

# QualiPEP

Qualitätsorientierte Prävention  
und Gesundheitsförderung in Einrichtungen  
der Eingliederungshilfe und Pflege

Meilensteinbericht für Arbeitspaket 1 im  
Projekt (01. Mai – 31. Dezember 2017)

## „Qualitätsorientierte Prävention- und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege - QualiPEP“

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Berlin, Stand August 2018

AOK-Bundesverband

Geschäftsführungseinheit  
Versorgung  
Abteilung Prävention

Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)  
[www.aok-qualipep.de](http://www.aok-qualipep.de)



## Impressum

AOK-Bundesverband

Geschäftsführungseinheit Versorgung  
Abteilung Prävention

Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin  
[www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)  
[www.aok-qualipep.de](http://www.aok-qualipep.de)

Autoren Heidi Ehrenreich  
Christian Hans  
Kai Kolpatzik  
Anke Tempelmann

Projektleitung Anke Tempelmann  
E-Mail: [Anke.Tempelmann@bv.aok.de](mailto:Anke.Tempelmann@bv.aok.de)

Version Akt. Stand August 2018 (Bericht eingereicht am 31.12.2017)

---



## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Begrifflichkeiten.....</b>	<b>8</b>
2.1	Was bedeuten Prävention und Gesundheitsförderung? .....	8
2.2	Was bedeutet Qualitätssicherung?.....	9
<b>3</b>	<b>Lebensweltbezogene Qualitätssicherung .....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Beschreibung der Lebenswelten des Projektes QualiPEP .....</b>	<b>12</b>
4.1	Lebenswelt stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohnstätten) .....	12
4.2	Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen .....	12
<b>5</b>	<b>Projektfelder 1-6.....</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>Arbeitspaket 1: Status-Quo-Erhebung .....</b>	<b>15</b>
6.1	Methodische Vorgehensweise.....	15
6.2	Ist-Zustand.....	16
6.3	Informationssynthese und –analyse .....	16
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der Status-Quo-Erhebung .....</b>	<b>20</b>
7.1	Datenbankrecherchen.....	20
7.2	Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) .....	21
7.2.1	PGF in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 1 .....	21
7.2.2	PGF in stationären Pflegeeinrichtungen: Projektfeld 2 .....	26
7.3	Gesundheitskompetenz (GK) .....	30
7.3.1	Gesundheitskompetenz in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 3 .....	30
7.3.2	Gesundheitskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen: Projektfeld 4.....	31
7.4	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).....	36
7.4.1	Betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 5 .....	36
7.4.2	Betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen: Projektfeld 6.....	38
<b>8</b>	<b>Workshops und Beirat.....</b>	<b>42</b>
8.1	Ergebnisse des Workshops der Kranken- und Pflegekassen vom 27.07.2017 .....	42
8.2	Ergebnisse des Expert/innen-Workshops vom 17.11.2017 .....	43
8.3	Beirat .....	45



<b>9</b>	<b>Erkenntnisse aus der externen Studie zur Genderproblematik im Themenfeld Gesundheitskompetenz.....</b>	<b>47</b>
<b>10</b>	<b>Empfehlungen.....</b>	<b>48</b>
10.1	Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 1.....	50
10.2	Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 2.....	50
10.3	Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 3.....	50
10.4	Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 4.....	51
10.5	Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 5.....	51
10.6	Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 6.....	51
<b>11</b>	<b>Arbeitspaket 2 (AP-2).....</b>	<b>53</b>
11.1	Forschungsbedarf.....	53
11.2	Forschungsziele.....	53
11.3	Planungsmodell.....	53
11.4	Methodisches Vorgehen.....	54
11.4.1	Zielgruppenbefragung.....	54
11.4.2	Interviews mit Schlüsselpersonen.....	56
11.4.3	Sekundärdatenanalysen.....	57
<b>12</b>	<b>Veröffentlichungen.....</b>	<b>59</b>
<b>13</b>	<b>Schlussdiskussion.....</b>	<b>60</b>
<b>14</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>61</b>



## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Aufgliederung von Zielgruppen, Lebenswelten und Zielbereichen nach Projektfeldern.....	14
Tabelle 2 Datenquellen für die Recherche.....	18
Tabelle 3 Suchbegriffe.....	20
Tabelle 4 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte in der Eingliederungshilfe.....	24
Tabelle 5 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte in der Pflege .....	28
Tabelle 6 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte im Bereich Gesundheitskompetenz ..	33
Tabelle 7 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte im Bereich BGF .....	40
Abbildung 1 Qualitätssicherungsaspekte.....	15
Abbildung 2 Flussdiagramm mit Anzahl der Treffer .....	21
Abbildung 3 Precede/Proceed-Modell für die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	54



## 1 Einleitung

Mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes im Jahr 2015 hat der Gesetzgeber erstmals einen verbindlichen Rahmen für Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung gesetzt. Bereits bestehende und mit dem Gesetz neu formulierte Regelungen wurden unter einem Dach zusammengeführt. Der Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting- oder Lebenswelten-Ansatz (§ 20a SGB V)<sup>1</sup>, insbesondere für vulnerable Zielgruppen, wird mit dem Gesetz ein größerer Stellenwert eingeräumt. Stärkere oder gar erstmalige Berücksichtigung finden mit dem Präventionsgesetz auch Maßnahmen für Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderung. So wurde mit der Regelung in § 5 SGB XI (Gesetzliche Pflegeversicherung) neu eingeführt, dass die Pflegekassen „[...] Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen [...]“ sollen. Auch die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung wird im Präventionsgesetz explizit als Ziel genannt, etwa unter Bezugnahme auf die Regelungen in § 20.(1)

Ein spezieller Fokus wird mit dem Präventionsgesetz zudem auf die Qualitätsentwicklung und -sicherung der Prävention und Gesundheitsförderung gelegt. Dazu wird der Spitzenverband Bund der Kranken- und Pflegekassen mit § 20a Absatz 3 SGB V u.a. verpflichtet, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) insbesondere mit der Entwicklung der Art und Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen zu beauftragen. Von diesem gesetzlichen Auftrag jedoch sind Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 1 bis 3 SGB XI nicht umfasst. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Mai 2017 ein Forschungsförderprojekt zur „qualitätsorientierten Prävention- und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (kurz: QualiPEP<sup>2</sup>) an den AOK-Bundesverband vergeben. Ziel des Projektes ist es, einen Qualitätsrahmen für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in (teil- und voll)stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohnstätten) zu entwickeln, zu pilotieren und umzusetzen und möglichst ein gemeinsames Verständnis von Qualitätssicherung in beiden Lebenswelten zu entwickeln. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit. Das Projekt verfolgt außerdem die Ziele, die Gesundheitskompetenz der Bewohner/innen und der Beschäftigten zu stärken und die betriebliche Gesundheitsförderung in den genannten Lebenswelten spezifisch weiterzuentwickeln. Das Projekt läuft über vier Jahre bis April 2021 und besteht aus vier Arbeitspaketen. Im ersten Arbeitspaket von Mai-Dezember 2017, über das hiermit Bericht erstattet wird, erfolgt eine Status-Quo-Erhebung zu bestehenden Qualitätsmaßnahmen und -konzepten. In der zweiten Arbeitsphase soll für alle Zielbereiche und Lebenswelten ein Qualitätsrahmen für die Gesundheitsförderung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Betroffenen, Mitarbeitern und Organisationen entwickelt werden. In der dritten Arbeitsphase werden Qualitätssicherungsinstrumente erarbeitet, die dann schließlich in der vierten Arbeitsphase in der Praxis getestet werden.

Der Bedarf, qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Pflege und Eingliederungshilfe zu stärken, liegt auf der Hand. Mit dem demografischen Wandel, der steigenden Lebenserwartung und verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten wird die Zahl der Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf in den kommenden Jahrzehnten weiter zunehmen, so auch der Personal- und Fachkräftebedarf. Die physischen wie psychischen Arbeitsbelastungen in diesen Bereichen sind sehr hoch, wie nicht zuletzt die hohen Arbeitsunfähigkeitsquoten etwa in den

<sup>1</sup> Der in diesem Meilensteinbericht verwendete Begriff „Lebenswelt“ und der Begriff „Setting“ sind synonym zu verstehen.

<sup>2</sup> Die Wort-Bild-Marke „QualiPEP“ wurde im Rahmen der ersten Arbeitsphase durch die vom AOK-Bundesverband beauftragte KomPart Verlagsgesellschaft entwickelt.



Pflegeberufen nahelegen.(2) Diese Herausforderungen erfahren in den letzten Jahren zunehmend gesamtgesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit. Davon zeugen unter anderem zahlreiche Reformgesetze allein der vergangenen 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages, etwa die Pflegestärkungsgesetze 1-3 oder das Bundesteilhabegesetz „zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“. Diese umfassenden Reformwerke gehen mit deutlichen Leistungs- und Strukturveränderungen einher und zielen auf einen höheren Teilhabeanspruch der Betroffenen ab. Sie schaffen damit auch neue Möglichkeiten und die Offenheit, Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung zu erweitern und auch qualitativ weiter zu entwickeln. Zugleich sind die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Betroffenen, aber auch für die Einrichtungen und Beschäftigten mit zum Teil beträchtlichen zusätzlichen insbesondere administrativen Aufgaben in der Umsetzungsphase verbunden.

Bezogen auf das Forschungsprojekt ist deshalb eine transparente und partizipative Arbeitsweise wichtig, um die Akzeptanz und Unterstützung aller relevanten Akteure für das QualiPEP-Projekt zu gewinnen. Dazu wird ein enger und regelmäßiger Austausch mit Expert/innen der Gesundheits-, Pflege- und Sozialressorts in Bund, Ländern und Kommunen, der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie Renten- und Unfallversicherungsträger, der entsprechenden wissenschaftlichen Disziplinen, der Vertretungen der Leistungserbringer sowie nicht zuletzt der Organisationen der Beschäftigten und natürlich der Pflegebedürftigen und der Menschen mit Behinderung gesucht. Zur Erhöhung der Transparenz trägt zudem die kontinuierliche Veröffentlichung der jeweiligen Zwischenberichte des Projektes bei. Nicht zuletzt müssen die bereits bestehenden Qualitätssicherungsaspekte der Prävention und Gesundheitsförderung in der Eingliederungshilfe und Pflege recherchiert und berücksichtigt werden, so etwa die Leitfäden des GKV-Spitzenverbandes zur „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (August 2016) und „Prävention“ (November 2017).



## 2 Begrifflichkeiten

Angesichts der interdisziplinären Ausrichtung des QualiPEP-Projektes wirken viele Akteure aus diversen wissenschaftlichen und praxisbezogenen Bereichen, u.a. Pflegewissenschaften, Public Health, Versorgungswesen, Rehabilitation, Soziologie, Qualitätswesen und Heilpädagogik, mit. Um ein gemeinsames Verständnis und eine einheitliche Anwendung der Begrifflichkeiten zu ermöglichen, werden Kernbegriffe nachstehend ausformuliert und Fachbegriffe im Glossar dieses Meilensteinberichts erläutert.

### 2.1 Was bedeuten Prävention und Gesundheitsförderung?

Der Begriff *Prävention* hat aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringer durch das Präventionsgesetz neue Impulse bekommen. Zu erbringen sind primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen in Lebenswelten, die durch Mindestausgaben von mind. 2,00 Euro pro Versichertem pro Jahr finanziert werden. Die fachliche Trennung und Zuordnung der nach § 11 SGB XI (aktivierende Pflege), nach § 20b SGB V (betriebliche Gesundheitsförderung) oder nach § 5 SGB XI (Prävention in Pflegeeinrichtungen) definierten „Präventionsmaßnahmen“ ist daher für die Kostenträger auch aus ökonomischer Sicht von Bedeutung.

Von wesentlicher Bedeutung zum Verständnis von Prävention ist die Zielsetzung der Gesundheitsförderung nach der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986. Das darin formulierte Konzept der Gesundheitsförderung stützt sich auf die WHO-Definition von Gesundheit als Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dabei zielt Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Gesundheit kann danach durch bewusstes Handeln und die Verwirklichung von Bedarfen, Wünschen und Hoffnungen erreicht werden.<sup>(3)</sup> Diese umfassende Definition von Gesundheitsförderung legt Wert auf die Fähigkeit, das alltägliche Leben selbst zu gestalten und zu determinieren. Um diesen Zustand zu ermöglichen, rücken strukturelle Aspekte und grundlegende Rahmenbedingungen der Lebenswelt der einzelnen Person stärker in den Vordergrund.

Präventives und gesundheitsförderliches Handeln ist in der professionellen Pflege und Behindertenhilfe seit Langem verankert. Schon im Altenpflegegesetz von 2003 wurden unter den in der Berufsausbildung zu vermittelnden Kompetenzen u.a. „[...] die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung, [...] die Betreuung und Beratung in persönlichen und sozialen Angelegenheiten, die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung“ genannt (AltPflG § 3 Abs. 1). Auch die Definition der Pflege des International Council of Nurses aus dem Jahr 2006 räumt diesen Tätigkeitsbereichen zentrale Bedeutung ein: „Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.“ Mit dem Präventionsgesetz müssen diese Aufgaben nun schärfer ausdifferenziert und abgegrenzt werden. Der Gesetzgeber weist darauf hin, dass Maßnahmen im Sinne des § 5 SGB XI nicht identisch sein dürfen mit der sog. „aktivierenden Pflege“, wie sie in § 11 Absatz 1 SGB XI vorgeschrieben ist. Diese aktivierende Pflege findet zweifelsfrei in einem präventiven Kontext statt, etwa in Form der „Prophylaxe“ von gesundheitsschädigenden Outcomes wie Dekubitus oder die Folgen von Stürzen. Dabei ist die Erhaltung der Selbständigkeit in der alltäglichen Lebensgestaltung und damit die Vorbeugung bzw. die Vermeidung oder Verlangsamung des weiteren Voranschreitens von Pflegebedürftigkeit das Hauptziel. <sup>(4)</sup>

Im Pflegebereich spielt die Prävention auch eine Rolle bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit. Seit dem 1. Januar 2017 gelten nach dem Pflegestärkungsgesetz II ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsassessment (NBA) in der





gesetzlichen Pflegeversicherung. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit orientiert sich nun daran, wie selbstständig eine Person noch ist und wie viel Hilfe sie benötigt, um ihren Alltag zu bewältigen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Selbstständigkeit durch körperliche, geistige oder psychische Einschränkungen beeinträchtigt ist. Den jeweiligen Pflegegrad ermitteln die Gutachter/innen auf Grundlage eines neuen Begutachtungsinstruments, das den Blick auf den Menschen erweitert und ihn als Ganzes erfasst.

Zusätzlich prüfen die Gutachter, ob die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln angemessen ist und ob Leistungen zur Prävention oder zur Rehabilitation empfohlen werden sollten.

Auch im professionellen Berufsbild der Heilerziehungspfleger/innen sind präventive und gesundheitsfördernde Tätigkeiten vorgesehen. Für Heilerziehungspfleger/innen stehen Menschen mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit, mit dem Ziel ihre Selbstbestimmung in allen Alltagssituationen zu stärken und die Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben zu fördern. (5) Dabei sind diese Tätigkeiten mit pädagogischen Ansätzen zur Stärkung der Lebenskompetenz, unter Berücksichtigung spezieller Kommunikationsformen zur Verständigung, verknüpft.

Um Synergien zu nutzen sowie auch Abgrenzungen zu bisherigen Präventions- und Gesundheitsförderungsansätzen in den Lebenswelten zu finden, könnten die Präventionsleistungen nach der Art der Intervention, die nach Risikograd der Zielgruppe auf eine bestimmte Erkrankung bzw. einen Gesundheitszustand gerichtet ist, differenziert werden. (6) Eine Intervention kann sich entweder *universell* ohne Risikodifferenzierung an die Gesamtpopulation einer Lebenswelt richten, sie kann *selektiv* an eine Subgruppe innerhalb der Lebenswelt mit spezifischen Risikofaktoren ausgerichtet werden oder die Intervention richtet sich *indiziert* an einzelne Personen zur Verbesserung von gezielten Risikofaktoren. In dieser Systematik sind die Präventionsmaßnahmen der aktivierenden Pflege nach § 11 SGB XI indiziert und Präventionsmaßnahmen nach § 5 SGB XI entweder selektiv oder universell. In Schwierigkeiten gerät die Trennung der Zielgruppen nach Risikograd sobald man – wie in der stationären Pflege – von einer multimorbiden Gesamtpopulation ausgeht, für die zumeist gezielte Maßnahmen notwendig sind. Außerdem gibt es Trennschwierigkeiten bei Gruppenangeboten der sozialen Betreuung, die als Präventionsmaßnahmen nach § 114 SGB XI gelten. In ihrem vom GKV-Spitzenverband beauftragten Bericht zur Prävention in der stationären Pflege empfehlen Blättner et al deshalb, Prävention nach § 5 SGB XI als Teil eines gesamten gesundheitsfördernden Ziels der Organisation bzw. Einrichtung zu verstehen. (6)

## 2.2 Was bedeutet Qualitätssicherung?

Qualitätssicherung umfasst alle systematisch durchgeführten Aktivitäten, um einheitliche Arbeitsabläufe und Rahmenbedingungen zur erfolgreichen Umsetzung einer Maßnahme oder Intervention – die aus mehreren Maßnahmen bestehen kann – zu etablieren. Zur Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität wird meistens das Qualitätsmodell von Donabedian angewandt. (7) Das im Jahre 1966 entstandene Qualitätsmodell unterscheidet zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Teilkomponente bzw. Dimensionen der Qualität. Ergänzt werden diese Dimensionen mit Konzept- und Planungsqualität zur Beurteilung der erprobten Konzeptualisierung der Maßnahmen. Mit diesen gesamten Dimensionen liegt der Fokus nicht nur auf den gesundheitlichen Folgen und Auswirkungen, sondern auch auf den begleitenden Prozessen und dem Umfeld der Versorgungslandschaft. Für die Beurteilung von Qualität im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung hingegen wird das Qualitätsmodell in einem Public-Health-Ansatz integriert, der stufenweise von der Problemdefinition über die Identifizierung der Risikofaktoren sowie Entwicklung der Interventionsmaßnahme bis hin zur Evaluation der Intervention führt.



Das Ziel von Qualitätssicherung ist es, einen fachlich abgesicherten und einheitlichen, aber auch kosteneffizienten Einsatz von Interventionen zu gewährleisten. Die Frage nach der Wirksamkeit der Intervention steht dabei zunächst nicht im Vordergrund. Eine unwirksame Intervention kann im Prinzip ebenso qualitätsgesichert implementiert werden wie eine wirksame. Eine nachhaltige kosteneffiziente Wirkung wird die Intervention aber nur dann erzielen, wenn durch sie eine messbare Verbesserung des Gesundheitszustands in der Zielgruppe erreicht wird. Deshalb ist ein weiteres Ziel der hier genutzten Definition von Qualitätssicherung eine ziel- und bedarfsgerechte Implementierung der Intervention zu fördern. Um diesen Zielen gerecht zu werden, hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den Prozess zur Qualitätssicherung in acht Phasen aufgeteilt, beginnend mit einer Situations- und Ausgangsanalyse bis hin zur Umsetzung und Bewertung der einzelnen Maßnahmen. Diese Phasen sind beispielsweise im IN FORM Leitfadens Qualitätssicherung im Bereich Ernährung und Bewegung erfasst. (8) Der Leitfaden enthält mehrere Links zu Qualitätssicherung-Tools und -Verfahren zur Unterstützung des Prozesses.

