



Richard Hennessey

## FACHBEITRAG



Roland Mangold

# Lebensqualität statt Qualitätskontrolle

## etablierte Systeme helfen nicht weiter

Im Rahmen des EU-Projektes „Interregionales Lernen in der Altenarbeit“, welches im Bodenseeraum durchgeführt wird, stellte sich heraus, dass das durch herkömmliche Qualitätsmodelle initiierte Denken und Handeln nicht nachhaltig und zukunftsfähig ist. Es führt Einrichtungen der Altenarbeit an einen Punkt, von dem aus ein echtes Weiterkommen kaum mehr möglich ist. Im Rahmen dieses Projektes wurden die Gründe dafür erforscht und zwei Konzepte entwickelt die den in der Altenarbeit tätigen Organisationen und Menschen helfen, sich aus dieser „Sackgasse“ heraus zu bewegen.

### Wie kam es zu diesem Projekt?

Jedes Land der Bodenseeregion (DE, AT, CH, FL) hat seine spezifischen Stärken in der Altenarbeit. Das wird von den PolitikerInnen und den SozialplanerInnen als wichtige Ressource gesehen, um den zukünftigen Herausforderungen – wie sie beispielsweise mit der stark steigenden Zahl älterer Menschen und den gleichzeitig stagnierenden Budgets auf uns zukommen – erfolgreich begegnen zu können. Auf relativ kleinem Raum haben sich aus spezifischen Rahmenbedingungen interessante Unterschiede und Profile entwickelt. Die Lernchancen, die in diesen Unterschieden liegen und das Wissen darüber, dass regionale Kooperationen eine Voraussetzung für die tragfähigen Konzepte der Zukunft sind, gaben den Anstoß für dieses Projekt. Die politischen VertreterInnen rund um den Bodensee leisteten nicht nur ideelle Unterstützung, sondern im Rahmen des Programms Interreg IIIA auch eine finanzielle Förderung. Damit



## Interreg IIIA

Alpenrhein·Bodensee·Hochrhein



EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFT

Gefördert aus dem Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung

war es möglich, das Projekt umfassend anzulegen und ein erfahrenes Forscherteam mit ein zu binden.

### (Qualitäts-) Managementsysteme als „Fortschrittschhammer“?

Bei Projektstart wurde davon ausgegangen, dass die etablierten (Qualitäts-)Managementsysteme für die Weiterentwicklung und das Lernen in der Altenarbeit eine maßgebliche Rolle spielen. Nach den ersten eingehenden Analysen wurde jedoch deutlich, dass diese Systeme den Einrichtungen in den letzten Jahren zwar geholfen haben, ihre betriebswirtschaftliche Effizienz zu erhöhen, dass sie im Hinblick auf die Anforderungen von morgen aber eher hemmend, als fördernd wirken. Dies hat im Wesentlichen zwei Gründe: Zum einen liegt ihnen ein zu enger, nämlich überwiegend betriebswirtschaftlich orientierter Qualitätsbegriff zu Grunde. Für das Weiterkommen in der Altenarbeit sind aber Konzepte erforderlich, welche nicht nur betriebswirtschaftliche, sondern auch pflegerische und volkswirtschaftliche Qualitätsaspekte umfassen. Und zum anderen haben bestehende Systeme ihre Aufmerksamkeit hauptsächlich darauf gerichtet, dass die Dinge „richtig getan werden“. Was aber, wenn die Dinge, die man zwar richtig tut, die falschen Dinge sind? „Falsche“ Dinge „richtig“

tun hemmt sogar den Fortschritt (Effizienzfalle). Daher braucht es Systeme und Methoden, die uns zuerst einmal helfen zu sehen, welches die „richtigen Dinge“ sind.

