	grenzenlos

Unterschrift:

Datum:

**Zusatzinformation bei Bedarf:****Sonstige Bemerkung KlientIn:****Sonstige Bemerkung Tier/Tiere:**

## Anhang 2: Handreichung zum Dokumentationssystem

### Handreichung zur Dokumentation

#### Dokumentation – Teil 1

Teil 1 der Dokumentation dient zur Vorbereitung der Einheit. Hier sollen der geplante Ablauf festgehalten, Ziele notiert und die benötigten Materialien vermerkt werden.

Datum: .....	<input type="checkbox"/> Einzeleinheit	geplante EH: .....
Uhrzeit: .....	<input type="checkbox"/> Gruppeneinheit	heute: .....
TeilnehmerInnen: .....		
.....		
.....		
Thema der Einheit: .....		
Ziel		
Inhalt/Verlauf		

Abbildung 1: Dokumentation – Teil 1, Seite 1

Am oberen Rand der ersten Seite (vgl. Abbildung 1) werden das **Datum**, sowie die **Uhrzeit** der geplanten Einheit festgehalten. Daneben kann durch ein Kreuz im entsprechenden Kästchen markiert werden, ob es sich um eine **Einzel-** oder eine **Gruppeneinheit** handelt. Im rechten oberen Eck wird notiert, wie viele **Einheiten** für den/die KlientIn bzw. die Gruppe geplant sind und um welche Einheit(en) es sich am entsprechenden Tag handelt (z.B. „1/10“ oder „4-5/12“).

Darunter ist Platz für die Namen der **TeilnehmerInnen**. Als nächstes gibt es Raum für das **Thema der Einheit**. Hier sollte eine möglichst prägnante und eindeutige Bezeichnung gewählt werden, welche beschreibt worum es in der Einheit geht, damit auch zu einem späteren Zeitpunkt schnell daraus abgelesen werden kann, was gemacht worden ist.

Die folgende Tabelle beginnt mit dem Abschnitt **Ziel**, in welchem möglichst genau beschrieben werden sollte, welche Ziele mit der Einheit verfolgt werden. Es kann sich dabei um ein einzelnes oder aber auch um mehrere kleinere Ziele handeln. Hier kann auch vermerkt werden, wenn es sich um ein Teilziel handelt, welches zum Erreichen eines großen Zieles nötig ist. Unter **Inhalt/Verlauf** sollte eine sehr genaue Beschreibung des geplanten Vorgehens stehen. Das heißt hier sollte festgehalten werden, was in welcher Reihenfolge stattfinden soll.

Auf der zweiten Seite (vgl. *Abbildung 2*) folgt dann der Abschnitt **Methodisch-didaktisches**. In diesem soll darauf eingegangen werden, welche methodischen Ansätze und didaktischen Mittel dazu verwandt werden, um die Einheit umzusetzen und geplanten Ziele zu erreichen.

Methodisch-didaktisches	
Material/Medien	
Schauplatz	
Tiere/Pflanzen	
Team	

*Abbildung 2: Dokumentation – Teil 1, Seite 2*

In der Rubrik **Material/Medien** ist Platz, dort können die benötigten Geräte und Unterlagen notiert werden. Eine genaue und übersichtliche Auflistung hilft bei der Vorbereitung der Stunde, den Überblick zu behalten, was hergerichtet werden bzw. im Vorfeld noch besorgt werden muss. Unter **Schauplatz** werden dann die geplanten Orte, an denen die Einheit stattfinden soll, festgehalten.

Kommen Tiere oder bestimmte Pflanzen zum Einsatz, so kann dies im Abschnitt **Tiere/Pflanzen** vermerkt werden. Ebenso können unter dem Punkt **Team** Helfer genannt werden, welche für die Umsetzung hilfreich bzw. nötig sind.