Trotz dieser Hilfestellungen ist die Qualitätssicherung kein eindeutig definiertes Verfahren. Bei der Statuskonferenz der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPg) im Jahr 2011 wurden besondere Herausforderungen der Qualitätssicherung identifiziert: 1) das Verständnis von Begrifflichkeiten ist unterschiedlich und führt zu einem vereinheitlichen Sprachgebrauch, 2) Qualitätssicherungs-Instrumente sind wenig verbreitet, da eine zentrale Anlaufstelle mit einer Übersicht der Instrumente nicht besteht, 3) dadurch ist eine Transparenz in der Forschung und Entwicklung der Instrumente nicht gewährleistet. (9) Hinzu kommt ein Mangel an theoretisch fundierten und evidenzbasierten Prozessschritten, was es den Nutzern erschwert, das erwiesenermaßen bessere Werkzeug auswählen zu können. Dennoch hat die BZgA zum Aufbau von Qualitätssicherung-Strukturen durch die Förderung von Forschungsarbeiten in den letzten fünf Jahren viel beigetragen. Die hieraus entstandenen Hilfestellungen (z.B. QIP, Good-Practice-Kriterien, quint-essenz, EQUIHP) dienen zur Weiterentwicklung der eigenen nutzerdefinierten Projekte in ihren Lebenswelten. (10)



### 3 Lebensweltbezogene Qualitätssicherung

Das Präventionsgesetz stärkt, fördert und fordert die Qualitätsentwicklung und -sicherung von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) in verschiedenen Lebenswelten und für vulnerable Zielgruppen. Im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie nach §20 d SGB V definieren die Sozialversicherungsträger bundeseinheitliche und trägerübergreifende Rahmenempfehlungen (Bundesrahmenempfehlungen), die alle Lebensphasen und Lebenswelten berücksichtigen.(11) Die Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch den GKV-Spitzenverband nach §20a Abs. 3 hat die Zielsetzung die Krankenkassen bei der Qualitätsentwicklung und –sicherung in den Lebenswelten zu unterstützen. Angesichts der Heterogenität der Zielgruppen, Anbieter und Handlungsfelder steigt die Komplexität der Bedarfe und Umsetzungsmöglichkeiten. Zur qualitätsgesicherten Implementierung von PGF-Maßnahmen gibt es in Deutschland noch einen hohen Entwicklungsbedarf.(12) Aus Sicht der Leistungserbringer gibt es gemeinsame Ansätze zur Evaluation von Präventionsangeboten hinsichtlich ihrer Wirksamkeit sowie zum Aufbau von Netzwerken, um Daten und Erfahrungen auszutauschen.(13) Jedoch wird die Anwendung von Qualitätsstandards als „Marketinginstrument“ teilweise kritisch betrachtet, da sie in erster Linie einen Wettbewerbsvorteil für die Anbieter verschaffen sollen. Auch die geringe Evidenzlage zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen werden bemängelt.(13) Ein transparentes Verfahren zur Qualitätsentwicklung ist ein Annäherungsversuch, um sich auf gemeinsame Prinzipien zu einigen.

Zur gezielten Verbesserung der Versorgungsstrukturen ist zunächst eine Bestandsaufnahme der Qualitätssicherungsaspekte, insbesondere der Qualitätskonzepte, -indikatoren und -instrumente, unerlässlich. Die identifizierten Stärken und Schwächen bestehender Maßnahmen deuten auf die Notwendigkeit hin, eine Bedarfsanalyse mit und für die jeweiligen Zielgruppen in der entsprechenden Lebenswelt auszuführen. Dieser partizipative Ansatz der Qualitätsentwicklung kann eine „Lebenswelt-orientierte“ PGF (14) stärken und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer steigenden Qualität.



## 4 Beschreibung der Lebenswelten des Projektes QualiPEP

Mit dem Präventionsgesetz wurde mit § 20a SGB V eine eigenständige Rechtsvorschrift über „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ und eine Legaldefinition von Lebenswelten geschaffen. Danach werden Lebenswelten definiert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Davon sind als Orte insbesondere des Wohnens, der Versorgung und der Freizeitgestaltung entsprechend auch teil- und vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege erfasst.

### 4.1 Lebenswelt stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohnstätten)

In Deutschland leben 7,6 Millionen Menschen mit einer schweren Behinderung (2015), das heißt einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Von diesen Menschen erhalten mehr als 530.000 Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel des SGB XII. In stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben ca. 193.000 Erwachsene und 11.700 Kinder und Jugendliche. Das Durchschnittsalter in den Einrichtungen beträgt 46 Jahre und knapp 60% der Bewohner/innen sind männlich. Die Ursache einer Behinderung liegt zu 86% in einer allgemeinen Krankheit. Andere Ursachen sind angeboren (3,5%) oder aufgrund eines Verkehrs-, Freizeit-, Sport- oder Berufsunfalles (1,7%). Von den Bewohner/innen einer stationären Einrichtung hatten im Jahr 2014 etwa 64% eine geistige, 27% eine psychische und die restlichen Bewohner/innen (9%) eine körperliche Beeinträchtigung. (15, 2)

Allein die Verbände der freien Wohlfahrtspflege betreiben etwa 6.400 stationäre Einrichtungen, in denen ungefähr 155.000 Beschäftigte arbeiten. (16) Eingliederungshilfe in einem Wohnheim können wesentlich geistig und mehrfach behinderte volljährige Menschen erhalten, die ohne persönliche Betreuung, Unterstützung und Förderung nicht selbständig leben können und die nicht in der Lage sind, einen Teil des Tages und/oder tageweise sowie nachts ohne persönliche Betreuung und Unterstützung leben können. Die Betreuung in einem Wohnheim hat zum Ziel:

- die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen und deren Folgen zu überwinden bzw. zu mildern
- den behinderten Menschen nach seinen Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in die Gesellschaft zu befähigen
- den Menschen zu einer weitgehend selbständigen Lebensführung zu befähigen und soweit wie möglich unabhängig von Betreuung zu machen
- eine Stabilisierung der Lebens- und Betreuungssituation zu erreichen oder
- Hospitalisierung, insbesondere Aufenthalte in stationärer psychiatrischer Behandlung zu vermeiden

### 4.2 Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen

In Deutschland beziehen derzeit etwa 3,1 Millionen Menschen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (2017). Die deutliche Mehrheit der Pflegebedürftigen, etwa 73 Prozent, wird dabei im häuslichen Umfeld versorgt. Es gibt etwa 13.600 nach dem SGB XI zugelassene voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen. Etwa die Hälfte (53%) werden von freigemeinnützigen, 42% von privaten und 5% von öffentlichen Trägern betrieben. In vollstationären Einrichtungen leben rund 780.000 Menschen, teilstationär werden ca. 73.000 Personen versorgt (2015). Sie werden von mehr als 730.000 Beschäftigten betreut. Stationäre Pflege ist überwiegend weiblich; über 70% der Pflegebedürftigen in stationären



Einrichtungen und 85% der Beschäftigten sind Frauen. In stationären Einrichtungen sind etwa 94% der Bewohner/innen älter als 65 Jahre, 76% sind 80 Jahre und älter.(17, 18)

Pflegebedürftigkeit beruht grundsätzlich auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gehören neben Frakturen insbesondere Hirngefäßerkrankungen. Von den Bewohner/innen stationärer Pflegeeinrichtungen sind aktuell mit etwa 53,4% mehr als die Hälfte den Pflegegraden 1 bis 3 zugeordnet, 28% sind in Pflegegrad 4, 15% in Pflegegrad 5 eingestuft.(18, 19)



## 5 Projektfelder 1-6

Das Projekt QualiPEP umfasst drei Zielbereiche (PGF, Gesundheitskompetenz und BGF) und zwei Lebenswelten (stationäre Einrichtungen für Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedarf), daraus ergeben sich sechs Projektfelder (s. Tab. 1). Diese Strukturierung wurde gewählt, um die systematische Entwicklung zielgruppenspezifischer und bedarfsgerechter Konzepte zu gewährleisten.

**Tabelle 1 Aufgliederung von Zielgruppen, Lebenswelten und Zielbereichen nach Projektfeldern**

Lebenswelt	Zielbereich 1	Zielbereich 2	Zielbereich 3
	Entwicklung und Pilotierung eines Qualitätssicherungskonzepts zur Sicherstellung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung	Entwicklung und Pilotierung eines Rahmenkonzepts für die Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz	Weiterentwicklung von Ansätzen zu einer qualitätsgesicherten betrieblichen Gesundheitsförderung
	Projektfeld 1	Projektfeld 3	Projektfeld 5
<b>Wohnstätten für Menschen mit Behinderungen</b>	Zielgruppen: a. Menschen mit Behinderungen b. Wohnstätten	Zielgruppen: a. Menschen mit Behinderungen b. Betreuungskräfte c. Wohnstätten	Zielgruppen: a. Betreuungskräfte b. Wohnstätten
	Projektfeld 2	Projektfeld 4	Projektfeld 6
<b>Pflegeeinrichtungen</b>	Zielgruppen: a. Pflegebedürftige b. Pflegeeinrichtungen	Zielgruppen: a. Pflegebedürftige b. Pflegekräfte c. Pflegeeinrichtungen	Zielgruppen: a. Pflegekräfte b. Pflegeeinrichtungen

Diese Systematik der Projektfelder zielt in erster Linie auf eine konzeptionelle Entwicklung in den jeweiligen Zielbereichen und deren zu erreichenden Zielpopulationen ab. Hierbei ist zu beachten, dass die Zielbereiche nicht den Anspruch haben, die Handlungsfelder definitiv abzugrenzen. So bezieht sich beispielsweise der Zielbereich 2 zur Steigerung von Gesundheitskompetenz auch auf Themen, die für die Prävention und Gesundheitsförderung (Zielbereich 1) und für die betriebliche Gesundheitsförderung (Zielbereich 3) von Relevanz sein können, da „kompetentes“ und bewusstes Handeln in allen Bereichen als Voraussetzung dargestellt werden könnte. Im Folgenden werden anhand der sechs Projektfelder jeweils die Ergebnisse und Erkenntnisse der Status-Quo-Erhebung dargestellt.



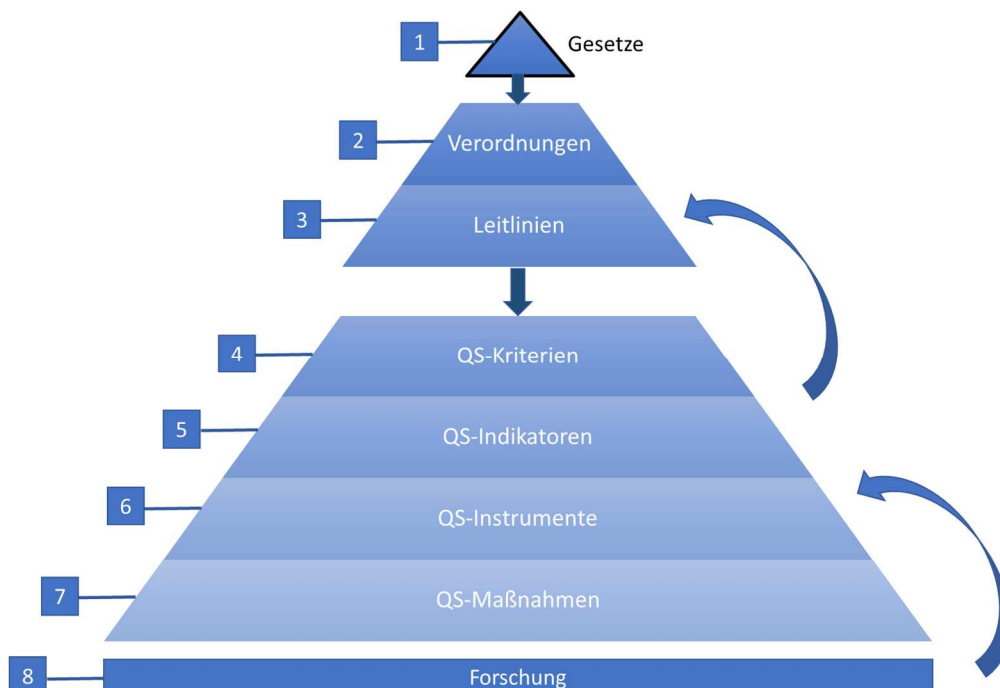
## 6 Arbeitspaket 1: Status-Quo-Erhebung

Die Status-Quo-Erhebung gliederte sich in zwei Phasen auf, eine Ist-Analyse und eine Informationssynthese/-analyse der Ergebnisse. Bei der Ist-Analyse wurde breit zu bestehenden Aspekten der Qualitätssicherung in Fachportalen, Projekt- und Literaturdatenbanken der Prävention und Gesundheitsförderung recherchiert. Nach den verschiedenen Zielbereichen wurden Informationen zu Qualitätssicherung-Konzepten, -Indikatoren, -Instrumenten und -Maßnahmen gesammelt. In der zweiten Phase wurde der Frage nachgegangen, wie die Qualitätssicherungsaspekte umgesetzt werden und welche Stärken bzw. Lücken bezüglich des Projektziels zu erkennen sind.

### 6.1 Methodische Vorgehensweise

Da es sich um unterschiedliche Lebenswelten mit vielfältigen Akteuren auf Bundes-, Landes-, und Kommunalebene handelt, ist es zur Orientierung sinnvoll, ein Modell der verschiedenen Entwicklungs- und Formulierungsebenen von Qualitätssicherungsaspekten zu erstellen (s. Abb. 1). Acht Ebenen sind für die Status-Quo-Erhebung von Relevanz: Gesetze, Verordnungen, Leitlinien, Qualitätssicherungskriterien, Qualitätssicherungsindikatoren, Qualitätssicherungsinstrumente, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Forschung. Qualitätskonzepte spiegeln die gesamten Qualitätssicherungsaspekte wider.

Abbildung 1 Qualitätssicherungsaspekte



1. Ebene (Gesetze): Gesetze auf EU-, Bundes- und/oder ggf. auch Landesebene als oberste verbindliche rechtliche Vorschrift



2. Ebene (Verordnungen): verbindliche Handlungsvorschriften, die in der Regel gesetzlich beauftragt sind und gesetzliche Vorgaben spezifizieren (durch den Staat bzw. durch Institutionen, die durch autonomes Recht Vorschriften erlassen können), etwa Verordnungen und Richtlinien
3. Ebene (Leitlinien): konsentiierte Handlungsempfehlungen unter Einbezug von wissenschaftlichen Sachverstandes, z.B. Leitfäden und Expertenstandards
4. Ebene (QS-Kriterien): Anforderungen an Qualität zur Gesundheitsförderung, Versorgung oder Praxis (Good-Practice-Ansatz) für eine bestimmte Zielgruppe. QS-Kriterien werden zur Auswahl und Bewertung von Maßnahmen eingesetzt; z.B. die Schaffung geeigneter Abstimmungs-, Koordinierungs- und Umsetzungsstrukturen für gesundheitsfördernde Angebote in der Wohneinrichtung; das „Partizipation“ Kriterium des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit
5. Ebene (QS-Indikatoren): messbare Einheiten bzw. Kennzahlen der QS-Kriterien; z.B. Arbeitsunfähigkeitstage, Anzahl Stürze
6. Ebene (QS-Instrumente): Methoden, Werkzeuge oder Messinstrumente zur Datenerhebung die sich auf die QS-Kriterien beziehen, z.B. ein Gesundheitszirkel zur Bedarfsanalyse; Evaluationsbogen von angebotenen Bewegungsprogrammen
7. Ebene (QS-Maßnahmen): abgestimmte Aktivitäten und Prozesse innerhalb der Einrichtung zur Stärkung der Qualitätssicherung; z.B. ein PDCA-Zyklus anzuwenden, um Abweichungen zu erkennen und korrigieren
8. Ebene (Forschung): Originalliteratur, Metaanalysen und Übersichtsarbeiten, die Evidenz zur Wirksamkeit, Machbarkeit, Testgüte (Zuverlässigkeit, Validität) etc. von QS-Indikatoren, -Instrumente u. –Maßnahmen führen. Außerdem zählen Erkenntnisse aus Projekten, Fallstudien und Expertenmeinungen dazu.

## 6.2 Ist-Zustand

Die systematische Recherche zur Status-Quo-Erhebung erfolgte in drei Schritten: 1) der Aufbau einer Suchstrategie; 2) die Sammlung von Daten, Studien, Berichten oder Publikationen zu Qualitätssicherung in den beiden Lebenswelten und 3) die Zuordnung der Informationen nach Projektfeldern. Bei jedem Schritt wurden Hinweise von Expert/innen herangezogen und die Daten im iterativen Prozess ausgewertet. Die Suchquellen umfassten ein breites Spektrum von bibliografischen und Projekt-Datenbanken, die Hinweise zu konzeptionellen Trends und Entwicklungen bezüglich des Stichworts „Qualität“ in den Lebenswelten führten (s. Tab. 2). Zur Recherche kamen Handrecherchen von Literaturhinweisen in Studien und Berichten sowie graue Literatur, Fachbücher und Dissertationen hinzu. Falls internationale Konzepte bzw. Instrumente einen direkten Einfluss auf die Entwicklung von Qualitätskonzepten in Deutschland haben sollten, wie bspw. beim Thema Gesundheitskompetenz, wurden auch internationale Bestände einbezogen. Literaturdatenbanken, wie z.B. Pubmed oder Cinahl, wurden nicht durchsucht, da in dieser Phase der Recherche wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit der Maßnahmen nicht im Mittelpunkt standen.