### Zwei neue Konzepte bzw. Denkweisen: „Lebensqualität“ und Pädagogik der Altenarbeit

Wie sehen die „Instrumente/Methoden“ aber nun konkret aus, die allen Beteiligten helfen zu sehen, was denn die „richtigen“ Dinge sind? Nach einem ca. 12-monatigen, intensiven Entwicklungsprozess beantwortete das Forscherteam diese Frage mit dem Konzept „Lebensqualität“ und dem Paradigmawechsel „Weg von der Hilfeleistung hin zum Lehren und Lernen in der Altenarbeit“. Die Fachkräfte sollen nicht nur „Hilfeleister“, sondern vor allem „PädagogInnen“ sein. Eine Altenhilfeeinrichtung kann sich so auch zu einem „Lernort“ für die älteren Menschen selbst, für die Angehörigen, für die Fach- und Führungskräfte entwickeln. Das Konzept „Lebensqualität“ macht Lebensqualität für alle in der Altenarbeit involvierten Menschen greifbar und damit als universale Zielgröße für das Lernen einsetzbar.

### Konzepte werden mit Erfolg eingesetzt

Im Rahmen des Projektes „Interregionales Lernen in der Altenarbeit“ haben im März 2006 Einrichtungen damit begonnen, das Konzept Lebensqualität und den Paradigmawechsel hin zum Lernen anhand konkreter Aufgaben wie „Teambildung“, „Finanzierung“ und „Arbeitsorganisation“ im eigenen

# Lebensqualität

Hause umzusetzen. Die ersten Ergebnisse zeigen, dass die Beteiligten beginnen zu sehen, mit welchen Maßnahmen sie bessere Lösungen blockieren und mit welchen Maßnahmen sie weiter kommen können. Ab März 2007 können wieder neue Einrichtungen in der Bodenseeregion einsteigen. Die Werkzeuge für die Anwendung des Konzepts „Lebensqualität“ und die Trainings-Module für den „Paradigmenwechsel“ stehen den beteiligten Einrichtungen in erprobter Form zur Verfügung. Mitte 2007 wird auch erstmals ein Kompetenz-Entwicklungsprogramm für die älteren Menschen selbst durchgeführt.

## Erwartete Ergebnisse und Wirkungen

Mit der breiten Anwendung des Konzepts „Lebensqualität“ und der Abkehr vom klassischen Versorgungsdanken wird den Menschen in der Bodenseeregion ein würdevolles Altern in Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität in jeder Lebensphase ermöglicht. Das System der Altenarbeit wird auch davor bewahrt, in die Effizienzfalle zu tappen. Wenn die „richtigen Dinge richtig gemacht“ werden hat das auch zur Folge, dass mit dem gleichen Input eine höhere Wirkung erzeugt wird. Von innen kommende, fortdauernde und fruchtbare Lern- und Entwicklungsprozesse aller Beteiligten lösen die Krisen-Sitzungen von ExpertInnen und aufgesetzte Lösungen ab.

## Der Grundgedanke des Konzepts „Lebensqualität“

Lebensqualität hat sowohl eine objektive als auch eine subjektive Dimension:

Objektive Lebensbedingungen	Subjektive Wahrnehmung	
	Gut	Schlecht
Gut	Well-Being	Dissonanz
Schlecht	Adaption	Deprivation

Quelle: Glatzer/Zapf (1984)

Das wollen wir an einem wichtigen Beispiel erläutern. Nehmen wir die Selbstständigkeit als objektiven Aspekt. Selbstständigkeit heißt, dass ein Mensch die Aktivitäten des täglichen Lebens (waschen, essen etc.) selber ausführen kann. Der Umfang bzw. der Grad der Selbstständigkeit kann objektiv anhand von Skalen (z.B. Barthel-Index) gemessen werden. Ein älterer Mensch kann unselbstständig, z.B. bettlägerig sein, und sich dabei unglücklich fühlen (Deprivation). Das würde jemand, der das von außen beobachtet, auch so erwarten. Glücklicherweise ist das meistens nicht der Fall. Ältere Menschen sind, auch wenn sie unselbstständig sind, zufriedener als man erwarten würde (Adaption bzw. Zufriedenheitsparadox). Hier spielen psychische Anpassungsmechanismen eine Rolle, aber auch die Art, wie mit diesen Menschen umgegangen wird, ob man ihnen z.B. Wahlfreiheit lässt oder ob ihnen ermöglicht wird, am sozialen Leben partizipieren zu können. Dann gibt es auch noch Menschen, die trotz guter objektiver Bedingungen, in diesem Fall Selbstständigkeit, sich nicht wohl fühlen. Die Ursachen können vielfältig sein, z.B. Einsamkeit. Diesen Zustand nennt man Dissonanz. Aus Rehabilitationsstudien wissen wir, dass sich das Wohlbefinden (subjektiv) mit steigender Selbstständigkeit (objektiv)