## Dokumentation – Teil 2

Zur Nachbereitung der durchgeführten Einheit dient Teil 2 der Dokumentation. Dieser sollte, wenn möglich, sehr zeitnah ausgefüllt werden, damit die Eindrücke noch frisch sind. Handelt es sich bei der zu dokumentierenden Einheit um eine Gruppeneinheit, so ist es ratsam für jede/jeden KlientIn ein eigenes Blatt auszufüllen.

Im oberen linken Eck der ersten Seite (vgl. *Abbildung 3*) sind der **Namen** der Klientin/des Klienten sowie das **Durchführungsdatum** der Einheit zu notieren. Daneben kann, für die schnellere Zuordnung und die bessere Übersicht, wieder festgehalten werden, wie viele **Einheiten geplant** sind und auf welche Einheit(en) sich die Dokumentation bezieht (vgl. S. 1, zweiter Abschnitt). Darunter kann ebenfalls noch einmal markiert werden, ob es sich um eine **Einzel-** oder eine **Gruppeneinheit** gehandelt hat. Danach gibt es ein Feld, in welchem **besondere Vorkommnisse** und **Auffälligkeiten** festgehalten werden können. Hier sollten vor allem wichtige Geschehnisse eingetragen werden, welche für die nachfolgende Beurteilung der Klientin/des Klienten von Bedeutung sind.

Name: ..... geplante EH: .....

Datum: ..... heute: .....

Einzeleinheit  
 Gruppeneinheit

**Gab es heute besondere Vorkommnisse oder Auffälligkeiten?**

**Inwiefern treffen die Aussagen für die heutige Einheit(en) zu?**  
(1 - sehr gut, immer; 2 - gut, oft; 3 - befriedigend, manchmal; 4 - schlecht, selten; 5 - sehr schlecht, nie)

Der/die KlientIn...	Anmerkungen					
1 war aufmerksam	1	2	3	4	5	
.....	1	2	3	4	5	

Abbildung 3: Dokumentation – Teil 2, Seite 1

In der sich daran anschließenden Tabelle sind Aussagen, die den Satz „**Der/die KlientIn...**“ vervollständigen, aufgelistet. Hier soll markiert werden, inwiefern diese Sätze für die durchgeführte Einheit auf die Klientin/den Klienten zutreffen, wobei nur die Parameter auszufüllen sind, welche für sie/ihn von Bedeutung sind. Es soll dabei nach dem Schulnoten Prinzip vorgegangen werden. Das Kästchen mit der „1“ bedeutet, dass die Aussage voll zutrifft, das Kästchen mit der „5“, dass die Aussage überhaupt nicht zutrifft. Die Zahlen 2, 3 und 4 stellen dabei entsprechende lineare Abstufungen dar.

Die Tabelle setzt sich auf der zweiten Seite fort. Am Ende der Seite befindet sich dann noch einmal ein großes Feld (vgl. *Abbildung 4*), in welchem Anmerkungen niedergeschrieben werden können. Hier können die persönlichen Eindrücke der TherapeutInnen/PädagogInnen/SozialarbeiterInnen, sowie Hinweise für die nächsten Einheiten oder andere Informationen niedergeschrieben werden.

54		1	2	3	4	5	
55		1	2	3	4	5	
56		1	2	3	4	5	

**Anmerkungen**

Abbildung 4: Dokumentation – Teil 2, Seite 2



### Anhang 3: Stundenbild

<p>Datum: .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzeleinheit</p>	<p>geplante EH: .....</p>
<p>Uhrzeit: .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Gruppeneinheit</p>	<p>heute: .....</p>
<p>TeilnehmerInnen: .....</p>		
<p>.....</p>		
<p>.....</p>		
<p><b>Thema der Einheit:</b> .....</p>		

<p>Ziel</p>	
<p>Inhalt/Verlauf</p>	

Stand: 17.11.2014

Dokumentation – Teil 1

Seite 1 von 2

<b>Methodisch- didaktisches</b>	
<b>Material/Medien</b>	
<b>Schauplatz</b>	
<b>Tiere/Pflanzen</b>	
<b>Team</b>	

### Anhang 4: Dokumentationsbogen

Name: .....