## 6.3 Informationssynthese und –analyse

Für die Informationssynthese wurden standardisierte Beurteilungsbögen für prioritär ausgewählte Maßnahmen eingesetzt. Im Beurteilungsbogen sind Fragen zu den Eigenschaften sowie Einschätzungen des Bezugs zum Projekt enthalten. Schlussfolgerungen zum Eignungsgrad für das Projekt wurden durch eine Bewertung der Stärken und Lücken des Bestandes vorgenommen. Diese Rubriken lehnen sich an den vom





Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit in Nordrhein-Westfalen erfassten Entwicklungskontext zur Beschreibung von Qualitätssicherungsinstrumenten an: (20)

- Verfasser: Name der beauftragenden Institutionen, ggf. Autoren
- Zugriff/Quelle: auffindbare Adresse durch URL der Webseite oder Referenzbezeichnung der Publikation
- Titel: Bezeichnung des Befunds, sowie das Veröffentlichungsdatum und ggf. Aktualisierungsdatum
- Qualitätssicherungs-Ebene: Einordnung in die Systematik des Qualitätssicherung-Entwicklungsprozesses (s. Abb. 1)
- Kurze Beschreibung: eine Zusammenfassung von den Hauptthemen bzw. Handlungsfeldern, den Zielen des Verfassers und dessen Empfehlungen. Um den Entwicklungskontext zu verdeutlichen, werden gesetzliche Grundlagen und Hintergründe kurz geschildert.
- QS-Aspekte: Auflistung von im Werk beschriebenen QS-Kriterien, -Indikatoren, und/oder -Instrumenten
- Zielgruppe(n): Angabe zu Leserschaft bzw. Anwender (z.B. Versicherte, Betriebe, Kostenträger, Leistungserbringer)
- Ausblick: Angabe zu einer geplanten Aktualisierung, Bewertung oder Evaluation
- Einordnung in Projektfeld: Nutzen/Bezug auf die sechs im Projekt definierten Projektfelder
- Schlussfolgerungen: Stärken und Lücken der Inhalte in Bezug auf die Projektziele


**Tabelle 2 Datenquellen für die Recherche**

Datenbank/Quelle	Beschreibung	Zugriff
1. Bundesgesundheitsblatt	Gesundheitswissenschaftliche Fachzeitschrift, die sich mit Fragestellungen des öffentlichen Gesundheitswesens und der staatlichen Gesundheitspolitik befasst. Herausgeberinstitute: 1. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); 2. Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel; 3. Robert-Koch-Institut (RKI), Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten, 4. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI); 5. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	<a href="https://www.springermedizin.de/bundesgesundheitsblatt-gesundheitsforschung-gesundheitsschutz/7924534">https://www.springermedizin.de/bundesgesundheitsblatt-gesundheitsforschung-gesundheitsschutz/7924534</a>
2. Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG)	Ziel der BVPG: Prävention und Gesundheitsförderung in allen Politik- und Lebensbereichen verankern und stärken (Mainstreaming).	<a href="http://www.bvpraevention.de">http://www.bvpraevention.de</a>
3. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)	Forschungsinstitut, dessen Ziel es ist, die Lebenslagen, Lebenssituationen und Lebensstile älter werdender Menschen im gesellschafts- und sozialpolitischen Kontext zu untersuchen.	<a href="https://www.dza.de/suche.html">https://www.dza.de/suche.html</a>
4. Evaluationstools.de	Entwickelt vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Es entstand im Rahmen der Evaluation der "Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten" mit Unterstützung des BMG und steht im Kontext des "Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten: IN FORM".	<a href="https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/index.html">https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/evaluationstools/index.html</a>
5. Forschungsverbund „Autonomie trotz Multimorbidität“ (AMA)	Der Forschungsverbund möchte zur Verbesserung der Lebenssituation alter mehrfach erkrankter Menschen in Privathaushalten und Pflegeheimen beitragen und untersuchte in der 2. Forschungsphase (AMA II) „Interventionen zur Mobilisierung von Ressourcen“.	<a href="https://www.ama-consortium.de/">https://www.ama-consortium.de/</a>
6. Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung	Diese Kooperation wurde im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung im Jahr 2009 ins Leben gerufen. Das Projekt versteht sich als Netzwerk für Akteure aus Wissenschaft, Praxis, Fachverbänden und Politik.	<a href="http://www.knp-forschung.de">http://www.knp-forschung.de</a>
7. Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“	Bundesweite Recherchen durch Eingabe von Lebenswelt, Themen, Zielgruppe, Altersgruppe	<a href="https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/">https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/</a>



Datenbank/Quelle	Beschreibung	Zugriff
8. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)	Das KDA verfügt über fachübergreifende Erfahrung und Expertise, die sich nach aktuellen wissenschaftlichen Standards richtet. Das KDA ist Dienstleister und Ratgeber für öffentliche und private Einrichtungen sowie für Politik und Verwaltung auf allen Ebenen. Zu den im KDA vertretenen Disziplinen gehören Gerontologie, Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Psychologie, Sozialarbeit, Pädagogik, Volkswirtschaft, Architektur und Geographie.	<a href="http://www.kda.de/">http://www.kda.de/</a>
9. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen	In dieser Projektdatenbank werden innovative Ansätze und effektive Umsetzungsstrategien der Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung aufgezeigt.	<a href="https://www.praeventionskonzept.nrw.de/datenbank/dist/">https://www.praeventionskonzept.nrw.de/datenbank/dist/</a>
10. PSYINDEX	Referenzdatenbank mit Hinweisen auf gedruckte und elektronische deutschsprachige Publikationen des Fachs Psychologie.	<a href="https://www.zpid.de/index.php?wahl=PSYINDEX">https://www.zpid.de/index.php?wahl=PSYINDEX</a>
11. SOWIPORT	sozialwissenschaftliches Fachportal	<a href="http://sowiport.gesis.org/">http://sowiport.gesis.org/</a>
12. Statista	Ein deutsches Online-Portal für Statistik, das Daten von Markt- und Meinungsforschungsinstitutionen sowie aus Wirtschafts- und amtlichen Statistiken auf Deutsch und Englisch veröffentlicht	<a href="https://de.statista.com/">https://de.statista.com/</a>
13. Versorgungsforschung Deutschland	Diese Projektdatenbank ist ein kostenfreies, öffentlich zugängliches Online-Register für deutschlandweite wissenschaftliche Projekte zur Gesundheits- und Krankenversorgung	<a href="http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/home.php">http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/home.php</a> <a href="http://www.monitor-versorgungsforschung.de/">http://www.monitor-versorgungsforschung.de/</a>



## 7 Ergebnisse der Status-Quo-Erhebung

Bei der Status-Quo-Erhebung ging es darum das Spektrum an Strukturen zur Qualitätssicherung zu ermitteln. Damit entstand ein Bild von den vielschichtigen Ansätzen zur Qualitätssicherung in dem jeweiligen Zielbereich. Aus den Datenbanktreffern und aus den Hinweisen der von Expert/innen geprüften Publikationen wurde eine Tabelle mit den relevanten Qualitätssicherungsaspekten erstellt. Je nach Zielbereich wurden eine Darstellung des aktuellen Entwicklungsstands und eine Zusammenfassung der Ergebnisse erstellt. In den Tabellen werden einzelne Einträge hervorgehoben, die im Beurteilungsbogen detaillierter erläutert werden.

### 7.1 Datenbankrecherchen

Für die Suche nach Qualitätssicherungskonzepten, -kriterien und –instrumenten wurden Schlagwörter der einzelnen Themenbereiche in Kombination mit „Qualitätssicherung“ untersucht. Bei der Suchfunktion wurde mit einer Stern-Trunkierung, bspw. „Qualität\*“ oder „Behindert\*“, zur Erweiterung der Trefferzahl gearbeitet. Filter zur Eingrenzung auf deutschsprachige Literatur und/oder das Fachgebiet Prävention und Gesundheitsförderung wurden je nach Quelle angewandt. Ergänzend zu den Schlagwörtern wurden weitere Suchbegriffe innerhalb der Text-Treffer benutzt (s. Tab. 3).

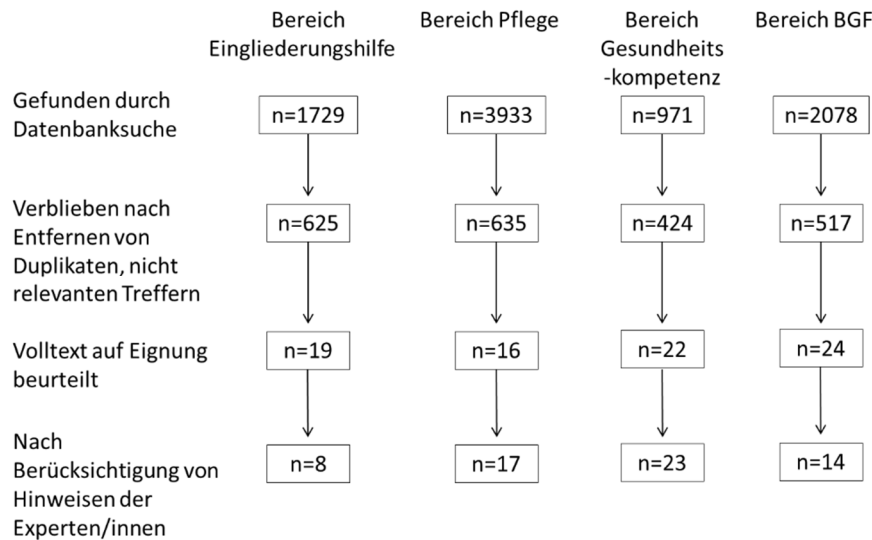
**Tabelle 3 Suchbegriffe**

Themenfeld	Schlagwörter	Ergänzende Suchbegriffe
<b>Eingliederungshilfe</b>	Eingliederungshilfe, Behinderteneinrichtung, Behindertenhilfe	Menschen mit Behinderung/ Beeinträchtigung, Schwerbehinderte, teil- /vollstationäres Wohnheim/ Wohnstätte
<b>Pflege</b>	Pflege, Pflegeeinrichtung	Pflegebedürftige, Pflegeheim, Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen, Langzeitpflegeeinrichtung, Senioreneinrichtung, stationäre/teilstationäre Pflege
<b>Gesundheitskompetenz</b>	Gesundheitskompetenz	Entscheidungsfindung, health literacy
<b>BGF</b>	betriebliche Gesundheitsförderung, BGF	betriebliches Gesundheitsmanagement, BGM
<b>Qualitätssicherung</b>	Qualitätssicherung	Qualitätsindikator, Qualitätskriterien, Qualitätskonzepte, Qualitätsverfahren, partizipative Qualitätsentwicklung, PDCA-Zyklus, Qualitätsinterventionen, Qualitätsmaßnahmen, Qualitätsinstrumente, Qualitätsmanagement, Qualitätsmanagement-System



Zu den Datenbankrecherchen kamen als thematisch relevant bezeichnete Ansätze bzw. Publikationen der Experten aus den jeweiligen Themenbereichen hinzu. Dadurch ist die Anzahl der Befunde aus der Datenbankrecherche entweder gestiegen oder gefallen. In Abbildung 2 sind die Trefferzahlen zu einschlägigen Qualitätssicherungsaspekten dargestellt. In den nachfolgenden Abschnitten werden die Qualitätssicherungsaspekte nach den Themenbereichen Prävention und Gesundheitsförderung (PGF), Gesundheitskompetenz und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) jeweils in Lebenswelten Eingliederungshilfe und Pflege in Tabellen aufgeführt.

**Abbildung 2 Flussdiagramm mit Anzahl der Treffer**



## 7.2 Prävention und Gesundheitsförderung (PGF)

Im GKV-Leitfaden Prävention werden drei Prozessabläufe deutlich hervorgehoben, nach denen idealerweise der PGF-Ansatz in Lebenswelten durchzuführen ist: eine Erhebung über die Gesundheitsrisiken und -potenziale, die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen und die Unterstützung bei der Umsetzung von ausgewählten Vorschlägen jeweils unter Beteiligung der Betroffenen und Verantwortlichen. Diese Schritte müssten dementsprechend in den Lebenswelten stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege ebenfalls qualitätsgesichert ausgeführt werden. Anhaltspunkt zur Qualitätssicherung ist die nachhaltige Verankerung von PGF in den Einrichtungen durch einen wiederkehrenden Zyklus der Bedarfsermittlung hin zur Maßnahmenplanung und Evaluation. Die Verpflichtung, an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilzunehmen, ist eine Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung eines gesundheitsfördernden Prozesses.

### 7.2.1 PGF in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 1

Das Verständnis für die Bedeutung und Auswirkungen einer Behinderung hat sich besonders im letzten Jahrzehnt verändert und entwickelt. Ein Meilenstein dafür war die UN-Behindertenrechtskonvention aus dem Jahr 2007: Menschen mit Behinderung haben danach „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen ... welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. (21) Dabei hat sich das Verständnis von Behinderung von einer Frage der individuellen Defizite gewandelt zu einer Betrachtung, die sich mit entstehenden Beeinträchtigungen im Umgang mit und der



Gestaltung von strukturellen und umweltbedingten Gegebenheiten bzw. Barrieren auseinandersetzt. Im Rahmen des SGB IX werden mit Hilfe der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen innerhalb von neun Lebensbereichen beschrieben und gemessen.

Auch die Perspektive des Gesetzgebers und der staatlichen Institutionen in Deutschland wandelt sich von einem Fürsorge-/Defizit- hin zu einem Teilhabe-Modell, in dem Wechselwirkungen mit Umweltfaktoren und die Aufbringung persönlicher Ressourcen zur Bewältigung dieser Faktoren deutlicher in den Vordergrund gestellt werden. In der gesetzgeberischen Realität sind mit dem 2016 verabschiedeten Bundesteilhabegesetz erste Schritte zur Einführung eines umfangreichen Teilhaberechts gegangen worden. Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes gehen ab dem Jahr 2020 auch deutliche Veränderungen etwa in der Gewährung von Assistenzleistungen nach den §§ 78 und 113 SGB IX einher. Die konkreten Wirkungen dessen etwa auf die Entscheidungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderung auf ihren Lebensort bleiben abzuwarten. Unter Umständen haben die neuen rechtlichen Rahmenbedingungen Konsequenzen auf die Untersuchungen im Rahmen des Forschungsprojekts, da sich die Bewohner/innen-Struktur einzelner Einrichtungen und der stationäre Sektor insgesamt verändern könnten.

Eine einheitliche Definition von Behinderung ist im Sozialgesetzbuch festgelegt. Nach § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen mit Behinderung Menschen, „die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung [...] liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung [...] zu erwarten ist.“ Menschen mit solchen Behinderungen erhalten nach § 53 SGB XII Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Allerdings ist die Finanzierungsstruktur nicht bundeseinheitlich geregelt: während der individuelle Rechtsanspruch durch Bundesrecht definiert ist, haben die 16 Bundesländer unterschiedliche Finanzierungsregelungen. In der Regel ist die Kommune der örtlich zuständige Träger der Sozialleistungen, also der Hilfe in besonderen Lebenslagen, der Hilfe zum Lebensunterhalt etc. Die Eingliederungshilfe wird in unterschiedlichen Anteilen von den Bundesländern, Regierungsbezirken oder Landschaftsverbänden getragen.

Auch die Betrachtung der Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung hat sich in den letzten Jahren deutlich entwickelt: Im Präventionsgesetz von 2015 werden Menschen mit Behinderung als vulnerable Zielgruppe definiert, deren Belangen auch bei Leistungen zur Primärprävention und zur Gesundheitsförderung besonders Rechnung zu tragen ist, etwa hinsichtlich einer barrierefreien Leistungserbringung.<sup>(1)</sup> Die Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention nach den §§ 20ff. SGB V gelten für Menschen mit Behinderungen als gesetzlich Krankenversicherte entsprechend. Die im GKV-Leitfaden zur Prävention definierten Handlungsfelder treffen für Menschen mit Behinderung ebenso zu, allerdings könnten sie begrenzt sein.

Außerdem wurde bereits im Jahr 2017 ein repräsentativer, vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderter Teilhabesurvey<sup>3</sup> von ca. 5.000 Menschen mit Behinderung, die in stationären Wohneinrichtungen leben, ausgeführt. Dieser beinhaltete u.a. Fragen zur Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung (Modul 6). Dieser Survey wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Markus Schäfers an der Hochschule Fulda durchgeführt.<sup>4</sup> Daten aus dem Survey werden jedoch erst 2021 ausgewertet und veröffentlicht und können deshalb nicht für diese Status-Quo-Erhebung in Betracht gezogen werden. Jedoch können Erkenntnisse aus einer im Vorfeld des Teilhabesurveys ausgeführten Pretest-Befragung

<sup>3</sup> Siehe <http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2017/startschuss-repraesentative-studie-zur-teilhabe-menschen-mit-behinderungen.html>

<sup>4</sup> Mehr dazu <https://www.hs-fulda.de/sozialwesen/forschung/rehabilitation-und-teilhabe/teilhabesurvey/>



Anwendung finden (s. Beurteilungsbogen im Anhang).(22) Ein wesentlicher Gegenstand dieser Studie ist die Frage, wie Menschen mit kognitiv-kommunikativen Beeinträchtigungen, die in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe leben, befragt und partizipativ im Aufbau des Befragungsinstruments einbezogen werden können. Für das QualiPEP-Projekt sind diese Fragen zur Selbstbestimmung und zur methodischen Ausführung bezogen auf die Frage- oder Kommunikationsart bei Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen sehr relevant.

Das QualiPEP-Projekt kann aus Erkenntnissen des ab 2018 implementierten Teilhabeplanverfahrens im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes profitieren. Dabei könnte das Instrument der sog. „Persönlichen Zukunftsplanung“ (PZP) ergänzend näher in Betracht gezogen werden. Dieses aus Kanada und den USA stammende Verfahren („person-centered planning“) erzielt eine persönliche Lebensplanung durch Ermittlung des individuellen Bedarfs.(23) Die Werte und Wünsche des Menschen mit Behinderung werden anhand der PZP erfasst.

### Fazit

In der vorliegenden Status-Quo-Erhebung wurden Konzepte und Studien betrachtet, die sich mit der Gesundheitsförderung von Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen befassen (s. Tab. 4). Es gibt einige wenige aktuelle, zum Teil noch unveröffentlichte Studien zu dieser Zielgruppe im Betrachtungszeitraum der letzten 5 Jahre. Bei den Veröffentlichungen stehen allerdings eher Aspekte der ärztlichen und medizinischen Versorgung im Vordergrund, weniger Aspekte der Primärprävention und Gesundheitsförderung (PGF).

Die Studienerkenntnisse können dabei helfen, mögliche Handlungsfelder für Maßnahmen der PGF für Menschen mit Behinderung zu definieren; allerdings gibt es wenig Wissen über die betrachtete Zielgruppe hinsichtlich des PGF-Bedarfs sowie der Erfassung der Lebensqualität. Da die Ergebnisse des Teilhabesurveys noch nicht veröffentlicht sind und die dort verwendeten Fragen nur begrenzt auf den Themenkreis PGF zutreffen, ist eine Zielgruppenbefragung bei Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen notwendig. Diese Befragung wird im kommenden Arbeitspaket-2 stattfinden und kann auf die Methodik der Pretest-Befragung zum Teilhabesurvey zurückgreifen.

Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätskonzeptes für Projektfeld 1 in Erwägung gezogen werden können:

Gesetze: Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Leitlinien: Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (GKV, 2017)

QS-Kriterien: Kriterien des selbstbestimmten Handelns in Fragen der Gesundheit als Kennzeichen der Teilhabe; Kriterien der Partizipation als Kennzeichen der sozialen Teilhabe; Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (sind noch zu definieren); Aspekte der Barrierefreiheit (nach Erkenntnissen aus dem bundesweiten Teilhabesurvey)

QS-Indikatoren: Die Indikatoren stellen messbare Anzeichen, dass die QS-Kriterien bei Bewohner/innen und von den Wohnstätten umgesetzt werden (noch zu definieren), dar

QS-Instrumente: Erhebungsinstrument wird unter Berücksichtigung der PZP bzw. Teilhabeplanung entwickelt und ausgewählte Indikatoren einbezogen

QS-Maßnahmen: Maßnahmen werden von einzelnen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung entwickelt und implementiert

Forschung: u.a. Vorstudie zum Teilhabesurvey (Eintrag 2, Tab. 4) (24); von BZgA beauftragten Studien (Einträge 7-8, Tab. 4); Pretest Befragung (Eintrag 4, Tab. 4)


**Tabelle 4 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte in der Eingliederungshilfe**

	Verfasser	Titel	Jahr	Zugriff/Quelle
1.	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Weltgesundheitsorganisation (WHO)	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF	2005	<a href="http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/">http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/</a> <a href="http://www.who.int/classifications/icf/en/">http://www.who.int/classifications/icf/en/</a>
2.	Universität Bielefeld, Institut für empirische Soziologie	Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en)	2014	<a href="http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb447.html">http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/Forschungsberichte/Forschungsberichte-Teilhabe/fb447.html</a>
3.	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik	Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen	2016	<a href="http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.html">http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a125-16-teilhabebericht.html</a>
4.	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), Hochschule Fulda	Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Abschlussbericht	2016	<a href="http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb471-pretest-befragung-in-einrichtungen.pdf?__blob=publicationFile&amp;v=1">http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb471-pretest-befragung-in-einrichtungen.pdf?__blob=publicationFile&amp;v=1</a>
5.	Hasseler, Martina	Anforderungen und Herausforderungen an gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe	2016	<a href="https://content-select.com/de/portal/media/view/580a28a3-8c6c-467b-9ed8-12d0b0dd2d03">https://content-select.com/de/portal/media/view/580a28a3-8c6c-467b-9ed8-12d0b0dd2d03</a>
6.	Zander, Michael	Behindert alt werden - spezifische Lebenslagen und Bedarfe: Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung	2016	<a href="http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49886-6">http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49886-6</a>
7.	GKV Bündnis für Gesundheit, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen	Bestandsaufnahme von Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung [Präsentation]	2017	Vortrag beim <i>Fachaustausch Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung</i> , 5.10.2017, GKV-Spitzenverband im Rahmen der BZgA-Beauftragung nach §20a Absatz 3 SGB V





	<b>Verfasser</b>	<b>Titel</b>	<b>Jahr</b>	<b>Zugriff/Quelle</b>
8.	GKV Bündnis für Gesundheit, FH Bielefeld	Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit Behinderung in Lebenswelten [Präsentation]	2017	Vortrag beim <i>Fachaustausch Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung</i> , 5.10.2017, GKV-Spitzenverband im Rahmen der BZgA-Beauftragung nach §20a Absatz 3 SGB V



## 7.2.2 PGF in stationären Pflegeeinrichtungen: Projektfeld 2

Im Bereich der Pflege besteht eine große Vielfalt von Qualitätskriterien, die für die Pflegepraxis relevant sind. Diese werden häufig durch praxisorientierte Forschungsprojekte zur Qualitätssicherung in der Pflege begleitet. Qualitätssicherungsmaßnahmen auf dem Feld der Primärprävention und Gesundheitsförderung (PGF) dagegen sind zwar vielfältig im Ansatz, aber nicht ausreichend auf die Pflegeeinrichtungen bezogen und wenig evidenzbasiert. (10, 25)

Es ist nicht die Aufgabe dieser Status-Quo-Erhebung, Maßnahmen, die aus internen und externen Prüfverfahren der Sozialen Pflegeversicherung abgeleitet sind, zu sammeln, bewerten und weiterzuentwickeln. So sind bspw. die fortlaufenden Diskussionen über das derzeit nach §§ 113 und 113b SGB XI in der Überarbeitung befindliche System zur Qualitätssicherung von Pflegeeinrichtungen zwar eher am Rande des Projekts zu betrachten, aber doch hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Entwicklung von Instrumenten zur Bewertung von Lebensqualität nicht völlig außer Acht zu lassen. Stattdessen liegt der Fokus auf bestehenden Qualitätskonzepten, die sich speziell auf Primärprävention und Gesundheitsförderung beziehen und auf das Projekt übertragbar sein könnten. Dazu gibt es eine Reihe von potenziell in Frage kommenden Handlungsfeldern, u.a. Mobilität und Bewegung, Ernährung, Mund- und Zahngesundheit, Sucht, Gewalt und nicht zuletzt Gesundheitskompetenz sowie die betriebliche Gesundheitsförderung für die Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen.(26) Die Frage, inwieweit Aspekte aus diesen oder ggf. anderen Handlungsfeldern auf stationäre Pflegeeinrichtungen zutreffen bzw. übertragbar sind, ist Gegenstand der nächsten Arbeitsphasen, in denen ein Qualitätsrahmen entwickelt und getestet werden soll.

### Fazit

Der im August 2016 vom GKV-Spitzenverband veröffentlichte Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen trifft die Abgrenzung, nach der sich präventive Maßnahmen nach § 5 SGB XI vor allem „[...] dadurch auszeichnen, dass sie alle Bewohner/innen oder zumindest Gruppen von Bewohner/innen der Lebenswelt betreffen und mit weniger spezifischen Maßnahmen als den am individuellen Pflegeprozess orientierten Pflegeinterventionen“ erreichen. Dieser Ansatz wird durch die Studie von Blättner et al. verstärkt, in der die Unterscheidung zwischen „universeller“ Prävention im Sinne des § 5 SGB XI, die sich an alle Bewohner/innen einer Lebenswelt richtet, und der rein individuell „indizierten“ Prävention, die durch die aktivierende Pflege gemäß § 11 SGB XI abgedeckt wäre, empfohlen wird. Damit nehmen Verhältnismaßnahmen der Gesundheitsförderung an Bedeutung zu. Der GKV-Spitzenverband hat einen weiteren Auftrag für eine Expertise mit Anregungen zur Überarbeitung des Leitfadens „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI“ vergeben. Auftragnehmerin ist Frau Prof. Dr. Beate Blättner (Hochschule Fulda) und die Ergebnisse werden voraussichtlich Ende Dezember 2017<sup>5</sup> vorliegen.

Nach dem derzeitigen Stand hat man sich etwa im genannten Leitfaden auf fünf Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen verständigt (Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit, Gewalt). Handlungsbedarf besteht noch in der Entwicklung klarer Qualitätsindikatoren und –instrumente in diesen Handlungsfeldern.

Ein Qualitätskonzept muss Aspekte der verhältnisbezogenen Primärprävention und Gesundheitsförderung stärker integrieren. Dabei müssen insbesondere Qualitätsindikatoren (weiter)entwickelt werden, die die Lebensqualität der Bewohner/innen sowie der Beschäftigten stärker in den Blick nehmen. Darüber hinaus müssen geeignete Instrumente

---

<sup>5</sup> Der aktualisierte Leitfaden wurde am 04.06.2018 vom Vorstand des GKV-Spitzenverbandes beschlossen und veröffentlicht.



entwickelt werden, anhand derer einerseits der Bedarf an verhältnisbezogenen Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung bestimmt und andererseits eine qualitativ hochwertige Umsetzung erreicht werden kann. Zu diesem Zweck ist eine spezifische Ausgangsanalyse der Zielgruppen anhand sekundärer Datenanalysen, Literaturrecherchen (zu gezielten Forschungsfragen) und qualitativer Forschung notwendig.

Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätskonzeptes für Projektfeld 2 in Erwägung gezogen werden können:

Gesetze: Präventionsgesetz, Pflegestärkungsgesetz (PSG) II

Leitlinien: Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (GKV, 2017); Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI (GKV, 2016)

QS-Kriterien: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Bezug auf Verhältnissen (sind noch zu definieren) und unter Berücksichtigung von bestehenden Expertenstandards (Einträge 2-3, 5-6, 8-9, 12-13, 15, Tab. 5) werden entwickelt

QS-Indikatoren: Die Indikatoren stellen messbare Anzeichen, dass die QS-Kriterien bei Pflegebedürftigen und von Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden, dar.

QS-Instrumente: Unter Berücksichtigung von bestehenden Methoden zur Bewertung von Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können Instrumente mit Indikatoren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (noch zu definieren) entwickelt bzw. weiterentwickelt werden

QS-Maßnahmen: Maßnahmen werden von einzelnen Pflegeeinrichtungen entwickelt und implementiert

Forschung: Veröffentlichungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (s. Eintrag 7, Tab. 5), Bundesvereinigung für Gesundheit (Eintrag 1, Tab. 5) und des Zentrums für Qualität in der Pflege (Eintrag 10, Tab. 5)


**Tabelle 5 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte in der Pflege**

	Verfasser	Titel	Jahr	Zugriff/Quelle
1.	Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.	Qualitätsmanagement in gesundheitsfördernden Einrichtungen: Leitfragen zur Umsetzung	1997	<a href="http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/qualit%C3%A4tsmanagement_in_gesundheitsf%C3%B6rdernden_einrichtungen.pdf">http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/qualit%C3%A4tsmanagement_in_gesundheitsf%C3%B6rdernden_einrichtungen.pdf</a>
2.	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 1. Dekubitusprophylaxe in der Pflege [Feb. 2000, akt. Juni 2017]	2000	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
3.	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 2. Entlassungsmanagement in der Pflege [Juli 2009, akt. 2017]	2009	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
4.	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	DGE Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen [Sept. 2009]	2009	<a href="http://www.dge.de/gv/dge-qualitaetsstandards/">http://www.dge.de/gv/dge-qualitaetsstandards/</a>
5.	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 4. Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen [Dez 2011]	2011	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
6.	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 6. Sturzprophylaxe in der Pflege [Jan 2013]	2013	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
7.	Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)	»Potenzial Gesundheit« : Strategien zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der 18. Legislaturperiode aus Sicht der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg)	2013	<a href="http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_potenzial%20gesundheit_2013_langfassung.pdf">http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/bvpg_potenzial%20gesundheit_2013_langfassung.pdf</a>
8.	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 3. Förderung der Harnkontinenz in der Pflege [März 2014]	2014	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
9.	Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 9. Erhaltung und Förderung der Mobilität [Juni 2014]	2014	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>



Verfasser	Titel	Jahr	Zugriff/Quelle
	2014]		
10. Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)	Prävention in der Pflege: Maßnahmen und Ihre Wirksamkeit	2014	<a href="https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Massnahmen_Wirksamkeit.pdf">https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Praevention_Pflege_Massnahmen_Wirksamkeit.pdf</a>
11. Prof. Dr. Beate Blättner	Identifikation, Beschreibung und Begründung von Kriterien zur Prävention in der stationären Pflege gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI. Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes	2015	unveröffentlicht
12. Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 5. Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen [Mai 2015]	2015	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
13. Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 8. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden [Sept 2015]	2015	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
14. GKV-Spitzenverband	Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI	2016	<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikation/P160153_Praeventionsleitfaden_stationaer_barrierefrei_II.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikation/P160153_Praeventionsleitfaden_stationaer_barrierefrei_II.pdf</a>
15. Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP)	Expertenstandard 7. Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege [Jan 2017]	2017	<a href="https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069">https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/#c18069</a>
16. GKV Spitzenverband	Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP) [Feb 2017]	2017	<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/indikatoren_fuer_ergebnisqualitaet/indikatoren_fuer_ergebnisqualitaet_1.jsp">https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/indikatoren_fuer_ergebnisqualitaet/indikatoren_fuer_ergebnisqualitaet_1.jsp</a>
17. GKV Spitzenverband	Leitfaden Prävention nach § 20 SGB V	2017	<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/paevention_selbsthilfe_beratung/paevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp">https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/paevention_selbsthilfe_beratung/paevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp</a>



### 7.3 Gesundheitskompetenz (GK)

Die Mehrheit der Bevölkerung ist nicht in der Lage, Gesundheitsinformationen und -angebote zu finden, zu verstehen und umzusetzen, um mit aktuellen gesundheitsrelevanten Erkenntnissen die passenden Entscheidungen für sich und andere zu treffen. Kurzum: Es mangelt bei vielen Menschen an Gesundheitskompetenz. Das Problem ist durch vor etwa 5 Jahren in Europa durchgeführte Umfragen (HLS-EU) und Projekte (Intervention Research On Health Literacy among Ageing population, IROHLA) offengelegt worden. In Deutschland zeichnete sich dabei ein ähnlicher Trend ab, insbesondere bei älteren Menschen,(27) Menschen mit Migrationshintergrund und Jugendlichen mit niedriger Bildung.(28) Bei der Suche nach gesundheitsfördernden Informationen haben Betreuende und pflegende Angehörige ebenfalls einen hohen Hilfebedarf. (29)

In Deutschland ist seit 2015 die Förderung der Gesundheitskompetenz, um das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln von Bürger/innen zu stärken, ein wesentliches Ziel der Leistungen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung (vgl. § 20 Abs. 1 Nr. 5 SGB V): „gesundheitsliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken“.

Zum zentralen Thema wurde die Förderung von Gesundheitskompetenz auf der globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2016. Die dort verabschiedete Deklaration von Shanghai<sup>6</sup> erkennt Gesundheitskompetenz als Gesundheitsdeterminante (Einflussfaktor auf die Gesundheit) an und fordert damit auf, in ihre Entwicklung zu investieren. Die Relevanz wird breit für diverse Bevölkerungsgruppen festgestellt. Deshalb wird dazu aufgerufen nationale und kommunale Strategien zur Förderung der Gesundheitskompetenz in allen Bevölkerungsgruppen und in allen Bildungseinrichtungen zu entwickeln, umzusetzen und hinsichtlich ihrer Wirkung zu überprüfen.

Aktuell gibt es in Deutschland mehrere Initiativen, die von Bundesebene gesteuert und unterstützt werden. In diesem Zusammenhang wird von einer internationalen Expertengruppe aus Politik, Wissenschaft und Praxis ein Nationaler Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz (NAP) erarbeitet. Internationalen Vorbildern folgend werden Handlungsziele 2018 erarbeitet, mit denen die Gesundheitskompetenz in den unterschiedlichen Bereichen gesellschaftlichen Lebens gestärkt werden kann. Wissenschaftlich begleitet und umgesetzt werden die NAP-Ziele 2018 durch die Vergabe einer nationalen Koordinierungsstelle Gesundheitskompetenz an der Berliner Hertie School of Governance mit finanzieller Unterstützung des AOK-Bundesverbandes.<sup>7</sup> Im Juni 2017 gründete das Bundesministerium für Gesundheit die Allianz für Gesundheitskompetenz mit 14 Partnern.<sup>8</sup> Dazu zählen für dieses Projekt relevante Akteure, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen, der Deutsche Pflegerat, der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung.

#### 7.3.1 Gesundheitskompetenz in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 3

In Deutschland stößt die Förderung von Gesundheitskompetenz bei vulnerablen Zielgruppen auf hohes Interesse. Beispielsweise gibt es ein vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

<sup>6</sup> <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/erklarung-von-shanghai-uber-gesundheitsforderung/2017-02-14.5101129086/download>

<sup>7</sup> Der NAP ist im Februar 2018 veröffentlicht worden und abrufbar unter: <http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan.html>

<sup>8</sup> <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/juni/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html>



unterstütztes Projekt zur Gesundheitsförderung für Menschen mit Lernschwierigkeiten, das „Projekt GESUND!“. (30) Im Rahmen der Selbsthilfe ist das Projekt an Werkstätten für Menschen mit Behinderung gerichtet, wobei die Beschäftigten mit Lernschwierigkeiten selbstbestimmt mit ihrer Gesundheit in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Umgang mit Krisensituationen und Stressbewältigung umzugehen lernen. Ein verstärktes Bewusstsein über die eigene Gesundheit und über die körperlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu fördern sind Teilziele des Projektes. Durch die Steigerung der Fachkompetenz wird Gesundheitskompetenz gefördert. Dieser Ansatz könnte eventuell auf Bewohner/innen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe übertragen werden.

### Fazit

Fragebögen, Studien und Initiativen aus dem deutschsprachigen Raum zur Messung und Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten im Bereich Gesundheitskompetenz, sowie einschlägige internationale Erhebungsinstrumente und Publikationen wurden für die Status-Quo-Erhebung gesichtet. Als nächstes wäre die Übertragbarkeit des Fragebogens des WHO Collaborating Centre Wien (WHO-CC Wien) zur Evaluation des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (vgl. Tab. 6, Nr. 7) auf die Zielgruppen der Eingliederungshilfe zu prüfen. Fragen werden auf das lebensweltspezifische soziale und organisatorische Umfeld abzielen. Methodisch wird mit Zielgruppenbefragungen die Ausgangssituation der Betroffenen, Beschäftigten und Einrichtungen analysiert.

Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätskonzeptes für Projektfeld 3 in Erwägung gezogen werden können:

Leitlinien: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (wird 2018 veröffentlicht)

Kriterien: Kriterien der organisationalen Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Barrierefreiheit/Selbstbestimmung gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen, verstehen, beurteilen und anzuwenden (noch zu definieren)

Indikatoren: Indikatoren zur organisationalen Gesundheitskompetenz werden anhand von AP-2 Recherchen für die Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung angepasst

Instrumente: Instrumente bzw. Checklisten werden anhand vom WHO-CC-Wien Fragebogen zur Evaluation des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Eintrag 7, Tab. 6) für die Lebenswelt Eingliederungshilfe angepasst und weiterentwickelt

Maßnahmen: Maßnahmen werden von einzelnen Wohneinrichtungen implementiert und weiterentwickelt

Forschung: Mehrere internationale Veröffentlichungen bilden die wissenschaftliche Basis für den WHO-Fragebogen zur organisationalen Gesundheitskompetenz (Einträge 1-6, 8-22, Tab. 6). Insbesondere ist die WHO-Publikation zur Gesundheitskompetenz von 2016 (Eintrag 23, Tab. 7) von Bedeutung.

### **7.3.2 Gesundheitskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen: Projektfeld 4**

In Einrichtungen der teil- und vollstationären Pflege gibt es bisher noch keine empirisch belastbaren Qualitätskonzepte, die auf alle Zielgruppen – Betroffene, Beschäftigte und Einrichtungen – zutreffen würden. Daher ist es umso wichtiger, den Bestand an internationalen Qualitätskonzepten und -instrumenten zur Kenntnis zu nehmen, um am Aufbau in den Bereichen Gesundheitskompetenz und Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen mitwirken zu können. Am vielversprechendsten stellt sich das vom WHO-CC entwickelte Instrument zur Messung organisatorischer Gesundheitskompetenz dar.



## Fazit

Wie in Projektfeld 3 sind die internationalen Instrumente und Studien zur Messung und Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten im Bereich Gesundheitskompetenz relevant. Insbesondere sollte auch hier der o.g. WHO-CC-Fragebogen auf Übertragbarkeit auf die Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtungen als gesundheitsfördernde Institution geprüft werden. Die Ausgangssituation der Pflegebedürftigen, Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen sind durch Sekundärdaten und Stakeholder-Befragungen weiter zu definieren.

Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätskonzeptes für Projektfeld 4 in Erwägung gezogen werden können:

Leitlinien: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (wird 2018 veröffentlicht)

Kriterien: Kriterien der organisationalen Gesundheitskompetenz in Bezug auf die Barrierefreiheit/Selbstbestimmung gesundheitsrelevante Informationen zu beschaffen, verstehen, beurteilen und anzuwenden (noch zu definieren)

Indikatoren: Indikatoren zur organisationalen Gesundheitskompetenz werden für die Pflegeeinrichtungen angepasst

Instrumente: Instrumente bzw. Checklisten werden anhand vom WHO-CC-Wien Fragebogen zur Evaluation des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (Eintrag 7, Tab. 6) für die Lebenswelt Eingliederungshilfe angepasst und weiterentwickelt

Maßnahmen: Maßnahmen werden von einzelnen Wohneinrichtungen implementiert und weiterentwickelt

Forschung: Mehrere internationale Veröffentlichungen bilden die wissenschaftliche Basis für den WHO-Fragebogen zur organisationalen Gesundheitskompetenz (Einträge 1-6, 8-22, Tab. 6). Insbesondere ist die WHO-Publikation zur Gesundheitskompetenz von 2016 (Eintrag 23, Tab. 7) von Bedeutung.