erhöht. Ideal ist daher der Fall, in dem sowohl der objektive als auch der subjektive Zustand gut sind. Das wäre der Zustand des „well being“. In unserem Falle ein älterer Mensch, der nicht auf fremde Hilfe angewiesen ist und der

sich dabei wohl fühlt. Nehmen wir das Beispiel von älteren Menschen in einem Heim, die in den meisten Fällen wegen mangelnder Selbstständigkeit dorthin kommen. Aus der Lebensqualitätsforschung wissen wir, dass diese Menschen im Durchschnitt eine geringere Lebensqualität genießen als ihre Altersgenossen in den privaten Haushalten. Bei ihnen ist die Gefahr groß, in einen Zustand der Deprivation abzugleiten. Zur Evaluierung und zum Vergleich der Lebensqualität von älteren Menschen wurde von der Austrian Evaluation Society das „Dornbirner Lebensqualitätsmodell der Altenarbeit“ entwickelt.

## Das Dornbirner Lebensqualitätsmodell der Altenarbeit

Das Dornbirner Lebensqualitätsmodell für ältere Menschen besteht aus den drei großen Elementen Ressourcen, Prozessen und Outcomes. Menschen kommen mit Ressourcen unterschiedlichster Art und Höhe in ein Heim, wo sie auf eine Vielzahl von Prozessen verschiedener Güte treffen und so ein bestimmter Outcome geformt wird, welcher seinerseits mittel- bis langfristig wieder auf die Ressourcen wirkt. Hier ist in der Form einer nach oben offenen Lernschleife der Idealfall dargestellt: Gut verlaufende Prozesse

## FACHBEITRAG



Pflege | MTD | Eurak | Fortbildungen | Medizin

## Sonderaus- und Weiterbildungen WS 2007

### Weiterbildung Onkologische Pflege

- Berufsbegleitende Weiterbildung gemäß § 64 GuKG
- ausgezeichnet mit dem Zertifikat der EONS/European Oncology Nursing Society
- Ausbildungsbeginn: 17. Sep. 2007

### Weiterbildung Neurorehabilitative Pflege

- Berufsbegleitende Weiterbildung gemäß § 64 GuKG
- Ausbildungsbeginn: 1. Okt. 2007

### Weiterbildung Basales und mittleres Pflegemanagement

- Berufsbegleitende Weiterbildung gemäß § 64 GuKG
- Ausbildungsbeginn: 8. Okt. 2007

### Sonderausbildung Pflege im Operationsbereich

- Sonderausbildung gemäß § 65 GuKG
- Ausbildungsbeginn: 1. Okt. 2007

### Anmeldung und Information

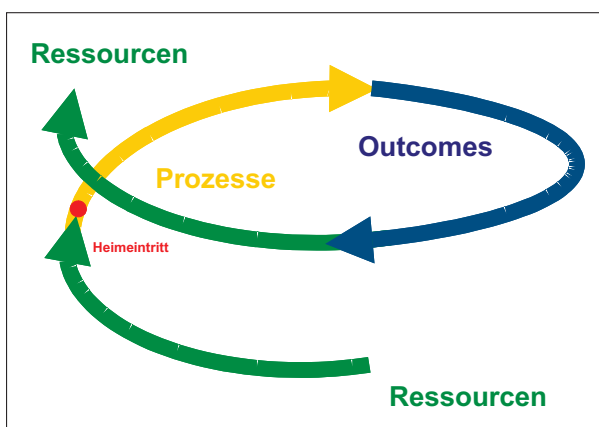
Anmeldeschluss: 13. Juli 2007

Die Bewerbungsunterlagen finden Sie zum Download unter [www.azw.ac.at](http://www.azw.ac.at) → Ausbildungen → Weiter-/Sonderausbildungen.

Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH  
Sekretariat SAB/WB Pflege:  
Tel.: +43(0)50/8648-2207  
Fax: +43(0)50/8648-672207  
[renate.zinner@azw.ac.at](mailto:renate.zinner@azw.ac.at)  
[www.azw.ac.at](http://www.azw.ac.at)



Die Adresse für Gesundheitsberufe



schaffen mit vorhandenen Ressourcen einen guten Outcome, welcher wiederum den Ressourcenlevel erhöht. Beispiel: Einem älteren Menschen wird mit einer erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahme (Prozess) zu einer höheren Selbstständigkeit (objektiver Outcome) und Wohlbefinden (subjektiver Outcome) verholfen, welches wiederum zu einem verbesserten psychosomatischen Zustand (Ressourcen) führt.

#### Ressourcen

Ressourcen sind kurz- bis mittelfristig als fixe Größe anzusehen.

Da wären einmal die **individuellen** Ressourcen. Ein Mensch bringt gewisse psychische, kognitive und körperliche Ressourcen mit, wenn er in ein Heim kommt. Er hat ein bestimmtes Einkommen und eine gewisse Bildung. Aus mehreren Altersstudien wissen wir, dass z.B. das Einkommen einen bedeutsamen Effekt auf die Lebensqualität älterer Menschen hat.

**Familiäre/Soziale** Ressourcen charakterisieren das familiäre und soziale Umfeld, ob ein älterer Mensch verheiratet ist, Kinder hat etc. In der OASIS-

Studie<sup>1</sup> wurde z.B. festgestellt, dass ältere Menschen, die ein Kind oder mehrere Kinder haben, eine höhere Lebensqualität aufweisen als jene, die kinderlos sind.

Institutionale Ressourcen betreffen das Heim. Da wäre die bauliche Struktur, z.B. das Verhältnis von Ein- zu

Mehrbettzimmern. Studien zeigen, dass die Lebensqualität in Einbettzimmern höher ist als in Mehrbettzimmern. Ein anderes Beispiel wäre das Verhältnis von diplomierten zu nicht diplomierten Personal.

Dann gibt es noch gesellschaftliche Ressourcen. Was für monetäre und regulative Anreize setzt der Staat? Wir wissen z.B., dass zu viel Regulierung, auch wenn es in Form von Qualitätsstandards u.ä. gut gemeint ist, das autonome Arbeiten und damit die Qualität der Arbeit behindern kann.

#### Prozesse

Es geht nicht nur darum gute Karten zu haben, sondern auch darum, mit einem schlechten Blatt gut zu spielen. In ein Heim kommen Menschen mit guten und mit schlechten Karten. Ältere Menschen sollten lernen, auch mit Beeinträchtigungen ein qualitativvolles Leben führen zu können oder darauf zu schauen, dass Behinderungen gar nicht entstehen.

Wir haben hier vier Faktoren, die alle gleichzeitig beachtet werden müssen, um die Lebensqualität der Menschen

# Lebensqualität

zu verbessern. Diese Faktoren sind nicht nur Grundbedürfnisse älterer Menschen, sondern auch jene des Personals.

## Autonomie

Autonomie bedeutet, dass man selber entscheiden kann, was man will. Für einen Bewohner ist es z.B. wichtig, dass er morgens aufstehen kann, wann er will. Man weiß auch, dass Rehabilitation, in der die Autonomie der Patienten respektiert wird, um einiges effektiver ist.

Für eine Pflegekraft ist es sehr wichtig, dass sie autonom arbeiten kann und nicht jeder Handgriff reguliert wird. Die Pflegekraft sollte „Eigentümerin“ der Prozesse sein, die sie ausführt. Das wirkt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität der älteren Menschen aus, sondern auch auf die eigene Gesundheit und Zufriedenheit, welches beide wesentliche Outcomes von Lebensqualität sind. Interessant ist, dass dort, wo Pflegekräfte nicht autonom arbeiten können, sie auch die Bewohner nicht autonomiefördernd pflegen. Damit aber aus der Autonomie nicht Anarchie wird, ist es wichtig, dass das autonome Handeln der Pflegekräfte am Outcome „Lebensqualität der Bewohner“ gemessen wird.

