



LAUT GEDACHT

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold

Qualitätssysteme und –programme haben im Gesundheits- und Sozialbereich in den letzten Jahren zwar geholfen, die betriebswirtschaftliche Effizienz zu erhöhen, können aber – wenn sie nicht entsprechend adaptiert werden - im Hinblick auf notwendige Reformen im Gesundheitsbereich eher hemmend als fördernd wirken.

Die Hauptursache liegt bei einer zu engen, überwiegend betriebswirtschaftlich orientierten Denklogik in den etablierten Qualitätssystemen. Für das Weiterkommen im Gesundheits- und Sozialbereich sind Konzepte und Denkmodelle erforderlich, welche neben betriebswirtschaftlichen Aspekten auch fachliche (medizinische, pflegerische) und gesundheitspolitische Qualitätsaspekte beinhalten. Wenn diese Elemente in Qualitätssystemen und -programmen ganz oder teilweise fehlen, wird die Aufmerksamkeit hauptsächlich darauf gerichtet, dass die Dinge ‚richtig getan werden‘.

Was aber, wenn die Dinge, die man zwar richtig tut, die falschen Dinge sind? Wer ‚falsche‘ Dinge ‚richtig‘ tut, hemmt sogar den Fortschritt (Effizienzfalle). Daher ist es im Zusammenhang mit den Bemühungen um Qualität und Produktivität im Sozial- und Gesundheitswesen zentral, ein Konzept zu haben, das dabei hilft zu sehen, welches die ‚richtigen Dinge‘ sind.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Die Lebensqualität als Orientierungsgröße

Im Rahmen eines international angelegten und von der EU mit finanzierten Forschungsprojekts haben wir erkannt, dass sich die Frage ‚Tun wir das Richtige?‘ von der Zielgröße ‚Lebensqualität‘ ableiten muss. Wir sind dabei dem Grundgedanken gefolgt, wonach Lebensqualität sowohl eine objektive als auch eine subjektive Dimension hat.

<i>Objektive Lebensbedingungen</i>	<i>Subjektive Wahrnehmung</i>	
	Gut	Schlecht
Gut	Well-Being	Dissonanz
Schlecht	Adaption	Deprivation

Quelle: Glatzer/Zapf (1984)

Lassen Sie mich diese Zusammenhänge an einem Beispiel aus dem Rehabilitationsbereich erläutern: Nehmen wir die Selbständigkeit als objektiven Aspekt. Selbständigkeit heißt, dass ein Mensch die Aktivitäten des täglichen Lebens (waschen, essen etc.) selber ausführen kann. Der Umfang bzw. der Grad der Selbständigkeit kann objektiv anhand von Skalen (z.B. Barthel-Index) gemessen werden. Ein Mensch kann unselbständig, z.B. bettlägerig sein, und sich dabei unglücklich fühlen (Deprivation). Das würde jemand, der das von außen beobachtet, auch so erwarten. Glücklicher Weise ist das meistens nicht der Fall. Menschen sind, auch wenn sie unselbständig 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 Selbständigkeit, 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 Selbständigkeit (objektiv) erhöht. Ideal ist daher der Fall, in dem sowohl der objektive als auch der subjektive Zustand gut ist. Das wäre der Zustand des ‚well being‘. In unserem Falle ein Mensch, der nicht auf fremde Hilfe angewiesen ist und der sich dabei wohl fühlt.

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

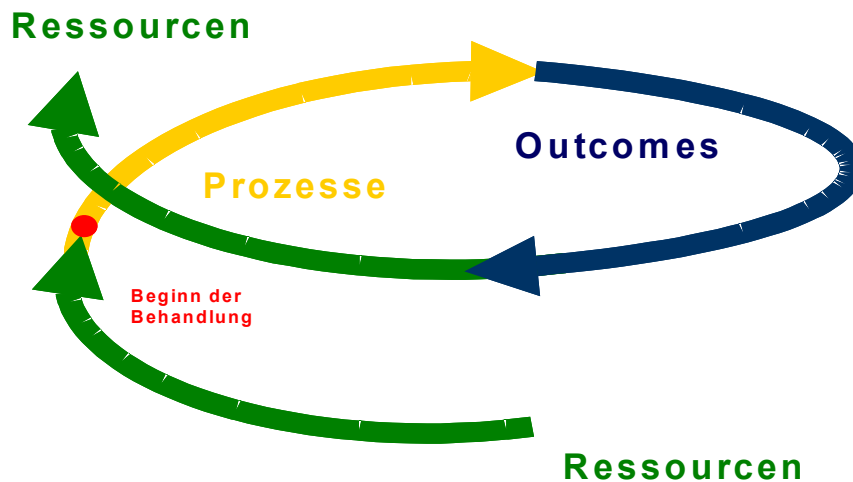
Dkfm. Roland Mangold
erschienen: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Wie muss ein ‚Konzept‘ aussehen, damit die Lebensqualitäts-Orientierung im Alltag möglich wird?