**Tabelle 6 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte im Bereich Gesundheitskompetenz**

	Verfasser	Titel [Jahr]	Jahr	Zugriff/Quelle
1.	Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ (USA)	The Cultural Competence Self-Assessment Protocol for Health Care Organizations and Systems [1995]	1995	Andrulis, A., T. Delbanco, L. Avakian, and Y. Shaw-Taylor. 1995. "The Cultural Competence Self Assessment Protocol for Health Care Organizations and Systems." New York: National Public Health and Hospital Institute/New York Academy of Medicine and Harvard Medical School/Beth Israel-Deaconess Hospital, with support from the Robert Wood Johnson Foundation.
2.	Governance International (SWE)	Empowering patients to need less care and do better in Highland Hospital, South Sweden [2001]	2001	<a href="http://www.govint.org/good-practice/case-studies/empowering-patients-to-need-less-care-and-do-better-in-highland-hospital-south-sweden/">http://www.govint.org/good-practice/case-studies/empowering-patients-to-need-less-care-and-do-better-in-highland-hospital-south-sweden/</a>
3.	Institute of Medicine (IOM) of the National Academies (USA)	Health Literacy: A Prescription to End Confusion [2004]	2004	<a href="http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.aspx">http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion.aspx</a>
4.	World Health Organization, WHO	Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms [2006]	2006	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf</a>
5.	Harvard School of Public Health Department of Society, Human Development, & Health (USA)	The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers [2006]	2006	<a href="https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf">https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2012/09/healthliteracyenvironment.pdf</a>
6.	EU-Weißbuch	Gemeinsam für die Gesundheit: Ein strategischer Ansatz der EU für 2008-2013 [2007]	2007	<a href="http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_de.pdf</a>
7.	WHO-CC-Wien, WHO-Kooperationszentrum für Gesundheitsförderung in Krankenhaus und Gesundheitswesen	Fragebogen zur Evaluation des Internationalen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser [2009]	2009	<a href="http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user_upload/HPH_PRICES/PRICES-HPH_GermanHospital-Questionnaire.pdf">http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user_upload/HPH_PRICES/PRICES-HPH_GermanHospital-Questionnaire.pdf</a>
8.	National Adult Literacy Agency (Irland)	Literacy Audit for Healthcare Settings [2009]	2009	<a href="https://www.nala.ie/sites/default/files/publications/literacy_audit_for_healthcare_settings.pdf">https://www.nala.ie/sites/default/files/publications/literacy_audit_for_healthcare_settings.pdf</a>



	<b>Verfasser</b>	<b>Titel [Jahr]</b>	<b>Jahr</b>	<b>Zugriff/Quelle</b>
9.	Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ (USA)	Health Literacy Universal Precautions Toolkit [2010]	2010	<a href="http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf">http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthliteracytoolkit.pdf</a>
10.	Georgetown University, National Center for Cultural Competence Center for Child and Human Development (USA)	Cultural and Linguistic Competence Family Organization Assessment Instrument [2010]	2010	<a href="https://nccc.georgetown.edu/documents/NCCC-CLCFOAAssessment.pdf">https://nccc.georgetown.edu/documents/NCCC-CLCFOAAssessment.pdf</a>
11.	Initiative Neue Qualität der Arbeit, INQUA	Gesundheitskompetenz im Unternehmen gestalten und umsetzen [2011]	2011	<a href="http://www.inga.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/gesundheitskompetenz-im-unternehmen-gesima.pdf?__blob=publicationFile">http://www.inga.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/gesundheitskompetenz-im-unternehmen-gesima.pdf?__blob=publicationFile</a>
12.	Allianz Gesundheitskompetenz Schweiz	Förderung der Gesundheitskompetenz – Erhebung der Aktivitäten der Kantone [2011]	2011	<a href="http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Projekte/20120222_Forderung_der_Gesundheitskompetenzen_D_FINAL-001.pdf">http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/logicio/client/allianz/file/Projekte/20120222_Forderung_der_Gesundheitskompetenzen_D_FINAL-001.pdf</a>
13.	Institute of Medicine, National Academies (USA)	Ten attributes of health literate health care organizations [2012]	2012	<a href="https://cvp.ucsf.edu/docs/bph_ten_hlit_attributes.pdf">https://cvp.ucsf.edu/docs/bph_ten_hlit_attributes.pdf</a>
14.	World Health Organization, WHO	Health Literacy: The solid Facts [2013]	2013	<a href="http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf">http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf</a>
15.	Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ (USA)	Re-Engineered Discharge (RED) Toolkit [2013]	2013	<a href="https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html">https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/red/toolkit/index.html</a>
16.	Ministry of Social Development (NZ)	MSD Organisational Capability Self-Assessment Tool [2013]	2013	<a href="https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/work-programmes/investing-in-services-for-outcomes/full-organisational-capability-self-assessment-tool-all-templates.pdf">https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/work-programmes/investing-in-services-for-outcomes/full-organisational-capability-self-assessment-tool-all-templates.pdf</a>
17.	Enliven (AUS)	Enliven Organisational Health Literacy Self-assessment [2013]	2013	<a href="http://www.enliven.org.au/health-literacy-promotion/publications">http://www.enliven.org.au/health-literacy-promotion/publications</a>
18.	Governance International (SWE)	The Esther approach to healthcare in Sweden: A business case for radical improvement [2013]	2013	<a href="http://www.govint.org/good-practice/case-studies/the-esther-approach-to-healthcare-in-sweden-a-business-case-for-radical-improvement/">http://www.govint.org/good-practice/case-studies/the-esther-approach-to-healthcare-in-sweden-a-business-case-for-radical-improvement/</a>
20.	Australian Commission on Safety and Quality in Health	Consumers, the health system and health literacy: Taking action to	2013	<a href="http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Consumers-the-health-system-and-health-">http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/Consumers-the-health-system-and-health-</a>



	<b>Verfasser</b>	<b>Titel [Jahr]</b>	<b>Jahr</b>	<b>Zugriff/Quelle</b>
	Care (AUS)	improve safety and quality [Juni 2013]		<a href="#">literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality3.pdf</a>
<b>21.</b>	Clinical Excellence Commission (AUS)	CEC Guide to Health Literacy [2013]	2013	<a href="http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf">http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf</a>
<b>22.</b>	Unity Point Health (USA)	Building Health Literate Organizations: A Guidebook to Achieving Organizational Change [2014]	2014	<a href="http://www.unitypoint.org/health-literacy-guidebook.aspx">http://www.unitypoint.org/health-literacy-guidebook.aspx</a>
<b>23.</b>	Weltgesundheits-organisation, WHO	Gesundheitskompetenz: Die Fakten [2016]	2016	<a href="https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf">https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheitskompetenz/who_health_literacy_fakten_deutsch.pdf</a>



## 7.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind in § 20b SGB V verankert. Ziel ist es, die gesundheitliche Situation in Betrieben zu erheben und diese beim Auf- und Ausbau von gesundheitsförderlichen Strukturen zu unterstützen. Außerdem helfen die Krankenkassen den Unternehmen bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten und zur Verringerung gesundheitlicher Risiken. In der BGF Qualitätssicherung ist es besonders relevant auf die Kriterien der Evaluation und Messung der Zielerreichung einen Fokus zu legen.(31)

Für die Bestandsaufnahme von Qualitätssicherungskonzepten ist es wichtig, sich neben der BGF durch die Krankenkassen der weiteren relevanten Akteure bewusst zu sein. Durch das Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu gewährleisten. Die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften spielen hierbei eine erhebliche Rolle. Sie haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. BGF-Maßnahmen durchzuführen ist dagegen eine freiwillige Entscheidung seitens des Arbeitgebers und dient zur Vorbeugung von spezifischen Krankheiten (Prävention) sowie zur Steigerung des Wohlbefindens und der Widerstandsfähigkeit der Beschäftigten (Gesundheitsförderung). In der folgenden Tabelle werden dementsprechend QS-Konzepte, QS-Kriterien und QS-Indikatoren, die von verschiedenen Akteuren/Stakeholdern aus Sicht der BGF, des BGM und des Arbeitsschutzes erstellt wurden, berücksichtigt.

BGF folgt einem systematischen Vorgehen von der Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb über die Planung und Durchführung passgenauer Maßnahmen hin zur Evaluation der Interventionen und Prozesse. Am erfolgreichsten ist BGF, wenn dieser Zyklus regelmäßig durchlaufen wird. Angestrebt wird, BGF und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) nachhaltig in der Führungs- und Unternehmenskultur zu etablieren. Durch die Akzeptanz auf allen Ebenen der Organisation können eine systematische Weiterentwicklung der betrieblichen Rahmenbedingungen erfolgen sowie die organisationalen, sozialen und personalen Ressourcen gestärkt werden. Dabei sind beispielsweise Maßnahmen zum Aufbau von Lern- und Partizipationsmöglichkeiten (organisationale Ressourcen), zur Unterstützung von sozialen Netzwerken (soziale Ressourcen) und zur Entwicklung von Widerstandsfähigkeit und Selbstwirksamkeit in Hinblick auf kontextspezifischen Tätigkeiten (personale Ressourcen) gemeint. (32)

Der GKV-Leitfaden Prävention bietet neben diesem systematischen Vorgehen in der BGF weiterhin BGF-Handlungsfelder und BGF-Maßnahmen, die auf die Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe und der Pflege anzuwenden sind. Diese Handlungsfelder befassen sich mit der Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, mit dem gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil der Beschäftigten und mit der überbetrieblichen Vernetzung und Beratung. Diese Handlungsfelder und Präventionsprinzipien sind branchenunspezifisch und lassen einen gewissen Spielraum zur Weiterentwicklung.

### 7.4.1 Betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 5

Im Bereich der Eingliederungshilfe gibt es nur wenige Projekte oder Studien mit BGF-Bezug. In einer 2015 durchgeführten Studie – Betreuung von Menschen mit Behinderung in Deutschland – nahmen über 400 Betreuungskräfte, zum großen Teil Heilerziehungspfleger/innen, Erzieher/innen, Gesundheits- und Kranken- und Altenpfleger/innen sowie teilweise Heilpädagog/innen, Sozialpädagog/innen und Ergotherapeut/innen, an einer Befragung in über 800 Einrichtungen zu ihrer Gesundheit und



ihrem Beruf teil. Den Ergebnissen zufolge empfanden die Betreuungskräfte eine hohe psychische Belastung aufgrund von Arbeitsbedingungen und -faktoren (u.a. zu wenig Zeit für die Bewohner/innen, verlangtes Einspringen für Kolleg/innen, ungünstige Arbeitszeiten). (33)

Auf der Suche nach BGF-Konzepten in der Eingliederungshilfe finden sich Instrumente (Fragebogen zu Diversity Management, Leitfaden Personalgespräch) für Werkstätten für behinderte Menschen oder für Unternehmen, die Menschen mit Behinderung beschäftigen. Nur selten werden Instrumente speziell für die Beschäftigten, wie z.B. Heilerziehungs-, Kranken- und Gesundheitspfleger/innen, die innerhalb einer stationären Wohneinrichtung arbeiten, veröffentlicht. Die Frage besteht, ob es Qualitätssicherungsinstrumente für diese Zielgruppe gibt.

### Fazit

Der GKV-Leitfaden Prävention stellt für die BGF einen Rahmen für die Entwicklung von Qualitätskonzepten im Bereich der Eingliederungshilfe dar. Dieser Rahmen sollte speziell für die dortigen organisatorischen Rahmenbedingungen und die Beschäftigten (Heilerziehungspfleger, soziale Betreuer, etc.) konkretisiert werden. Die Datenlage zur qualitätsgesicherten BGF in Wohnstätten für Menschen mit Behinderung ist relativ gering. Um den Wissensstand in diesem Bereich zu steigern, können weitere Erfahrungen mit BGF-Projekten aus diesem Bereich eingebunden werden. Weiterhin müssten Befragungen von Heilerziehungspfleger/innen zu gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen durchgeführt werden. Auch die Krankheitsprävalenzen der Beschäftigten dieses Arbeitszweigs sollten durch Sekundärdatenanalysen ermittelt werden.

Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätskonzeptes für Projektfeld 5 in Erwägung gezogen werden können:

Leitlinien: Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (GKV, 2017); Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (GKV, 2017)

Kriterien: Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die sich mit Hilfe von organisatorischen Rahmenbedingungen (noch zu definieren) gestalten lassen, werden unter Berücksichtigung von bestehenden Kriterien, Normen und Qualitätsanforderungen (s. u.a. Einträge 1-2, 4, 9-10, Tab. 7) für die Betreuungskräfte und Wohnstätten entwickelt.

Indikatoren: Messbare Anzeichen der Kriterien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität müssen noch identifiziert werden

Instrumente: Bestehende Erhebungsinstrumente bspw. zu Diversity (Eintrag 7, Tab. 7) oder „guter Arbeit“ (Eintrag 13, Tab. 7) kommen für die Entwicklung von Instrumenten in der Lebenswelt stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Betracht.

Maßnahmen: Maßnahmen werden von einzelnen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung entwickelt und implementiert

Forschung: Wissenschaftliche Arbeiten (Eintrag 5, Tab. 7) sowie aktuell aus Qualitätsinitiativen erhobene Daten (s. Eintrag 12, Tab. 7) tragen zur Entwicklung von Kriterien bei.



## 7.4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen: Projektfeld 6

Pflegekräfte sind besonderen beruflichen Anforderungen ausgesetzt, die durch bestimmte gesundheitsfördernde betriebliche Maßnahmen ausgeglichen werden sollen. Laut Umfragen aus 2014 und 2016 wünschen sich Pflegekräfte Unterstützung bei einer flexiblen Dienstplangestaltung, der Einhaltung gesetzlicher Pausen und bei Schulungsangeboten zur Stärkung von Stressbewältigungsstrategien bei hoher psychischer und körperlicher Belastung. (34) Diese Belastungen spiegeln sich durch die hohe Anzahl von Fehlzeiten wider. Laut dem AOK-Fehlzeitenreport lag der Krankenstand in den Berufen der Altenpflege im Jahr 2016 bei 7,5 Prozent (2012: 6,8 Prozent) deutlich über dem Durchschnitt von 5,3 Prozent (2012: 4,9 Prozent) und stieg auch schneller als dieser. (35)

Mehrere Qualitätssicherungsinstrumente für die Selbstanalyse von Führungs- und Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen sind im Bereich BGF bereits vorhanden. Beispielsweise durch die Förderinitiativen des Netzwerks Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) wird eine Vielfalt an Handlungshilfen und Checklisten online zur Verfügung gestellt. Die INQA-Initiative „Offensive Gesund Pflegen“ bietet zur Steigerung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in der Altenpflege ein Selbstbewertungssystem. Die Initiative vermittelt u.a. einen Onlinecheck „Kurzcheck Pflege“ und eine Sammlung von Leitgedanken für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen in den Bereichen Personalführung, Chancengleichheit & Diversity, Gesundheit und Wissen & Kompetenz. Im Rahmen von INQA werden aktuell auch Daten bezüglich der Digitalisierung in der Arbeitswelt Pflegeeinrichtung gesammelt, die 2018 ausgewertet werden sollen.

Ansätze der Förderung von Gesundheitskompetenz kommen aus jüngsten Erkenntnissen für BGF in Betracht. (36) Aus Fokusgruppen von Teilnehmern aus vor allem kleinen und mittleren Unternehmen ergab sich „Entwicklungspotenzial in hohem Maß“ für die Integration von Gesundheitskompetenz bei Arbeitsverhältnissen, wie Arbeits-Rahmenbedingungen, Lernfelder der Weiterbildung und Bereitstellung von Ressourcen. Auch das Konzept von „Informationskompetenz“ zur Beschaffung von wissenschaftlich- und praxisrelevantem Wissen wird für die Ausbildung der Pflegeberufe empfohlen. (37)

### Fazit

Der Leitfaden Prävention vom GKV-Spitzenverband bietet u.a. ein branchenübergreifendes Vorgehen für die BGF (betrieblicher Gesundheitsförderungsprozess). Außerdem können Fragen zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Pflege- und Führungskräften der Wohnrichtungen in bestehenden Qualitätsinstrumenten mit integriert und angepasst werden. Um mehr über die spezifischen Belastungen (physische und psychische) von Pflegekräften zu erfahren, müssen mehr Erkenntnisse aus Sekundärdatenanalysen aus Studien, Initiativen und Routinedaten herangezogen werden.

Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätskonzeptes für Projektfeld 6 in Erwägung gezogen werden können:

Leitlinien: Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (GKV, 2017); Kapitel 6: Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V aus dem Leitfaden Prävention Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V (GKV, 2017)

Kriterien: Kriterien der Bestandsaufnahme zu Arbeitsbelastungen von Pflege- und Führungskräften; Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (noch zu definieren)

Indikatoren: Messbare Anzeichen der Kriterien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität müssen noch anhand von AP-2 Recherchen identifiziert werden

Instrumente: Instrumente werden u.a. unter Berücksichtigung INQA-geförderter Selbstbewertungsinstrumente (Eintrag 12, Tab. 7) weiterentwickelt



Maßnahmen: Maßnahmen werden von einzelnen Pflegeeinrichtungen entwickelt und implementiert

Forschung: Erkenntnisse aus INQA-Initiativen zu u.a. Lebensqualität der Pflegekräfte (Eintrag 12, Tab. 7)


**Tabelle 7 Übersicht über Qualitätssicherungsaspekte im Bereich BGF**

	Verfasser	Titel	Jahr	Zugriff/Quelle
1.	Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)	ENWHP-Initiativen: Quality criteria and success factors of workplace health promotion	1996	<a href="http://www.enwhp.org/">http://www.enwhp.org/</a>
2.	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, BKK Bundesverband	Qualitätskriterien für BGF	1999	<a href="http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Gesunde_Mitarbeiter_in_gesunden_Unternehmen_Erfolgreiche_Praxis_Qualitaetskriterien.pdf">http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen Erfolgreiche Praxis Qualitätskriterien.pdf</a>
3.	Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung	Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik	2004	<a href="https://www.boeckler.de/pdf/fofoe_vorschl_expertenk_gesundheit.pdf">https://www.boeckler.de/pdf/fofoe_vorschl_expertenk_gesundheit.pdf</a>
4.	Occupational Health and Safety Assessment Systems (OHSAS)	Arbeitsschutzmanagementsystem nach OHSAS 18001	2007	<a href="http://www.ohsas18001-arbeitsschutzmanagement.de/">http://www.ohsas18001-arbeitsschutzmanagement.de/</a>
5.	Walter, Uta (Dissertation)	Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	2007	<a href="https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2306620">https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2306620</a>
6.	Deutsches Institut für Normung (DIN) (initiiert von der B·A·D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH)	DIN SPEC 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“	2012	<a href="https://www.beuth.de/de/technische-regel/din-spec-91020/153182508">https://www.beuth.de/de/technische-regel/din-spec-91020/153182508</a>
7.	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Bundesinstitut für Berufsbildung	Publikationen: Gute Stationsorganisation – ein Leitfaden [2016]; Erste Schritte eines Diversity Managements- das Online-Tool Diversity	2014	<a href="https://www.baua.de">https://www.baua.de</a> <a href="https://www.bibb.de">https://www.bibb.de</a>
8.	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)	»Gesundheit im Betrieb« der gesetzlichen Unfallversicherungsträger und der DGUV	2014	<a href="http://www.dguv.de/de/praevention/fachbereiche_dguv/gib/gesundheit/index.jsp">http://www.dguv.de/de/praevention/fachbereiche_dguv/gib/gesundheit/index.jsp</a>
9.	Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS)	Spezielle Anforderungen zur Akkreditierung von Zertifizierungsstellen, die	2015	<a href="http://www.dakks.de/content/spezielle-anforderungen-zur-akkreditierung-von-zertifizierungsstellen-die-">http://www.dakks.de/content/spezielle-anforderungen-zur-akkreditierung-von-zertifizierungsstellen-die-</a>





Verfasser	Titel	Jahr	Zugriff/Quelle
	Managementsysteme nach DIN SPEC 91020:2012 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ zertifizieren		<a href="#">managementsysteme</a>
10. Gesundheit Berlin-Brandenburg, Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften (ZAGG)	Qualitätskriterien für Betriebliche Gesundheitsförderung [Präsentation]	2017	<a href="http://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Materialien/Arbeitskreise/Materialien BGF/neu_Qualitaetskriterien zum Ausdrucken.pdf">http://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Materialien/Arbeitskreise/Materialien BGF/neu_Qualitaetskriterien zum Ausdrucken.pdf</a>
11. Bundesverband Betriebliches Gesundheitsmanagement (BBGM)	Ressort „Qualität im BGM“	2017	<a href="http://www.bbgm.de/qualitaetssicherung/">http://www.bbgm.de/qualitaetssicherung/</a> <a href="http://bbgm.de/uploads/bbgm/2017/04/140623_Award-Poster-final.pdf">http://bbgm.de/uploads/bbgm/2017/04/140623_Award-Poster-final.pdf</a>
12. Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)	Offensive Gesund Pflegen	2017	<a href="http://www.inqa.de/DE/Mitmachen-Die-Initiative/Unser-Netzwerk/Partnernetzwerke/Netzwerke/Offensive-Gesund-Pflegen.html">http://www.inqa.de/DE/Mitmachen-Die-Initiative/Unser-Netzwerk/Partnernetzwerke/Netzwerke/Offensive-Gesund-Pflegen.html</a>
13. Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)	DGB-Index Gute Arbeit	2017	<a href="http://index-gute-arbeit.dgb.de/">http://index-gute-arbeit.dgb.de/</a>
14. GKV- Spitzenverband (GKV-SV)	Leitfaden Prävention	2017	<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention">https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention</a> und <a href="#">bfg/leitfaden praevention/leitfaden praevention.jsp</a>



## 8 Workshops und Beirat

Eine Beteiligung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ist durch mindestens zwei Workshops zu Beginn und am Ende des Förderprojektes vorgesehen. Außerdem finden themenspezifische Expertenworkshops an jeder der vier Arbeitsstufen bzw. Arbeitspaketen (von AP-1 bis AP-4) während der gesamten Projektlaufzeit statt. Die in dem Workshop gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Festlegung der Methoden für die weitergehenden Arbeiten ein. Während des Projektes wird bedarfsorientiert wissenschaftliche Expertise eingeholt, um die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen zu berücksichtigen. Die Dokumentationen der beiden Workshops befinden sich in der Anlage zum Meilensteinbericht.