## Kompetenz

Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit, bestimmte Dinge, die wichtig für das tägliche Leben sind oder die einem sonst auch wertvoll erscheinen, tun zu können.

Das ist für ältere Menschen v.a. Bewegungskompetenz, denn die Aktivitäten

des täglichen Lebens sind alle mit Bewegung verbunden. In einem engen Zusammenhang mit der Bewegungskompetenz steht die kognitive Kompetenz, was durch die Studie „Selbstständigkeit im Alter“ (SIMA) gut belegt ist. Man hat herausgefunden, dass Gedächtnistraining nur dort erfolgreich und nachhaltig war, wo es in Kombination mit Bewegung erfolgte.

Für Pflegekräfte ist Kompetenz ein wichtiger Faktor für ihre Mitarbeiterzufriedenheit und Gesundheit. Denn wenn man etwas bewirkt, z.B. einen Rehabilitationserfolg, dann erlebt die Pflegekraft Kompetenzwirksamkeit. Für die Bewohner ist „Empathie“, das Einfühlungsvermögen der Pflegekräfte in ihre Situation, eine sehr wichtige Sache. Sie beurteilen die fachliche Kompetenz der Pflegekraft durch den Filter der Beziehungsqualität, die sie erleben.

## Partizipation

Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er will teilhaben am Leben einer Gruppe, die ihm wichtig ist. Umgekehrt bedarf es auch der Akzeptanz durch diese Gruppe. Auch ältere Menschen wollen am sozialen Leben nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen teilnehmen.

Für Pflegekräfte sind die Beziehungen zu ihren Kollegen ein sehr wichtiger Faktor für ihre Arbeitszufriedenheit. Noch wichtiger ist ein gutes Verhältnis zu den Vorgesetzten. Eine gute Rückmeldekultur z.B. hilft, dies zu ermöglichen. Es wurde festgestellt, dass Altenhilfeeinrichtungen mit guter Rückmeldekultur signifikant weniger burnout-Fälle trotz vergleichbarer Arbeits-

belastung hatten wie Heime, in denen es keine oder eine schlechte Rückmeldekultur gab.

## Sinn

Einfach gesprochen bedeutet Sinn das zu realisieren, was uns wertvoll erscheint. Das kann Arbeit sein, das kann Partizipation sein. Sinn hat aber auch noch eine eigenständige und grundlegende Dimension, was insbesondere im Falle Bettlägriger oder Sterbender zum Vorschein kommt. Dann stellt sich die Frage nach dem Wert der eigenen Existenz.

Bei den Pflegekräften bezieht sich Sinn vor allem auf ihre Tätigkeit. Umfragen zufolge fällt bei Pflegekräften das starke Gefühl auf, dass sie eine sinn- und verantwortungsvolle Tätigkeit ausüben. Es ist der bedeutsamste Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit.

## Outcome: Lebensqualität

Im deutschen Sprachraum standen in der Altenpflege bisher immer Strukturen und danach Prozesse im Vordergrund. Zählen tut aber letztlich das, was raus kommt, die Lebensqualität. Die Lebensqualität hat sowohl eine objektive als auch eine subjektive Dimension. Hinzu kommt, dass die Lebensqualität der Bewohner als auch des Personals einander bedingen. Diese Interaktivität der Beziehungen zwischen der Lebensqualität der Bewohner und jener der Mitarbeiter wird erstmals im Dornbirner Modell berücksichtigt.

## Objektiver Outcome: Selbstständigkeit

Selbstständigkeit ist das wichtigste Element der objektiven Lebensqualität



## FACHBEITRAG

älterer Menschen. Sie ist die Fähigkeit eines Menschen, sein Leben aus eigener Kraft führen zu können, so dass er der Hilfe und Unterstützung anderer nicht regelmäßig bedarf. Selbstständigkeit ist die Folge von Kompetenz und ist kein Prozess, sondern ein Outcome, der durch Beobachtung gemessen werden kann.