Aufgrund unserer Erkenntnisse gehen wir davon aus, dass ein ‚Konzept Lebensqualität‘ aus drei Elementen bestehen muss: (1) dem Ressourcenteil, (2) dem Prozessteil und (3) dem Teil der Outcomes.

Wenn man diese drei Elemente im realen / praktischen Ablauf betrachtet, sieht das wie folgt aus: Der Menschen kommen mit (1) Ressourcen unterschiedlichster Art und Höhe in eine Behandlung, wo sie auf eine Vielzahl von (2) Prozessen verschiedener Güte treffen und so ein bestimmter (3) Outcome geformt wird, welcher seinerseits mittel- bis langfristig wieder auf die Ressourcen wirkt.



In der Form einer nach oben offenen Lernschleife dargestellt wird sichtbar, dass gut verlaufende Prozesse mit vorhandenen Ressourcen einen guten Outcome schaffen, welcher wiederum den Ressourcenlevel erhöht.

Oder an einem Beispiel: Einem Menschen wird mit einer erfolgreichen Rehabilitationsmassnahme (Prozess) zu einer höheren Selbständigkeit (objektiver Outcome) und Wohlbefinden (subjektiver Outcome) verholfen, welches wiederum zu einem verbesserten psychosomatischen Zustand (Ressourcen) führt.

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold
erschieden: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

**Die Ressourcen stellen kurz- bis mittelfristig relativ fixe Grösse dar.
Man sollte aber wissen, welche Wirkungen / Effekte diese haben.**

Das gilt für die **individuellen** Ressourcen von Menschen (unterschiedliche psychische, kognitive und körperliche Ressourcen) sowie für die **familiären /sozialen** Ressourcen (das familiäre und soziale Umfeld). Z.B. weisen verheiratete Menschen mit Kindern ein höheres Wohlbefinden auf.

Institutionale Ressourcen betreffen die Gesundheitseinrichtungen. 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 zuviel Regulierung, auch wenn es in Form von Qualitätsstandards u.ä. gut gemeint ist, das autonome Arbeiten und die Entfaltung von Kompetenzen behindern können.

Bei den Prozessen ist die Einflußmöglichkeit auf die Lebensqualität groß. Patienten und Fachkräfte sind gleichermaßen gefordert, diese Möglichkeiten zu nutzen.

Es geht nicht nur darum gute Karten zu haben, sondern auch darum, mit einem schlechten Blatt gut zu spielen. Es gibt Patienten mit guten und mit schlechten Karten. Patienten sollten lernen, auch mit Beeinträchtigungen ein qualitätsvolles Leben führen zu können. Hier spielen Prozesse eine wesentliche Rolle.

Wir haben hier vier Faktoren identifiziert, die alle Ansatzpunkte sind, um die Lebensqualität von Menschen verbessern zu können. Diese Faktoren sind nicht nur die Grundbedürfnisse der Patienten, sondern auch jene der Menschen, die im Gesundheitssektor tätig sind.

Die Autonomie

Autonomie bedeutet, dass man selber entscheiden kann, was man will. Man weiß, dass Rehabilitation, in der die Autonomie der Patienten respektiert wird, um einiges effektiver ist, weil der Patient „Koproduzent“ seiner Gesundheit ist.

Für die Fachkräfte in den Gesundheitsberufen ist es sehr wichtig, dass sie autonom arbeiten können und nicht jeder Handgriff reguliert wird. Sie sollten „Eigentümer“ der Prozesse sein, die sie ausführen. Das wirkt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität der Patienten aus, sondern auch auf die eigene Gesundheit und Zufriedenheit, welches beide wesentliche Outcomes von Lebensqualität sind.