Datum: .....

geplante EH: .....

heute: .....

- Einzeleinheit
- Gruppeneinheit

**Gab es heute besondere Vorkommnisse oder Auffälligkeiten?**

**Inwiefern treffen die Aussagen für die heutige Einheit(en) zu?**

( 1 - sehr gut, immer; 2 - gut, oft; 3 - befriedigend, manchmal; 4 - schlecht, selten; 5 - sehr schlecht, nie )

Der/die KlientIn...							Anmerkungen
1	war aufmerksam	1	2	3	4	5	
2	war konzentriert	1	2	3	4	5	
3	hat Ablenkungen widerstanden	1	2	3	4	5	
4	hat durchgehalten	1	2	3	4	5	
5	war motiviert	1	2	3	4	5	
6	hat sich motivieren lassen	1	2	3	4	5	
7	war aktiv	1	2	3	4	5	
8	war geduldig	1	2	3	4	5	
9	war mit Spaß bei der Sache	1	2	3	4	5	
10	war kooperativ	1	2	3	4	5	
11	hat selbständig gehandelt	1	2	3	4	5	
12	hat Initiative ergriffen	1	2	3	4	5	
13	ist selbstbewusst an Dinge herangegangen	1	2	3	4	5	
14	hat sich in die Gruppe integriert	1	2	3	4	5	
15	hat Kontakt aufnehmen können	1	2	3	4	5	
16	hat Blickkontakt aufgenommen	1	2	3	4	5	
17	hat Blickkontakt halten können	1	2	3	4	5	
18	hat mit dem Tier interagiert	1	2	3	4	5	
19	hat mit einer Person (über das Tier) interagiert	1	2	3	4	5	
20	war empathisch	1	2	3	4	5	
21	hat Gefühle gezeigt	1	2	3	4	5	
22	konnte seine Gefühlen benennen/bewusst zum Ausdruck bringen	1	2	3	4	5	
23	hat das Tier mithilfe einer Bürste etc. berührt	1	2	3	4	5	
24	hat Körperkontakt mit dem Tier zugelassen	1	2	3	4	5	
25	hat Körperkontakt mit anderen Personen zugelassen	1	2	3	4	5	
26	konnte sein Nähe-Distanz-Verhalten kontrollieren	1	2	3	4	5	
27	hat gesprochen	1	2	3	4	5	

28	hat Mimik zur Kommunikation eingesetzt	1	2	3	4	5	
29	hat Gestik zur Kommunikation eingesetzt	1	2	3	4	5	
30	konnte eine Unterhaltung führen	1	2	3	4	5	
31	konnte auf mehreren Ebenen kommunizieren	1	2	3	4	5	
32	war mobil	1	2	3	4	5	
33	war beweglich	1	2	3	4	5	
34	hat grobmotorische Anforderungen erfüllen können	1	2	3	4	5	
35	hat feinmotorische Anforderungen erfüllen können	1	2	3	4	5	

<b>Der/die KlientIn...</b>							<b>Anmerkungen</b>
36	war unruhig	1	2	3	4	5	
37	war traurig	1	2	3	4	5	
38	zeigte Angst	1	2	3	4	5	
39	war depressiv	1	2	3	4	5	
40	verhielt sich aggressiv	1	2	3	4	5	
41	zeigte autoaggressives Verhalten	1	2	3	4	5	
42	hat sich zurückgezogen	1	2	3	4	5	
43	verhielt sich abwartend	1	2	3	4	5	
44	hat eine oppositionelle Haltung eingenommen	1	2	3	4	5	
45	zeigte destruktives Verhalten	1	2	3	4	5	
46		1	2	3	4	5	
47		1	2	3	4	5	
48		1	2	3	4	5	
49		1	2	3	4	5	
50		1	2	3	4	5	
51		1	2	3	4	5	
52		1	2	3	4	5	
53		1	2	3	4	5	
54		1	2	3	4	5	
55		1	2	3	4	5	
56		1	2	3	4	5	

### Anmerkungen

## Anhang 5: Begleitbogen für die Fachkräfteinterviews

### 1. Einleitung

Dank für Teilnahme an der Untersuchung

Beschreibung der Forschung

Erklärung des Ablaufs des Interviews

Hinweis auf Ehrlichkeit der Interviewten -> Kritik erwünscht!