### 8.1 Ergebnisse des Workshops der Kranken- und Pflegekassen vom 27.07.2017

Der Ablauf des GKV-Workshops setzte sich aus einer Vorstellung zum Projekt, einem Vortrag zum Thema Gesundheitskompetenz, und Diskussionen in Form von zwei Arbeitsgruppenphasen und in Form eines Plenums zusammen.

Aus den Diskussionsrunden kristallisierten sich mehrere Empfehlungen und Anforderungen heraus:

1. Erfahrungen einbeziehen. Erfahrungen aus dem Pflegebereich (aktivierende Pflege), BGF Bereich (in Zusammenarbeit mit Berufsgenossenschaften), sowie aus dem Bereich der Betroffenen als „Experten in eigener Sache“ sollten für das Förderprojekt stark in Anspruch genommen werden
2. Transparenz und klare Kommunikation fordern. Akzeptanz für das Projekt und Kooperation im Projektverlauf hängt entscheidend von der Qualität der Kommunikation ab. Dazu zählt ein gemeinsames Verständnis von Begriffen wie Prävention, Gesundheitsförderung und Qualität.
3. Bestehende Angebote sichten. Erforderlich ist es, eine Status-Quo-Analyse zu bestehenden Angeboten der Kranken- und Pflegekassen durchzuführen, um Qualitätssicherungsmaßnahmen zu sichten, zu bewerten und auf ihre mögliche Übertragbarkeit auf die beiden Lebenswelten hin zu überprüfen.
4. Unklarheiten in den präventiven Leistungen aufhellen. In Pflegeeinrichtungen sollte auf eine klare Abgrenzung der Leistungen nach § 5 und § 11 SGB XI geachtet werden. Gesundheitskompetenz als Konzept verdeutlichen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz ist wirklich Neues für die Wohneinrichtungen. Deshalb sollte das Konzept möglichst konkret dargestellt werden.

Im Plenum diskutierten die Teilnehmer/innen gemeinsam über sinnvolle und effektive Partizipations- und Nutzungsmöglichkeiten für alle relevanten Akteure sowie weitere Schritte. In der Abschlussrunde wurden einerseits der Mangel an Wissen im Bereich Eingliederungshilfe und andererseits die grundlegenden, bestehenden Kompetenzen für Prävention und Gesundheitsförderung der unterschiedlichen Akteure in beiden Lebenswelten hervorgehoben. Wegen dieser getrennten Situationsdarstellung sind die Status-Quo-Analysen vorhandener Angebote und Strukturen umso wichtiger, um die Ausgangslage der beiden Lebenswelten zu verstehen und dadurch besser zu handeln.



## 8.2 Ergebnisse des Expert/innen-Workshops vom 17.11.2017

Ein Expertenworkshop zu Beginn des Projektes trägt zur effektiven Gestaltung des Förderprojektes bei. Der Expertenworkshop setzte sich aus den folgenden Akteuren zusammen:

- Vertreter/innen des Bundesministeriums für Gesundheit (Prävention und Pflege)
- Vertreter/innen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
- Vertreter/innen des GKV-Spitzenverbandes (Prävention und Pflege)
- Vertreter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
- Vertreter/innen der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung
- Vertreter/innen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Vertreter/innen der Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe
- Vertreter/innen der Wissenschaft aus den Bereichen der
  - Pflege
  - Eingliederungshilfe, Heilpädagogik
  - Gesundheitskompetenz
  - Prävention und Gesundheitsförderung (Schwerpunkte: Lebenswelten, Qualität, Evidenz)
  - Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

Das Programm des Expertenworkshops setzte sich aus wissenschaftlichen Beiträgen und Diskussionsrunden in kleineren Fachkreisen zusammen. Zur thematischen Orientierung lieferten Referent/innen mit fundiertem Wissen im jeweiligen Fachgebiet Keynotes zu den Fragestellungen „Herausforderungen für die Entwicklung von Qualitätskonzepten der Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. in stationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen“ und zu „Qualitätsanforderungen bei der Stärkung der Gesundheitskompetenz“. Anschließend diskutierten die anwesenden Expert/innen in Arbeitsgruppen über weitere Themenschwerpunkte anhand der folgenden Leitfragen:

- Welche Neuerungen bringt das Präventionsgesetz von 2015 in die beiden Lebenswelten? Wie kann dies sinnvoll von bereits bestehenden Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung in den Einrichtungen bzw. der Berufsgruppen abgegrenzt oder ergänzt werden?
- Welche besonderen Herausforderungen müssen bei den beiden vulnerablen Zielgruppen der Pflegebedürftigen bzw. Menschen mit Behinderung hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigt werden?
- Was könnten aus Ihrer Sicht sinnvolle Ansätze zur Entwicklung und Sicherung von Qualität sein?
- Gibt es bereits gute / akzeptierte / bewährte Qualitätssicherungs-Verfahren, die man genauer erforschen und ausbauen sollte?



- Sind diese ggf. auch (in Teilen) auf die andere Lebenswelt bzw. andere Zielbereiche übertragbar?

Aus den von Expert/innen moderierten Arbeitsgruppen kristallisierten sich diverse Empfehlungen und Anforderungen heraus.

### **Empfehlungen für die Lebenswelt stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe:**

1. Das neue Teilhabepan-Verfahren aktiv in den weiteren Projekt-Überlegungen berücksichtigen.
2. Ein besonderes Augenmerk auf das Handlungsfeld psychische Gesundheit legen.
3. Entwicklungsbegleitung dokumentieren und ggf. als Indikator nutzen.
4. Die Einrichtungen ganzheitlich, das heißt Bewohner/innen und Beschäftigte gleichermaßen, in den Blick nehmen.
5. Bildung und Förderung von sozialen Netzwerken unterstützen.
6. Bestehende Aktivitäten der Eingliederungshilfe und Neuerungen des Präventionsgesetzes sinnvoll integrieren bzw. zusammenführen. Bestehende Strukturen und Aktivitäten nutzen, Doppelstrukturen vermeiden.
7. Akzeptanz bei Betroffenen, Einrichtungsleitungen und Beschäftigten für das Projekt schaffen
8. Zielgruppenbefragungen durchführen.
9. Übertragbarkeit des Leitfadens zur „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ prüfen.
10. Geeignete Instrumente zur Messung der Lebensqualität identifizieren/entwickeln; auf hinreichend differenzierte zielgruppengerechte Instrumente/Konzepte hinwirken.

### **Empfehlungen für die Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen:**

1. Klare Aufgabenbeschreibung: Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) sowie BGF im Setting stationäre Pflegeeinrichtung aus Sicht der Bewohner/innen bzw. Beschäftigten definieren.
2. Sinnvolle, praktikable Abgrenzung zwischen aktivierender Pflege und Prävention und Gesundheitsförderung finden und dabei auch die Rolle der Kranken- und Pflegekassen beschreiben und voneinander abgrenzen.
3. Bestehende Aktivitäten erfassen und den verschiedenen Bereichen sinnvoll zuordnen.
4. „Gewinn“ der Prävention und Gesundheitsförderung für die Beteiligten herausarbeiten: Was rechtfertigt den Aufwand der Umsetzung von § 5 SGB XI?
5. Chance herausstellen: PGF und BGF in einem Atemzug voranbringen.
6. Partizipative Organisationsentwicklung anstreben und unterstützen.
7. Bestehende Strukturen identifizieren und nutzen; keine neuen Strukturen schaffen und aufsatteln.
8. Nachhaltige Wirkung erzielen, dabei aber Wege zur kurzfristigen Motivation der Beteiligten finden: Den Gewinn deutlich machen.



9. Auf Wirkungsorientierung setzen, stärker auf Ergebnis- als auf Prozessqualität fokussieren, mehr auf langfristige Verläufe als Momentaufnahmen setzen; Diskussion zur Qualität in der Pflege auf Analogien prüfen.
10. Gruppeninterventionen fördern.
11. Bildung und Förderung von sozialen Netzwerken unterstützen.

#### **Empfehlungen für den Zielbereich Förderung von Gesundheitskompetenz:**

1. Es gibt keine bekannten Instrumente zur Messung von Gesundheitskompetenz in der Pflege oder Eingliederungshilfe. Deshalb sollte das vom WHO-CC Wien entwickelte Selbstbewertungsinstrument für die Projekt-Zielgruppen und im Kontext der Einrichtung angepasst und getestet werden (vgl. o. Tabelle 6, Nr. 7).
2. Die Fokussierung soll hauptsächlich auf Organisationen und Mitarbeiter/innen gerichtet werden. Dort gibt es einen hohen Bedarf, zudem wirkt sich eine verbesserte Gesundheitskompetenz bei den Mitarbeiter/innen mittelbar auch auf die Bewohner/innen aus.
3. Die Umsetzung von Kompetenz auf „Performanz“ (selbstmotivierte Handlungen auszuführen) ist ein zentraler Schritt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz
4. Mehr Evidenz zur Wirksamkeit und Effektivität von Interventionen im Bereich Gesundheitskompetenz ist notwendig.

#### Schlussfolgerungen für das QualiPEP-Projekt aus den Ergebnissen der Workshops

Anhand von Empfehlungen aus den beiden Workshops in der ersten Arbeitsphase werden prioritäre Schwerpunkte zur Erreichung der Projektziele gesetzt. Für die nachfolgenden Projektarbeiten müssen die bestehenden und praxisüblichen Angebote und Strukturen zur Implementierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten aus Sicht der Beteiligten definiert werden. Auf diese Weise wird eine „partizipative Organisationsentwicklung“ in der Pflege angestrebt. Auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten bestehende Strukturen und Aktivitäten berücksichtigt werden. Eine Bestandsaufnahme zur Sachlage soll durch gezielte Befragungen von Stakeholdern und Beschäftigten in der nächsten Arbeitsphase erreicht werden. Dabei können Antworten auf Fragen zur Abgrenzung der präventiven Leistungen und, im ähnlichen Sinn, zur Rechtfertigung des Aufwandes der Umsetzung von § 5 SGB XI eventuell generiert werden.

Für die nächste Projektphase zur Entwicklung von Qualitätskonzepten und -kriterien sind einige Aspekte besonders in den Blick zu nehmen: In beiden Lebenswelten die Förderung der Bildung sozialer Netzwerke sowie die Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität. Für Menschen mit Behinderungen könnten Qualitätsaspekte, die sich an körperlichen und geistigen Entwicklungen orientieren, sinnvoll sein. Wie ausdrücklich von Expert/innen betont, erfordert der Entwicklungsprozess einen partizipativen Ansatz mit und für Betroffene.

### **8.3 Beirat**

Ein wissenschaftlicher Beirat wird das Projekt unterstützen und beraten. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes werden regelmäßig unter Beteiligung des Beirates diskutiert und weiterentwickelt. Im Kern geht es um die Abstimmung der Gestaltung der Arbeitsphasen und der Eckpunkte der Berichte des jeweiligen Arbeitspakets. Die Perspektive der Stakeholder wird bedarfsbezogenen durch die Expertenworkshops sowie durch regelmäßig stattfindende



Gespräche zu einzelnen Fragestellung eingeholt. Der wissenschaftliche Beirat (Konstituierung am 7. März 2018) ist mit sieben Mitgliedern besetzt:

1. Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda
2. Dr. Annett Horn, Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft
3. Dr. Monika Kücking, GKV-Spitzenverband
4. Dr. med. Kai Kolpatzik, AOK-Bundesverband
5. Olaf Liebig, Bundesministerium für Gesundheit
6. Prof. Dr. Gudrun Wansing, Humboldt-Universität zu Berlin
7. Prof. Dr. Hajo Zeeb, Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)



## 9 Erkenntnisse aus der externen Studie zur Genderproblematik im Themenfeld Gesundheitskompetenz

Im Auftrag des AOK-Bundesverbandes hat Dr. Kristine Sørensen, Leiterin der Global Health Literacy Academy, eine systematische Übersichtsarbeit zum Thema Genderproblematik im Themenfeld Gesundheitskompetenz durchgeführt. Gegenstand dieser Studie war es, genderrelevante Dimensionen und Perspektiven im Forschungsfeld Gesundheitskompetenz zu identifizieren und deren Relevanz genderspezifischen Personengruppen (Frauen, Männer oder Lesbian/ Gay/ Bisexual/ Transgender (LGBT), Intersexed) zuzuordnen. Im Studienbericht ist ein Fazit mit Handlungsempfehlungen zum Umgang mit genderrelevanten Fragestellungen bei Projekten zum Thema Gesundheitskompetenz enthalten.

Der Studie zufolge haben sozio-ökonomische Faktoren, wie das Alter, der Bildungsstand und der Erwerbsstatus, noch vor der Geschlechtszugehörigkeit (Gender) den größten Einfluss auf die Gesundheitskompetenz. Jedoch wurden auch Unterschiede in Kompetenzen nach Geschlecht erkannt. Laut einer dänischen Studie beispielsweise hatten Frauen größere Schwierigkeiten als Männer, mit Ärzt/innen zu kommunizieren, Männer hingegen mehr Schwierigkeiten, die Etiketten auf Medizinprodukten zu verstehen.

Aus der Recherche selektierte Studien wurden von der Autorin in neun gesundheitsrelevante Themenfeldern eingeordnet: allgemeine Gesundheitskompetenz; Lebenslaufperspektiven (life course perspective); E-Health, Digital- und Medien-Kompetenz; Mental-Health-Literacy; nichtübertragbare Krankheiten; Krebserkrankungen; Gesundheitswesen; Behandlungs- und Medikationsmanagement; und Prävention und Gesundheitsförderung. Von Bedeutung für das Projekt sind potenziell Studien aus den letzten drei aufgeführten Bereichen mit Handlungsfeldern wie Sucht, Ernährung, sexuelle und reproduktive Gesundheit, Frauengesundheit und Männergesundheit. Außerdem finden Studienergebnisse zu vulnerablen Gruppen eventuell Anwendung. Die Studien befassten sich mit dem gesundheitskompetenten Verhalten von vulnerablen Menschen bei der Informationssuche und der Anwendung von Fachwissen über Krankheiten und psychisches Wohlbefinden. Dabei handelte es sich um Gesundheitsthemen, wie Krebsfrüherkennung (Gebärmutterhalskrebs), sexuell übertragbare Krankheiten (Chlamydien, HIV-Infektion), Geburtskomplikationen und psychische Erkrankungen (Depression). Jedoch ist hierbei zu beachten, dass der Begriff „vulnerable“ eine breit definierte und heterogene Gruppe von Menschen umfasste, so Gefängnisinsassen, Menschen im fortgeschrittenen Alter oder mit Migrationshintergrund. Deshalb treffen die Erkenntnisse aus diesen Studien möglicherweise nur begrenzt auf die Betroffenen/innen dieses Projektes zu.

Die größten Genderunterschiede zeigen sich laut der Studie im Bereich der psychischen Gesundheit (mental health literacy). Insbesondere sind solche Gesundheitskompetenzen, wie sich relevante Hilfestellungen zu beschaffen oder Informationen über psychische Krankheiten zu verstehen und zu bewerten, unterschiedlich bei männlichen, weiblichen und LGBTI-Teilnehmer/innen ausgefallen. Dabei könnte die Entstigmatisierung bei der Identifikation von und Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten wie Suchtverhalten, Essstörungen und Depression eine entscheidende Rolle zur Erreichung von Chancengleichheit spielen.



## 10 Empfehlungen

Aus den Erkenntnissen der Status-Quo-Erhebung, der Expert/innen-Besprechungen, den Workshops und der beauftragten Studie zu Gesundheitskompetenz und Gender ergeben sich mehrere Wissenslücken und unterschiedliche Auffassungen und Ansätze zu den Themen Qualitätssicherung und Prävention in den Lebenswelten der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Diese Lücken und unterschiedlichen Perspektiven fordern mehr Klarheit und Wissen einerseits, andererseits mehr Aufmerksamkeit und Empfindsamkeit für verschiedene Kontexte. Dabei ist es wichtig, sich über projektbezogene Herausforderungen im Vordergrund bewusst zu sein:

- Die Abgrenzung zwischen bestehenden Maßnahmen der aktivierenden Pflege nach § 11 SGB XI und Maßnahmen des Präventionsgesetzes nach § 5 SGB XI ist nicht trennscharf.
- Qualitätssicherungskonzepte, die alle drei Zielbereiche (PGF, Gesundheitskompetenz und BGF) und Genderaspekte einschließen bzw. berücksichtigen, können sehr komplex werden und sollen dennoch praxisnah sein.
- Neue Qualitätssicherungskonzepte und -instrumente könnten bei den Einrichtungen und den Beschäftigten als zusätzlicher, bürokratischer Aufwand oder gar als zusätzliches Kontrollinstrument (miss)verstanden werden.