Leider wird oft unselbstständiges Verhalten noch gefördert. Das kann mit der Ablauforganisation zusammenhängen, wenn sich das pflegerische Handeln vor allem an einen effizienten Betriebsablauf orientiert. Es kann aber auch im Verhalten der älteren Menschen (Zuwendung erheischen) begründet sein und durch staatliche monetäre Anreize (defizitorientiertes Pflegegeld) verstärkt werden.

Die Selbstständigkeit älterer Menschen bietet ein ideales Lernfeld, auf das sich die Prozesse der Autonomie, Kompetenz und Partizipation beziehen sollten. Die Mitarbeiter können Kompetenzen entwickeln, für die ihnen mehr Autonomie zur Verfügung gestellt werden sollte, was auf einer sachlichen Basis einen permanenten Aushandlungsprozess zwischen Führung und Mitarbeiter in die Wege leitet. Dieser Prozess führt zu einer lebendigen kooperativen Führungskultur und ermöglicht damit mehr Partizipation. Kompetenzen können sich auch besser entfalten im fachlichen Dialog mit den Kollegen, was auch hier die Partizipation erhöht. Schließlich partizipiert der Mitarbeiter über seine eigene Kompetenzentwicklung mehr am Leben des älteren Menschen und es wird ihm die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns vor Augen ge-

führt, wenn die Selbstständigkeit der älteren Menschen sich erhöht.

Objektive Indikatoren für die Lebensqualität der Mitarbeiter sind z.B. Krankenstände und Fluktuationsraten aber auch die Fähigkeit, selbstständig arbeiten zu können.

#### Subjektiver Outcome: Zufriedenheit und Wohlbefinden

Es gibt aber auch noch einen subjektiven Teil der Lebensqualität, welcher Zufriedenheit (kognitiv) und Wohlbefinden (emotional) umfasst.

Ein älterer Mensch kann z.B. zufrieden sein mit dem Angebot in einem Heim, sich aber trotzdem unwohl fühlen. Im Extremfall kann er depressiv sein, was wiederum negative Auswirkungen auf die Selbstständigkeit hat.

Alleine die Arbeitszufriedenheit bei Pflegekräften zu erheben ist zu wenig aussagekräftig. Das Wohlbefinden als zusätzliche Größe ergibt mehr Aufschluss über die Lebensqualität der Mitarbeiter.

#### Zusammenfassung

Im derzeit laufenden EU-Projekt am Bodensee wurde deutlich, dass die momentanen betrieblichen Qualitätsbemühungen und politischen Regulierungen fatale Folgen haben könnten. Sie könnten dazu führen, dass die „falschen Dinge richtig getan“ und damit Fortschrittshemmer installiert werden. Zudem zielen die Maßnahmen oftmals nur auf die Ressourcen und neuerdings auch auf die Prozesse ab. Was zählt, ist letztlich aber das, was am Ende rauskommt (Outcomes). Mit dem Konzept

**BILDUNGSZENTRUM für  
GESUNDHEIT UND PFLEGE**

AUSBILDUNGEN

- Diplomierte SeniorInnenfachkraft
- Diplomierte GesundheitsberaterIn

WEITERBILDUNGEN

- Kultursensible Pflege
- Geriatrische Pflege
- Deeskalationsmanagement
- Humor in der Pflege
- Palliativpflege

Beginn jeweils März 2007, weitere Infos unter:

01/749 53 73  
[www.vhs11.at](http://www.vhs11.at)

01/330 41 95  
[www.vhs-brigittenu.at](http://www.vhs-brigittenu.at)

# Lebensqualität

„Lebensqualität“ kann man – ergänzend zu den bestehenden Bemühungen – wichtige und praktische Einsichten erhalten. Im EU-Projekt „Interregionales Lernen in der Altenarbeit“ wird dieser Frage grenzüberschreitend und über verschiedenste Institutionen der Altenarbeit hinweg nachgegangen. Gleichzeitig wird in diesem Projekt der für die Zukunft notwendige Paradigmenwechsel „Lernen statt Helfen“ in der Altenarbeit vollzogen. Nur wenn dies gelingt, sind gewünschte Veränderungen im System der Altenarbeit in absehbarer Zeit möglich. Das Dornbirner Lebensqualitätsmodell der Altenarbeit kann den Akteuren auf allen Ebenen dabei die so wichtige Orientierung geben. ■

<sup>1</sup> OASIS ist die Abkürzung für *Old Age and Autonomy: The role of Service Systems and Intergenerational Solidarity*. Die Studie umfasste die Länder Deutschland, England, Norwegen, Israel und Spanien.