Verbesserungsvorschläge erbitten

Hinweis darauf, dass die Zeit zur Verfügung steht, die benötigt wird

Einverständnis zur Aufnahme des Gesprächs und Veröffentlichung der gewonnen Daten

Raum für Fragen der Interviewten

### 2. Stundenbild

Vollständig?

Was fehlt? Was zu viel?

Gute Vorbereitung für Einheit?

Übersichtlich?

Genug Platz?

Bereits Erfahrung mit Stundenbildern?

Eindruck: brauchbar?

### 3. Doku

Vollständig?

Was fehlt? Was zu viel?

Alle Bereiche abgedeckt?

Fehlen wichtige Punkt?  
Übersichtlich?  
Genug Platz?  
Struktur?  
Kombination offen/standardisiert gut?  
Bereits Erfahrung mit Dokumentationssystemen?  
Eindruck: brauchbar?

#### 4. Allgemein

Selbsterklärend?  
Handreichung notwendig? Wenn ja, gut?  
Dauer für einlesen bzw. einarbeiten OK?  
Für Alltag praktikabel? Nützlich oder Belastung?  
Würde es genutzt werden? Warum bzw. warum nicht?  
Elektronisch?

#### 5. Doku Vorlage

Vergleich: Vorlage <-> erprobtes Dokumentationssystem:  
was fällt auf?  
welches gefällt besser?

#### 6. Abschluss

Raum für Fragen und weitere Anmerkungen der Interviewten  
Dank für Teilnahme an der Untersuchung und Beantwortung der Fragen

## Anhang 6: Begleitbogen für die ExpertInneninterviews

### 1. Einstieg

Dank für Bereitschaft zur Teilnahme

Beschreibung der Untersuchung

Erklärung des Ablaufs

Einverständnis zur Aufnahme des Gesprächs und Veröffentlichung der gewonnenen Daten

Raum für Fragen der Interviewten

### 2. Qualität

Standpunkt zu QS/QM allgemein, bzw. im Bereich Green Care?

Notwendigkeit von QS/QM?

QS/QM – Chance oder Hindernis?

Wo steht GC qualitativ derzeit?

Wie kann Qualität weiter verbessert werden?

Meinung zu Qualitätsvorgaben bzw. Qualitätssigeln?

### 3. Dokumentation

Dokumentation Teil von QS?

Ist ein einheitliches Dokumentationssystem?

Wie sollte Dokumentation ausschauen?

Welche Form sollte die Doku optimaler Weise haben?

Ist standardisierte Form sinnvoll? Was spricht dafür, was dagegen?

Was bzw. welche Bereiche müssten abgefragt werden?

Ist eine computergestützte Umsetzung eines Dokumentationssystems erstrebenswert? Sollte es beide Formen geben?

#### 4. Dokumentationssystem

Was fällt auf? (Design, Aufbau, Themen, ...)

Was ist gut? Was ist schlecht?

Wo fehlt etwas? Was ist zu viel?

Ausreichend Platz?

Zu enger Rahmen?

Mehr Platz für freie Dokumentation?

Genug Items?

Differenziert genug?

Zu knapp?

Ist es brauchbar?

Ist ein standardisierter Dokumentationsbogen sinnvoll?

Ist es vorstellbar es in dieser Form zu nutzen?

#### 5. Abschluss

Raum für Fragen und weitere Anmerkungen der Interviewten

Dank für Bereitschaft für das Gespräch



## **EHRENERKLÄRUNG**

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Masterthese selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich die Reinschrift der Masterthese einer Korrektur unterzogen und ein Belegexemplar verwahrt.

Wien, den 22.04.2016

Sascha Knödler