Die Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der jeweiligen Lebenswelt ist der erste Schritt, bevor Qualitätsinstrumente in den darauffolgenden Arbeitsphasen erstellt und pilotiert werden können. Das Qualitätssicherungskonzept, das aus Qualitätskriterien und -standards auf Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene besteht, wird im jeweiligen Lebenswelt-Kontext konkretisiert. Um sich diesem Ziel anzunähern, werden die folgenden Erkenntnisse als Empfehlungen zum weiteren Vorgehen im QualiPEP-Projekt hervorgehoben:

1. Auf den Organisationsentwicklungsprozess fokussieren. Im Zuge des Projektes werden nicht nur die Bewohner/innen der stationären Einrichtungen, sondern auch alle Beschäftigten und die Einrichtung selbst als Zielgruppe definiert. Eine ganzheitliche Betrachtung der gesamten Organisation umfasst die diversen Zielgruppen unter der gemeinsamen Zielrichtung der Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Darüber hinaus muss der Organisationsentwicklungsprozess flexibel genug gestaltet werden, um praxisrelevante Folgen, die sich aus der Umsetzung des Präventionsgesetzes und des Bundesteilhabgesetzes ergeben, zu berücksichtigen.
2. Leitfäden des GKV-Spitzenverbandes einbinden. Der GKV-Leitfaden Prävention dient als unerlässliche Grundlage für den Aufbau eines einheitlichen und kohärenten Konzeptes der Gesundheitsförderung, das sich auf die Lebenswelten der stationären Eingliederungshilfe und Pflege übertragen lässt. Insbesondere relevant sind Kapitel 4 (Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten nach § 20a SGB V), Kapitel 5 (Leistungen zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V) und Kapitel 6 (Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V) sowie der GKV-Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“. Das heißt, die in den Leitfäden definierten Handlungsfelder, Qualitätskriterien und -maßstäbe für die Planung, Umsetzung und Evaluation der Angebote sowie Aspekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements werden auf Übertragbarkeit geprüft.
3. Verständnis von Gesundheitskompetenz in die Lebenswelten einbringen. Aktuelle Entwicklungen im Bereich Gesundheitskompetenz, die im Februar 2018 mit der Veröffentlichung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz einen





entscheidenden Punkt erreicht haben, zeigen, dass eine lebensweltbezogene Definition der Gesundheitskompetenz eine wesentliche Voraussetzung zum Aufbau geeigneter Förderstrategien ist. Für das QualiPEP-Projekt bedeutet das konkret, dass Gesundheitskompetenz speziell für die Gegebenheiten (Verhältnisse und Prozesse) der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege angepasst, definiert und operationalisierbar, also messbar, gemacht werden muss. Wie gesundheitsrelevante Informationen von den Bewohner/innen und Beschäftigten im Alltag gesucht/gefunden, verstanden und angewendet werden – und wieweit die Organisation diese Kompetenzen fördert – ist unbekannt. Die enge Verbindung zwischen persönlichen und organisationalen Gesundheitskompetenzen ist deshalb ein klarer Anhaltspunkt für die Einbindung von bestehenden BGF-Ansätzen. Darüber hinaus können Kompetenz-Unterschiede nach genderrelevanten Gesundheitsthemen („gendersensitive Gesundheitskompetenz“) bestehen. Letztendlich muss das Konzept Gesundheitskompetenz für die Bewohner/innen, Beschäftigte und Einrichtungsleitungen so einleuchtend vermittelt werden, dass relevanten Verbesserungsbegehren und -vorschläge daraus entstehen können, die wiederum für die Qualitätssicherung von Bedeutung sein können. Damit könnte (gendersensitive) Gesundheitskompetenz ein organisationales Qualitätsmerkmal im Qualitätskonzept werden.

4. Gesundheitspolitische Diskussionen zur Lebensqualität als Chance nutzen. Im Rahmen der schrittweisen Einführung und Umsetzung aktueller Gesetzgebungswerke in der Eingliederungshilfe (Bundesteilhabegesetz) und Pflege (Pflegerstärkungsgesetze, PSG I-III) entsteht weitgehendes Interesse, die Prävention und Gesundheitsförderung und auch die Lebensqualität von Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftigen zu verbessern. So werden durch die Bestimmung des Pflegerstärkungsgesetzes II, dass Lebensqualität zukünftig ein Indikator der Pflegequalität wird, Fragen zu Dimensionen der Lebensqualität in wissenschaftlichen Diskursen aufgegriffen. Als mehrdimensionales Konstrukt wird Lebensqualität dadurch unterschiedlich als Wohlbefinden, Selbstbestimmtheit, Sicherheit, Spiritualität, Teilhabe, hauswirtschaftliche Versorgung und Würde definiert.(38) Lebensqualität muss angemessen definiert und gemessen werden, um sie als Qualitätsmerkmal in stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigen zu können. Die Schnittstellen zum QualiPEP-Projekt machen sich in Überlegungen erkennbar, wie die Sichtweisen der Pflegebedürftigen in Neukonzeptionen dieses Indikators eingeschlossen und Daten dazu erhoben werden können. Auch zur Förderung und Berücksichtigung der persönlichen Wünsche und Bedarfe von Menschen mit Behinderung gibt es aktuellen Forschungsbedarf. Mit dem Inkrafttreten der Neuformulierungen im SGB IX im Zuge des Bundesteilhabegesetzes gelten neue Regelungen für die Teilhabepflicht (insb. §§ 19-23 neu SGB IX). Mit dem neuen Teilhabepflichtverfahren ab 2018 soll eine individuellere und passgenauere Bedarfsfeststellung und Leistungsgewährung erreicht werden. Dies könnte und sollte auch unter Einbeziehung der Zielbereiche dieses Projektes geschehen. Näher betrachtet werden sollte dabei u.a. das von Expert/innen nahegelegte Instrument der Persönlichen Zukunftsplanung (PZP), das aktuell in der Fachwelt vor allem zur Umsetzung der sog. „persönlichen Lebensplanung“ i.S. des § 78 neu SGB IX (Assistenzleistungen) diskutiert wird. Die aus diesen politischen Diskussionen entstandenen Themen und Überlegungen fließen in das Forschungsvorhaben für das Arbeitspaket-2 (AP-2) unmittelbar ein.



### 10.1 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 1

Im Projektfeld 1 geht es um die Qualitätssicherung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Für das QualiPEP-Projekt ist das neue Teilhabeplanverfahren ab 2018 im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) eine geeignete Gelegenheit, um ein Qualitätssicherungskonzept in diesem Projektfeld zu entwickeln. Dieser Ansatz ist im Workshop von Expert/innen und vom anwesenden Abteilungsleiter im BMAS hervorgehoben worden. Aus den Schwerpunkten des BTHG ergeben sich Qualitätskriterien, die sich bspw. auf soziale Teilhabe, Selbstbestimmung, Personenzentrierung und Partizipation der Betroffenen beziehen. Solche Dimensionen der Teilhabe müssen genauer verstanden werden, um im QualiPEP-Projekt adäquate Qualitätskriterien bzw. -indikatoren zu entwickeln. Anhand qualitativer Recherchen in AP-2 können diese Kriterien als Dimensionen der Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen mit konkreten Inhalten gefüllt werden. Auch die Förderung von sozialen Netzwerken ist im Expert/innen-Workshop als Kriterium stark empfohlen worden. Das Instrument der Persönlichen Zukunftsplanung (PZP) wiederum könnte eine Möglichkeit bieten, die von den Qualitätskriterien abgeleiteten Indikatoren zu prüfen. Dabei sind folgenden Fragen zu beachten: Können diese Indikatoren in das Verfahren der PZP – auch aus Sicht der Betroffenen – sinnvoll integriert werden? Sind es geeignete Indikatoren für die Felder der Primärprävention und Gesundheitsförderung?

### 10.2 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 2

Im Projektfeld 2 sind Pflegebedürftige die Zielgruppe der Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Im GKV-Leitfaden zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen sind bereits fünf Handlungsfelder definiert (Ernährung, körperliche Aktivität, Stärkung kognitiver Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Prävention von Gewalt). In AP-2 sollte geprüft werden, inwieweit dabei die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Sinne eines umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie Partizipation als Teilhabe an sozial anerkannten Entscheidungen und Aktivitäten als zusätzliches Qualitäts-Kriterium hinzugezogen bzw. stärker ausgeformt werden sollte. Mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes II zum 01.01.2017 wird Lebensqualität in mehrere Lebensbereiche (Gesundheit, soziale Beziehungen, Wohnen und Aktivitäten) und in mehrere Dimensionen (u.a. Lebensführung u. Privatsphäre, soziale Kontakte) unterteilt und fortlaufend untersucht. Die daraus entstehenden Erkenntnisse könnten auch zur Entwicklung von Indikatoren für die Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen von Bedeutung sein.

### 10.3 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 3

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung, der Beschäftigten sowie der Einrichtungen ist im Projektfeld 3 die Zielsetzung (stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe). Gesundheitskompetenz ist bis jetzt kein Qualitätskriterium weder für die Bewohner/innen noch für die Beschäftigten dieser Lebenswelt. Empfehlungen aus dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz bilden vorerst den konzeptionellen Rahmen in diesem Zielbereich. Für die Wohneinrichtungen kommt Gesundheitskompetenz vorerst als organisationales Qualitätsmerkmal in Frage und soll anhand des o.g. WHO-CC-Fragebogen erprobt werden (vgl. Tabelle 6, Nr. 7). Dieses Selbstbewertungsinstrument muss zuvor durch Interviews mit Stakeholdern aus dem Bereich Eingliederungshilfe angepasst werden. Außerdem ist über die Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung und Beschäftigten der Wohnstätten mehr zu erfahren mit Fragen zu ihren Fähigkeiten,



gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Darüber hinaus sind ggf. genderspezifische Unterschiede in Gesundheitskompetenzen in den Recherchen zu berücksichtigen. Die Förderung der psychischen Gesundheit ist tendenziell ein Themenfeld, in dem genderspezifische Unterschiede bzw. Fähigkeiten auftreten. Dieses Thema wurde im Expert/innen-Workshop für die Bewohner/innen und Beschäftigten explizit genannt. Auch die Erkenntnisse aus der extern beauftragten Studie von Kristine Sørensen weisen auf Genderunterschiede beim Verständnis von und Umgang mit psychischen Krankheiten hin und bieten somit Anlass für die Stärkung der Gesundheitskompetenz.

#### **10.4 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 4**

Projektfeld 4 zielt auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Pflegebedürftigen, Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen. Ähnlich wie im Projektfeld 3 ist Gesundheitskompetenz bis jetzt kein Qualitätskriterium in stationären Pflegeeinrichtungen. Als Grundlage zur Entwicklung eines Rahmenkonzeptes zur Qualitätssicherung wird der 2018 Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz einbezogen. Um organisationale Gesundheitskompetenz als Qualitätsmerkmal zu entwickeln, wird der in Krankenhäusern pilotierte WHO-CC-Fragebogen auf Übertragbarkeit für Pflegeeinrichtungen geprüft (vgl. Tabelle 6, Nr. 7). Da der Fragebogen anhand von 9 Standards und 22 Sub-Standards organisationale Gesundheitskompetenz thematisiert, ist ein Abgleich einzelner Fragen im konkreten Pflege-Kontext aus Sicht der Stakeholder (Einrichtungsleitung, Geschäftsführung) sinnvoll. So kann das Instrument auf die Lebenswelt stationäre Pflege besser angepasst werden.

#### **10.5 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 5**

Im Projektfeld 5 steht die betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Mittelpunkt. Der 2017 überarbeitete GKV-Leitfaden (Kapitel 6) bietet innerhalb von drei Handlungsfeldern (Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil und überbetriebliche Vernetzung und Beratung) Möglichkeiten, weitere auf diese Zielgruppen bezogene Präventionsprinzipien zu definieren. Diese sollen sich mit gesundheitsbezogener Lebensqualität und mit der Förderung der Gesundheitskompetenz befassen. Vor allem ist die Empfehlung der Expert/innen, ein einheitliches Konzept im Sinne der Organisationsentwicklung zugrunde zu legen, das *alle* Zielbereiche und Zielgruppen im Projekt berücksichtigt, von besonderer Relevanz. Aussagen von Heimleiter/innen, Leistungserbringern und anderen Stakeholdern aus der Eingliederungshilfe geben Auskünfte über die Arbeitsgestaltung und die Rahmenbedingungen. Zu befragen sind auch die Beschäftigten zu gesundheitsfördernder Lebensqualität und Gesundheitskompetenzen und die hierfür erforderlichen organisatorischen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen. Erhebungsinstrumente, wie z.B. von der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) zum Thema Diversity Management oder vom Deutschen Gewerkschaftsbund zur Arbeitsqualität (Index Gute Arbeit), können als Grundlage dienen und weiterentwickelt werden.

#### **10.6 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 6**

Die betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen ist das Ziel von Projektfeld 6. Im Expert/innen-Workshop ist die Anforderung deutlich geworden, die



Sichtweise der Beschäftigten einzubinden, um die Bedarfe und die Bedürfnisse der gesamten Organisation bei der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Mit dieser Fokussierung auf die Organisationsentwicklung sind, ähnlich wie im Projektfeld 5, gezielte Recherchen zu gesundheitsbezogener Lebensqualität der Beschäftigten und zur Arbeitsgestaltung notwendig, vor allem durch Interviews mit Stakeholdern. Durch das Netzwerk „Offensive Gesund Pflegen“ im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) sind Selbstbewertungsinstrumente („Kurzcheck Pflege“) zu prüfen und ggf. auf das Projekt anzupassen. Für die Projektfelder 5 und 6 ist zu erwarten, dass Schnittstellen der BGF insbesondere zum Arbeitsschutz auch für die Praxis einen höheren Stellenwert einnehmen werden. Diese Schnittstellen wurden auch im Rahmen der Expert/innen-Workshops von Vertreter/innen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) benannt. Insofern dürfte sich einerseits ein vertiefter Blick in den Bereich des Arbeitsschutzes lohnen, da dort ebenso wie in der BGF die Anforderung nach Maßnahmen der Qualitätssicherung im Raum steht. Andererseits ist darauf zu achten, dass Schnittstellen genau definiert bzw. ineinandergreifende Themen (z.B. Gesundheitskompetenz und Unterweisungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes) deutlich gemacht werden.



## 11 Arbeitspaket 2 (AP-2)

Im Zeitraum vom 01.01.2018 bis zum 31.03.2019 findet die zweite Arbeitsphase des Projektes statt. Basierend auf den Ergebnissen aus der ersten Arbeitsphase wurden eigene Ansätze für die weitere Forschung der Zielgruppen abgeleitet, die im Folgenden aufgeführt werden. Diese Recherchen werden entsprechend der Bedingungen in den Lebenswelten und unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise entwickelt und umgesetzt. Zum AP-2 Meilenstein gehören drei Komponenten: die Entwicklung von Qualitätskriterien und eines Rahmenkonzeptes zur Stärkung von Gesundheitskompetenz und zur Gesundheitsförderung für Betroffene, Mitarbeiter/innen und Organisation; ein Studienbericht mit den Ergebnissen der Zielgruppenbefragungen und Datenanalysen und die Festlegung der Methoden für Arbeitspaket 3 (AP-3) unter Einbindung von kooperierenden Einrichtungen.

### 11.1 Forschungsbedarf

In den stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege besteht erheblicher Forschungsbedarf. Insbesondere besteht ein geringes gesichertes Wissen über das Gesundheitsverhalten, die Einstellung zu Prävention und Gesundheitsförderung, die Bewältigungsstrategien und die Nutzung von Präventionsangeboten der Bewohner/innen sowie der Beschäftigten. In diesem Sinne sind die Dimensionen der Lebensqualität, die sich aus verhaltens- und verhältnisbezogenen Erkenntnissen schließen lassen, noch zu definieren. Im Rahmen der Qualitätssicherung liegt ebenso geringes gesichertes Wissen über die Förderung von Gesundheitskompetenz und BGF, die speziell auf Bewohner/innen und Berufsgruppen der Eingliederungshilfe und Pflege zugeschnitten ist, vor.

### 11.2 Forschungsziele

Auf Basis des aktuellen Wissenstandes zur Qualitätssicherung in den Lebenswelten der stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege kann der entsprechende Forschungsbedarf abgeleitet werden. Daraus erschließen sich folgende Forschungsziele für das nächste Arbeitspaket (AP-2):

1. Mehr Wissen zu gesundheitsbezogener Lebensqualität aus Sicht der Betroffenen in beiden Lebenswelten generieren.
2. Akzeptanz in den Einrichtungen durch einen partizipativen Entwicklungsprozess schaffen.
3. Nachvollziehbares und theoriegestütztes Modell im Entwicklungsprozess anwenden.

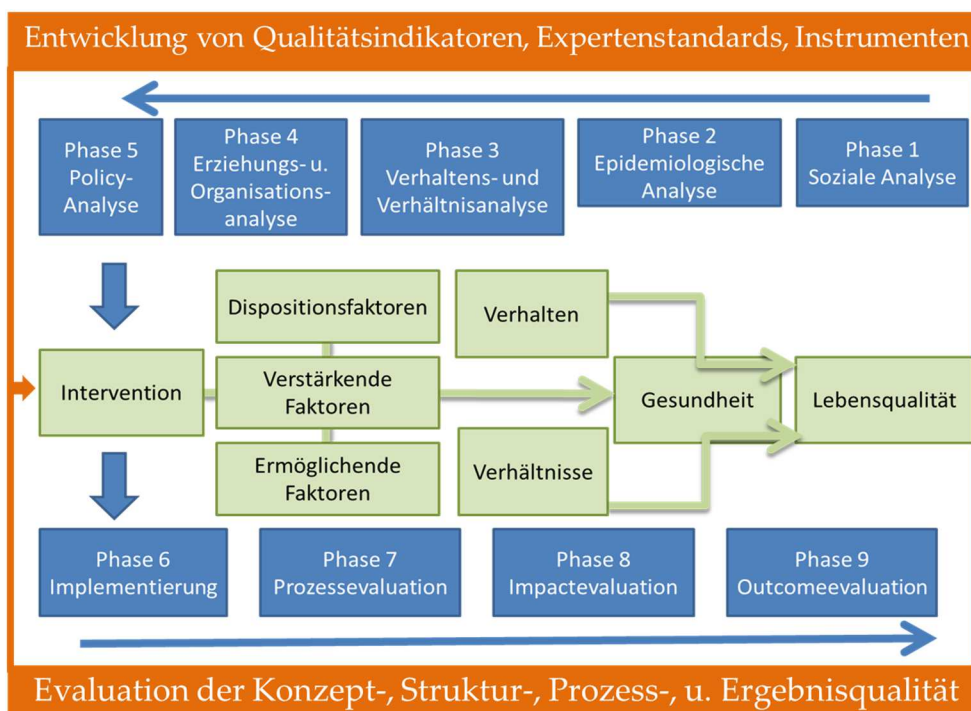
### 11.3 Planungsmodell

Zur erfolgreichen Implementierung von PGF-Interventionen ist Wissen über die Zielgruppe und deren soziales, organisatorisches sowie politisches Umfeld von großer Bedeutung. Dieser sozioökologische Ansatz schafft die wissenschaftliche Basis, Maßnahmen passgenau auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zuzuschneiden. Die Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung durchläuft einen ähnlichen Prozess, beginnend mit einer Analyse der Ausgangslage- und -bedingungen der Zielgruppe. Als Gerüst für die theoriegeleitete



Konzeptualisierung und Operationalisierung der Zielgruppenanalysen wird das Precede/Proceed-Modell herangezogen (s. Abb. 3).<sup>(39)</sup> In den diagnostischen Phasen 1-5 des Modells werden Daten zu Lebensqualität, Epidemiologie von Krankheiten, Einflüsse auf die Gesundheit und Faktoren, die sich auf das Gesundheitsverhalten der Betroffenen beziehen, untersucht. Außerdem werden Ressourcen und Barrieren aus dem organisatorischen, verwaltungsbezogenen und politischen Umfeld in die Ausgangsanalyse einbezogen. Ähnlich zum Public Health Action Cycle (PHAC) wird zunächst das Problem definiert (Phasen 1 bis 5), dann werden Strategien formuliert, passende Maßnahmen umgesetzt (Phase 6) und evaluiert (Phasen 7 bis 9). Diese Prozessschritte beziehen sich auf die Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung.

**Abbildung 3 Precede/Proceed-Modell für die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**



## 11.4 Methodisches Vorgehen

Zur Entwicklung eines Rahmenkonzepts in AP-2 für beide Lebenswelten werden die Betroffenen (Menschen mit Behinderung und Pflegebedürftige), die Mitarbeiter/innen, die Führungskräfte und andere Akteure bzw. Stakeholder auf der individuellen und organisationalen Ebene befragt. Darüber hinaus werden Sekundärdaten zu den Krankheitsprävalenzen der Zielgruppen in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Institut der AOK ausgewertet.

### 11.4.1 Zielgruppenbefragung

Die Zielgruppenbefragung stellt offene Fragen ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Durch teilstandardisierte Leitfäden wird das Gespräch mit Betroffenen durchgeführt. In diesem Rahmen wird die subjektive Wahrnehmung der vulnerablen Zielgruppen zu ihren Lebenssituationen in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gestellt. Ebenso sind die



Bedarfe und Bedürfnisse der Beschäftigten – auch in Bezug auf die der Betroffenen – durch die Befragung zu eruieren.