Interessant ist, dass dort, wo das Gesundheitspersonal nicht autonom arbeiten können, sie auch die Patienten nicht autonomiefördernd betreuen. Damit aber aus der Autonomie nicht Anarchie wird, ist es wichtig, dass das autonome Handeln des Personals am Outcome „Lebensqualität der Bewohner“ gemessen wird.

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold
erschienen: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Die Kompetenz

Kompetenz beschreibt sowohl den effektiven (objektiv) als auch den effektiv erlebten (subjektiv) Umgang des Menschen mit den Anforderungen der Umwelt. Bleiben wir beim Beispiel der Rehabilitation: Ein Mensch, der über die Vermittlung einer höheren Bewegungskompetenz wieder selbständiger wird, kann nicht nur die Aktivitäten des täglichen Lebens besser bewältigen, sondern erfährt dadurch wieder das Gefühl von Kompetenzwirksamkeit.

Die Fachkraft, welche dem Patienten zu einer höheren Bewegungskompetenz verholfen hat, erlebt selber Kompetenzwirksamkeit. Das Erleben von Kompetenzwirksamkeit im Beruf ist nicht nur eine effektive burnout-Prävention, sondern ist für Wohlbefinden und Gesundheit ein mindestens so bedeutender Faktor wie das individuelle Gesundheitsverhalten hinsichtlich Rauchen, Essen und Bewegung.

Die 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 Patienten, die über weniger Selbständigkeit verfügen, wollen am sozialen Leben nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen teilnehmen.

Für das Gesundheitspersonal 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. Wir haben festgestellt, dass Gesundheitseinrichtungen mit guter Rückmeldekultur signifikant weniger burnout-Fälle trotz vergleichbarer Arbeitsbelastung hatten wie jene, 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 dauerhaft Bettlägeriger oder Sterbender zum Vorschein kommt. Dann stellt sich die Frage nach dem Wert der eigenen Existenz.

Beim medizinischen Personal bezieht sich Sinn vor allem auf ihre Tätigkeit. Umfragen zufolge fällt z.B. bei Pflegekräften das starke Gefühl auf, dass sie eine sinn- und verantwortungsvolle Tätigkeit ausüben. Es ist der bedeutsamste Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit. Auch dürfte das Erleben von Kompetenzwirksamkeit eine bedeutende Quelle der Sinnstiftung sein.

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold
erschienen: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Der Outcome

Ressourcen und Prozesse sind wichtig. Zählen tut aber letztlich das, was raus kommt, die Lebensqualität. Die Lebensqualität hat – wie eingangs schon erwähnt - sowohl eine objektive als auch eine subjektive Dimension. Hinzu kommt, dass die Lebensqualität der Patienten als auch des Gesundheitspersonals einander bedingen. Diese Interaktivität der Beziehungen zwischen der Lebensqualität der Bewohner und jener der Mitarbeiter wird erstmals im Dornbirner Modell berücksichtigt.

Der objektive Outcome: Selbständigkeit

Selbständigkeit ist das wichtigste Element der objektiven Lebensqualität älterer oder durch Krankheit beeinträchtigter Menschen. Sie ist die Fähigkeit eines Menschen, das Leben aus eigener Kraft führen zu können, so dass er der Hilfe und Unterstützung anderer nicht regelmäßig bedarf. Selbständigkeit ist die Folge von Kompetenz und ist kein Prozess, sondern ein Outcome, der durch Beobachtung gemessen werden kann (z.B. mittels Barthel-Index).

Leider wird oft unselbständiges Verhalten noch gefördert. Das kann mit den standardisierten Abläufen in den Betrieben zusammenhängen – vor allem, wenn sich das pflegerische Handeln an einem effizienten Betriebsablauf orientiert. Es kann aber auch im Verhalten der Patienten (dependency-support-script) begründet sein und durch staatliche monetäre Anreize (defizitorientiertes Pflegegeld) verstärkt werden.

Die Selbständigkeit von Rehabilitationspatienten ist nach unserem Stand der Erkenntnisse DER Zugang zu mehr Lebensqualität und Produktivität - für alle Akteure in System: Wird er – auf Basis des Konzept Lebensqualität – konsequent eingenommen, werden Prozesse wirksam, die zu Kompetenz-Entwicklungen bei MitarbeiterInnen und zu einer lebendigen, kooperativen Führungskultur mit mehr Partizipation führen. Die MitarbeiterInnen partizipieren durch die eigene Kompetenzentwicklung auch mehr am Leben der Patienten, was die Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns verstärkt.