## Literatur

- Basler, H.-D.; Keil, S. (2002): *Lebenszufriedenheit und Lebensqualität im Alter*, Marburg.
- Börsch-Supan, A. u.a. (2005): *Health, Ageing and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim.
- Bullinger, M.; Siegrist, J.; Ravens-Sieberer, U. (2000): *Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive*, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Glatzer, W.; Zapf, W. (1984): *Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*, Frankfurt a.M./New York.
- Hennessey, R.; Mangold, R. (2003): *To be or not to be Die politische Altenhilfe vor einem notwendigen Paradigmenwechsel*, in *Österreichische Pflegezeitschrift* Nr. 11, 16–20.
- Hennessey, R.; Mangold, R. (2006): *Von der Wohlfahrt zur Lebensqualität älterer Menschen Plädoyer für einen Paradigmenwechsel*, in: *Soziale Sicherheit* Nr. 11, 465–470.
- Huber, M. u.a. (2005), *Autonomie im Alter, Leben und*

*Altwerden im Pflegeheim Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern*, Hannover.

Jagsch, C.; Wintgen-Sambaber, I.; Zapotoczky, K. (2006), *Lebensqualität im Seniorenheim, Medizinische, psychotherapeutische und soziologische Aspekte*, Linz.

Kaiser, H.J. (2002): *Autonomie und Kompetenz, Aspekte einer gerontologischen Herausforderung*, Münster.

Kappel, I. (2003), *Wege zu höherer Lebensqualität im Alter, Eine empirische Studie in Wien und in der Steiermark*, Graz.

King, C.; Hinds, P. (2001): *Lebensqualität, Pflege- und Patientenperspektiven*, Bern Göttingen Toronto.

Kreyer, L.; Stieger, A.; Winder, A. (2004): *Pflegenotstand und Burnout Ist die Zukunft im Pflegeberuf wirklich so düster?*, in: *Österreichische Pflegezeitschrift* Nr. 10, 16–18.

Likar, R.; Bernatzky, G.; Pipam, W.; Janig, H.; Sadjak, A. (2005): *Lebensqualität im Alter, Therapie und Prophylaxe von Altersleiden*, Wien.

Lowenstein, A.; Ogg, J. (2003): *OASIS, Old Age and Autonomy, The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity*, Haifa.

Mayer, K.U.; Baltes, P.B. (1996): *Die Berliner Altersstudie*, Berlin.

Motel-Klingebiel, A.; Kondratowitz, H.-J.; Tesch-Römer, C. (2002): *Lebensqualität im Alter, Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel*, Opladen.

Perrig-Chiello, P. (1997): *Wohlbefinden im Alter, Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*, Weinheim München.

Schumacher, J.; Klaiberg, A.; Brähler, E. (2003): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*, Göttingen Bern Toronto Seattle.

Weber, G.; Glück, J.; Heiss, C.; Sassenrath, S.; Schaefer, L.; Wehinger, K. (2005): *ESAW, European Study of Adult Well-Being, Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter, Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich*, Wien.

Dr. Richard Hennessey

beschäftigt sich als Wissenschaftler im Rahmen des von der Europäischen Union geförderten Interreg-Projektes „Interregionales Lernen in der Altenarbeit“ mit dem Lebensqualitätsvergleich von deutschen, österreichischen und schweizerischen Institutionen der Altenarbeit  
richard.hennessey@pro-lq.net

Dkfm. Roland Mangold

Präsident der Austrian Evaluation Society, Evaluator in der Internationalen Entwicklungshilfe und Dozent an den Fachhochschulen in Liechtenstein und Dornbirn