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

Der subjektive Outcome: Zufriedenheit und Wohlbefinden

Der subjektive Teil der Lebensqualität umfaßt die Zufriedenheit (kognitiv) und das Wohlbefinden (emotional). Zufriedenheit allein ist zu wenig und irreführend. Zufriedenheit kann z.B. Resultat eines resignativen Anpassungsprozesses sein. Ein Patient kann z.B. zufrieden sein mit dem Angebot in einem

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold
erschienen: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Heim, sich aber trotzdem unwohl fühlen. Im Extremfall kann er depressiv sein, was wiederum negative Auswirkungen auf die Selbständigkeit hat.

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

Die Zusammenfassung

Qualitätssysteme tragen die Gefahr in sich, dass die „falschen Dinge richtig getan“ werden und damit (a) Fortschritt behindert und (b) die ‚wirkliche Qualität‘ beim Patienten nicht erreicht werden kann. Zudem zielen die klassischen Q-Maßnahmen oftmals nur auf die Ressourcen und die Prozesse ab. Was zählt, ist letztlich aber das, was am Ende raus kommt (die Qualität und die Effizienz). Mit dem Konzept „Lebensqualität“ kann man – ergänzend zu den bestehenden Bemühungen - wichtige und praktische Einsichten erhalten. Nur wenn dies gelingt, ist die gewünschte Veränderungen im Gesundheitssystem in absehbarer Zeit möglich und die Qualität für den Patienten langfristig leist- und finanzierbar. Das alltägliche Tun auf allen Ebenen - von der Politik über die Verwaltung bis hin zu den Patienten – daran aus zu richten, macht Sinn. Das ‚Dornbirner Lebensqualitätsmodell‘ kann dabei eine nützliche Orientierungshilfe sein.

Literatur

- Abele, A, Becker, P. (1991), Wohlbefinden, Theorie –Empirie – Diagnostik, Weinheim
- Bullinger, M; Siegrist, J.; Ravens-Sieberer, U. (2000): Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und –soziologischer Perspektive, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle.
- Deusinger, I. (2000), Wohlbefinden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Frankfurt.
- 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
- King, C.; Hinds, P. (2001): Lebensqualität, Pflege- und Patientenperspektiven, Bern – Göttingen – Toronto.
- Kreyer, I.; Stieger, A.; Winder, A. (2004): Pflegenotstand und Burnout – Ist die Zukunft im Pflegeberuf wirklich so düster?, in: Österreichische Pflegezeitschrift Nr. 10, 16 – 18.
- Schumacher, J.; Kläiber, A.; Brähler, E. (2003): Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden, Göttingen – Bern – Toronto – Seattle.

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold
erschieden: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Dkfm. Roland Mangold

lebt mit seiner Familie im Bezirk Bregenz am Bodensee.

Nach 6 Jahren Berufspraxis als Ingenieur turn around hin zum Management von beruflicher Fortbildung und schließlich zur Leitung der Fachhochschul-Planungsgruppe in Vorarlberg.

Daneben 10 Jahre Vorstand von Projektmanagement Austria und Gründung der frey Akademie Dornbirn. Heute Leiter von proEval – der Gesellschaft zur Förderung von professioneller Evaluation und Gründer der Stiftung Lebensqualität.

Nach rund 15 Jahren Praxis als Entwickler von (Qualitäts-) Managementsystemen für das Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen ist Roland Mangold heute vorwiegend als Evaluator von Projekten und Programmen (weltweit) tätig. Dabei stellt er sich zusammen mit den AkteurInnen immer wieder erneut die Frage, wie das Lernen und die Qualität in Organisationen gefördert werden kann.

Als Dozent an der FH Vorarlberg und an der Hochschule Liechtenstein engagiert sich Roland Mangold für die Entwicklung junger Menschen. Eine besondere Bedeutung für Roland Mangold hat die Gestaltung und Entwicklung seines Naturgartens.

roland.mangold@proeval.com

LebensQualität statt Qualitätskontrolle

Dkfm. Roland Mangold
erschieden: Oktober 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.