#### 11.4.1.1 Forschungsfragen

Die Fragestellungen für die Betroffenen und Beschäftigten lauten:

1. Welche Bedarfe oder Bedürfnisse haben Bewohner/innen bzw. Beschäftigte von teil- und vollstationären Einrichtungen, um ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu steigern? Welche Folgen hat die Nichterfüllung dieser Anforderungen auf die psychische und körperliche Gesundheit?
2. Welche verhaltens- und verhältnisbezogenen Komponenten stärken die Funktionsfähigkeit bzw. Teilhabe und das Wohlbefinden?
3. Fragen zu Gesundheitskompetenz
  1. Gesundheitsrelevante Informationen beschaffen: Wie ist die Fähigkeit, sich über Gesundheitsthemen auf dem Laufenden zu halten?
  2. Gesundheitsrelevante Informationen verstehen: Wie ist die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen und ihre Bedeutung abzuleiten?
  3. Gesundheitsrelevante Informationen beurteilen: Wie ist die Fähigkeit, Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen zu interpretieren und zu beurteilen?
  4. Gesundheitsrelevante Informationen anwenden: Wie ist die Fähigkeit, sich eine reflektierte Meinung zu gesundheitlichen Themen zu bilden?

#### 11.4.1.2 Forschungsdesign

Mündliche Interviews (ca. 60 Minuten) werden als offene, teilstandardisierte Befragungen durchgeführt. Interviewleitfäden werden mit Hilfe von Expert/innen aus der Eingliederungshilfe und Pflege erstellt. Alle Interviews werden aufgenommen und professionell transkribiert. Jeweils 10-15 Interviews pro Einrichtung (stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Pflege) werden durchgeführt (maximal 30). Die Befragten (Betroffene und Beschäftigte) stammen möglichst aus derselben Wohneinrichtung, um ein „runderes Bild“ der einzelnen Einrichtung aus beiden Perspektiven, der Bewohner/innen und der Beschäftigten, zu erhalten.

#### 11.4.1.3 Sampling

Die Stichprobe erfolgt durch ein selektives Auswahlverfahren der Einrichtungen und nicht nach Repräsentativitätskriterien. Einrichtungen werden u.a. durch Heimaufsichtsbehörden auf Landesebene, Verbände der Leistungsbringer und Selbsthilfe-Verbände identifiziert. Aus dem Projektteam werden bestehende Beziehungen zu Einrichtungen in Berlin und Bielefeld (Bethel) zur Kontaktaufnahme genutzt. Die Einrichtungen werden möglichst nach Trägerschaft (privat, freigemeinnützig oder öffentlich) und nach Größe differenziert.

#### 11.4.1.4 Datenanalyse

Ausgewertet werden die Daten durch eine explorative, qualitative Inhaltsanalyse mittels Kodierung und Kategorisierung von Textstellen. Die Inhaltsanalyse besteht aus deduktiver Beschreibung (ausgehend von vorab beschlossenen Strukturen) und induktiver Beschreibung (aus dem Material abgeleitet), systematischer Einordnung der Daten in ein



sinnhaftes Schema bzw. Kodiereinheit, Abgleichung der Ergebnisse mit Forschungsbeteiligten und Theorie- und Hypothesenbildung.

#### **11.4.1.5 Durchführung**

Die Befragung wird durch Beauftragung einer einschlägigen wissenschaftlichen Einrichtung in enger Absprache mit dem Projektteam entwickelt, durchgeführt und analysiert. Ein partizipativer Ansatz wird durch die Einbeziehung des Wohnheimbeirats sowie des Qualitätsmanagement-Beauftragten, angestrebt.

#### **11.4.2 Interviews mit Schlüsselpersonen**

Interviews mit Schlüsselpersonen sind Gespräche einer Person mit ihren wichtigsten Stakeholdern sowohl innerhalb als auch außerhalb der Organisation. „Schlüsselpersonen“ sind solche Menschen, die aufgrund ihres Berufes, ihrer Position und ihrer Erfahrung über spezifische Kenntnisse über Rahmenbedingungen, Veränderungen und Entwicklungen in den Lebenswelten verfügen. Interviews mit diesen Personen geben persönliche Sichtweisen und Haltungen und nicht offizielle Meinungen der Institution, die sie vertreten, wider. Dabei wird ein differenziertes Bild der Bewohner/innen und der organisatorischen Gegebenheiten des Wohnumfeldes geschaffen.

##### **11.4.2.1 Forschungsfragen**

Die Fragen an die Stakeholder lauten:

1. Welche Bedarfe oder welche Bedürfnisse haben Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedürftige in stationären Wohneinrichtungen, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu steigern? Welche Folgen hat die Nichterfüllung dieser Anforderungen auf deren psychische und körperliche Gesundheit?
2. Welche organisatorischen Rahmenbedingen könnten die Funktionsfähigkeit bzw. Teilhabe und das Wohlbefinden der Bewohner/innen verbessern? Welche Strukturen innerhalb der Einrichtung oder in der unmittelbaren Umgebung haben einen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Bewohner/innen bzw. der Beschäftigten?
3. Fragen zu Gesundheitskompetenz der Einrichtung nach den im WHO-CC-Fragebogen enthaltenen Standards (vgl. Tabelle 6, Nr. 7)
  1. Inwieweit ist die Etablierung von Management-Grundsätzen und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz gegeben? (Standard 1)
  2. Inwieweit ist die Einbeziehung von Bewohner/innen bzw. Mitarbeiter/innen in die Entwicklung und Evaluierung von Angeboten zu Gesundheitsförderung gegeben? (Standard 2)
  3. Welche Fortbildungen für Mitarbeiter/innen zur gesundheitskompetenten Kommunikation bestehen? (Standard 3)
  4. Inwieweit ist die Schaffung einer barrierefreien, unterstützenden physischen Umwelt mit Orientierungshilfen gegeben? (Standard 4)
  5. Inwieweit ist der mündliche Kommunikationsprozess mit den Bewohner/innen gemäß den Grundsätzen der Gesundheitskompetenz gegeben? (Standard 5)
  6. Inwieweit ist die Förderung der Gesundheitskompetenz von Angehörigen und Bewohner/innen für das Selbstmanagement gegeben? (Standard 6)





7. Inwieweit ist die Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter/innen für das Selbstmanagement berufsspezifischer Gesundheitsrisiken gegeben? (Standard 7)
8. Welche Ansätze zum Engagement der Einrichtung, um Gesundheitskompetenzen in der Region/Nachbarschaft beizutragen, gibt es? (Standard 8)
9. Inwieweit ist die Unterstützung der Einrichtung zur Weiterentwicklung des Konzeptes der Gesundheitskompetenz gegeben? (Standard 9)

#### **11.4.2.2 Forschungsdesign**

Telefon- oder Face-to-Face-Interviews (ca. 45-60 Minuten) werden als offene, leitfadengestützte Befragungen durchgeführt. Alle Interviews werden aufgenommen und professionell transkribiert. Insgesamt werden 10-15 Interviews vom Projektteam durchgeführt.

#### **11.4.2.3 Sampling**

Zu Beginn wird in einem Brainstorming zusammengetragen, welche Personen als Schlüsselpersonen für die Arbeit im Projekt relevant sein könnten. Die Stichprobe setzt sich aus Akteuren der Eingliederungshilfe und Pflege zusammen. Darunter kommen auch Vorstandsmitglieder bzw. Führungskräfte der Wohneinrichtungen in Frage. Rekrutiert werden die Vertreter/innen aus den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege (z.B. BAGFW), die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (z.B. Lebenshilfe), die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und Selbsthilfe-Verbände mit einem Telefonat oder einem persönlichen Anschreiben. Bei der begrenzten Zahl der durchzuführenden Interviews ist es besonders wichtig, unterschiedliche Stakeholder aus dem Pflege- bzw. Behindertenbereich anzusprechen, also bspw. private wie auch gemeinnützige Träger.

#### **11.4.2.4 Datenanalyse**

Die Daten werden durch eine explorative, qualitative Inhaltsanalyse mittels Kodierung und Kategorisierung von Textstellen ausgewertet. Dabei handelt es um eine systematische Einordnung der Daten in ein sinnhaftes Schema bzw. Kodiereinheit, Abgleichung der Ergebnisse mit Forschungsbeteiligten, und Theorie- und Hypothesenbildung durch eine Leitthemenbeschreibung.

#### **11.4.1.5 Durchführung**

Das Projektteam wird die Interviewleitfäden erstellen, die Interviews durchführen und interpretieren.

#### **11.4.3 Sekundärdatenanalysen**

Als Sekundärdaten werden Daten bezeichnet, die nicht eigens für wissenschaftliche Zwecke erhoben werden, sondern die aus einem regulären Prozess der Datenerhebung entstehen (z.B. Prozessdaten bei Leistungsabrechnung der GKV). Vorteil ist die schnelle und kostengünstige Beschaffung von großen Datensätzen, die oft über lange Zeiträume entstehen. Nachteile liegen aber darin, dass Daten zu Beantwortung von Forschungsfragen nicht speziell gesammelt werden und die Aussagekraft für die definierte Zielgruppe dadurch bedingt ist.



### 11.4.3.1 Forschungsfragen

Die Forschungsfragen lauten:

1. Von welchen Krankheiten (psychischen, körperlichen) sind Menschen mit Behinderung bzw. Pflegebedürftige in stationären Wohneinrichtungen am häufigsten betroffen?
2. Von welchen Krankheiten (psychischen, körperlichen) sind Beschäftigte in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege am häufigsten betroffen?

### 11.4.3.2 Forschungsdesign

Bevölkerungsbezogene Sekundärdatensätze werden zur epidemiologischen Recherche der Zielgruppen herangezogen. Berücksichtigt werden bundesweite Daten von AOK-Versicherten. Analysen werden anhand von Abrechnungsdaten der Pflege- und Krankenkassen (AOK-Routinedaten) und Arbeitsunfähigkeitsdaten durchgeführt.

- Routinedaten von AOK-Versicherten, standardisiert auf die gesetzlich Versicherten. Die Daten beziehen sich auf zwei Zielgruppen: eine Gruppe von Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen nach § 43 SGB XI und eine relativ kleine Subgruppe von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung, die Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI erhalten und in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe wohnen.
- Arbeitsunfähigkeits(AU)-Daten von AOK-Versicherten. Die Daten beziehen sich auf krankheitsbedingten Fehlzeiten basierend auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der erwerbstätigen AOK-Mitglieder aus dem Jahr 2016.

### 11.4.3.3 Datenanalyse

In einem ersten Auswertungsschritt werden deskriptive univariate Häufigkeitsverteilungen u.a. zu Krankheiten und Gesundheitsverhalten ermittelt. In einem zweiten Auswertungsschritt werden Zusammenhänge zwischen ausgewählten Merkmalspaaren durch Kreuztabellierungen, Korrelationsanalysen und evtl. Signifikanztests ausgewertet. Die methodische Qualität der Projektarbeiten wird durch wissenschaftliche Expert/innen sichergestellt. Dabei werden Methodiker/innen und Epidemiolog/innen vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie, BIPS zur Beratung herangezogen.



## 12 Veröffentlichungen

Die Forschungsergebnisse sollen anwenderfreundlich aufbereitet und veröffentlicht werden. Damit öffnet sich der Zugang zu und das Verständnis von qualitätsorientierten Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung bei Multiplikator/innen und Anwender/innen. Die Aktivitäten und die Ergebnisse des QualiPEP-Projektes sind keinesfalls AOK-spezifisch und stehen der Öffentlichkeit zur Verfügung. Es ist weiterhin geplant in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes regelmäßig über wichtige Erkenntnisse zu berichten.

Im Internet wurde eine gesonderte Website für das Projekt eingerichtet ([www.aok-qualipep.de](http://www.aok-qualipep.de)), umrissen von einer Projektbeschreibung, Hintergrundwissen zu den Lebenswelten und einer Vorstellung des Projektteams. Zur Dissemination von Neuigkeiten ist ein Info-Service mit „Push-Notifications“ für Interessenten eingerichtet.

Schriftliche Veröffentlichungen zu QualiPEP verbreiten Wissen über das Projekt. In der „G+G - Gesundheit und Gesellschaft“ ist im Juli 2017 ein Bericht erschienen. Weitere Publikationen in gesundheitswissenschaftlichen Fachzeitschriften sind geplant.

Erkenntnisse werden auch durch wissenschaftliche Beiträge auf einschlägigen Fachkongressen und Tagungen verbreitet und diskutiert werden. So wurden beim Deutschen Pflegetag (15.-17.03.2018, Berlin) in der Veranstaltung „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe“ nach einem Vortrag von Prof. Dr. Martina Hasseler (Universität Heidelberg) Ergebnisse aus der ersten Projektphase vom Projektteam vorgestellt und diskutiert. Beim Public Health-Kongress „Armut und Gesundheit“ am 20./21. März 2018 in Berlin wurde ein vom Projekt-Team vorgeschlagenes und organisiertes Fachforum mit dem Titel „Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege und Eingliederungshilfe – Ansätze der Kranken- und Pflegekassen“ aufgenommen. Das Fachforum wurde von Vertreterinnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Selbsthilfe moderiert. Im Beitrag wurden Ergebnisse aus der ersten Projektphase vom Projektteam vorgestellt und mit zwei weiteren Referent/innen vom Verband der Ersatzkassen (vdek) und der AOK Sachsen-Anhalt sowie dem Plenum diskutiert.



## 13 Schlussdiskussion

Besonders unter der Maßgabe der gestiegenen Mindestausgaben für Krankenkassen in nicht-betrieblichen Settings sind die zu entwickelnden Qualitätskriterien eine Voraussetzung für die Qualitätsentwicklung der Angebote der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Geplant ist, dass die Ergebnisse des QualiPEP-Projektes Eingang in die GKV-Leitfäden Prävention und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen finden und somit zu einer nachhaltigen Qualitätssicherung der Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege führen. Ganz praktisch sollen Verantwortliche aus diesen Lebenswelten, wie z.B. die Träger, Heimleitungen/Geschäftsführungen, Pflegedienstleitungen, Wohnbereichsleitungen sowie die Pflege- und Krankenkassen, in den Qualitätskriterien und-konzepten eine Orientierungshilfe für zielgerichtete und bewusste Entscheidungen zur Prävention und Gesundheitsförderung in der jeweiligen Lebenswelt erhalten.

Ein besonderer Schwerpunkt soll dabei auf die Nachhaltigkeit und Umsetzbarkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung gelegt werden. Zum zentralen Punkt des Forschungsprojektes ist deshalb die Verknüpfung von gesundheitsbezogener Lebensqualität zu den konsentierten präventiven und gesundheitsförderlichen Zielen der Prävention und Gesundheitsförderung und zu den betrieblichen gesundheitsförderlichen Zielen der gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen geworden. (40) Für diese Orientierung ist es notwendig, die Dimensionen der Lebensqualität zu erkunden, die Sichtweisen von Menschen in ihren Lebenswelten wahrzunehmen und laufende epidemiologisch-gesundheitlichen Erkenntnissen zu erweitern und ergänzen. Damit ist die Steigerung der Lebensqualität als langfristiges, nachhaltiges Ziel angesiedelt.

Die in der ersten Arbeitsphase gewonnenen Erkenntnisse beruhen auf dem Ansatz, dass die Qualitätssicherung im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung durch verschiedene Verfahren und unterschiedliche Verwendung der Begrifflichkeiten gekennzeichnet ist. Aufgrund dieser Vielfältigkeit erzielt diese Bestandsaufnahme einen Überblick über die Situation im jeweiligen Projektfeld und lässt Raum für die Einbindung weiterer Erfahrungen und Erkenntnisse im Laufe des vierjährigen Projektes. Dabei sind zwei Vorgehensweisen in diesem Projekt entscheidend. Zum einen werden die GKV-Leitfäden Prävention als grundlegendes Qualitätskonzept herangezogen. Konkret heißt das, die GKV-Leitfäden Prävention dienen zur Orientierung, wie Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung qualitätsgesichert entwickelt werden können. In den Leitfäden werden ebenfalls die Qualitätsdimensionen der Konzept-, Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität inhaltlich dargestellt. Zum anderen ist der Praxisbezug zur Mitentwicklung der Qualitätskonzepte in den Lebenswelten unerlässlich, um ein gemeinsames Verständnis zu befördern. Diese Vorgehensweisen zielen auf eine strukturierte sowie praxistaugliche Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.



## 14 Literaturverzeichnis

1. Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). Bundestags-Drucksache 18/4282; 2015.
2. Engels D, Engel H, Schmitz A. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Köln: ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, 2016.
3. Weltgesundheitsorganisation Europa. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. 2008.
4. Brucker U, Hutzler D, Hasseler M. Prävention vor Pflege - Prävention durch Pflege : präventive Aufgaben der Pflege. Das Gesundheitswesen. 2004;Jg. 66(H. 5):311-8.
5. Shamsul B, Gödecker L, Mielec M, von Moeller K, Babitsch B. Herausforderungen für Gesundheitsberufe am Beispiel der Heilerziehungspflege und Medizinischen Fachangestellten aus einer vergleichenden Perspektive. Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online. 2015(29).
6. Blättner B, Siebert H, Müller S, Wöhl C, Rohleder S, Richter S, et al. Identifikation, Beschreibung und Begründung von Kriterien zur Prävention in der stationären Pflege gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI. Fulda: Hochschule Fulda, Public Health Institute Fulda, 2015.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44(3):166-206.
8. IN FORM Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. IN FORM Leitfaden "Qualitätssicherung". Berlin: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL); 2017. Available from: <https://in-form-redaktion.ble.de/materialien/in-form-leitfaden-qualitaetssicherung/>.
9. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg). Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Lüken F, editor. Statuskonferenz 2011/2011.
10. Tempel N, Bödeker M, Reker N, Schaefer I, Klärs G, Kolip P. Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2013.
11. Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V [Internet]. 2016. Available from: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention\\_NPK\\_BRE\\_verabschiedet\\_am\\_19022016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf).
12. Kliche T. Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt. 2011;54(2):194-206.
13. Wright M, Lüken F, Grossmann B. Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2013;56(3):466-72.
14. Wright MT, Block M, von Unger H, Berlin G. Partizipative Qualitätsentwicklung. Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention Handbuch Gesundheitswissenschaften (S 157-175) Bern: Verlag Hans Huber. 2009.
15. Statistisches Bundesamt (Destatis). 2013 Statistik der Sozialhilfe: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015.



16. Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesamtstatistik der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Wiesbaden2017 [cited 2017 22.09.]. Available from: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
17. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pflegestatistik - Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen: Grunddaten, Personalbestand, Pflegebedürftige, Empfänger und Empfängerinnen von Pflegegeldleistungen, 2015 Bonn2017 [cited 2017 07.12.]. Available from: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
18. Amtliche Statistik PG 2: Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Geschlecht und Pflegestufen. 2017 (2. HJ).
19. Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2017: Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen: Schattauer Verlag; 2017.
20. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW). Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung: Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf: LIGA.NRW, 2011.
21. United Nations. Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In: Bundesgesetzblatt, editor. Bonn: Bundesanzeiger Verlag; 2008.
22. Schäfers M, Schachler V, Schneekloth U, Wacker E. Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Abschlussbericht. Fulda: Bundesministerium für Arbeit und Soziales ; Hochschule Fulda; TNS Infratest Sozialforschung GmbH ; Technische Universität München, 2016 0174-4992.
23. Adler J, Georgi-Tscherry P. Persönliche Zukunftsplanung mit Menschen mit körperlicher und intellektueller Beeinträchtigung und ihr Beitrag zu Veränderungen. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik im Auftrag von der Vereinigung Cerebral Schweiz, 2017.
24. Schröttle M, Hornberg C, Zapfel S, Wattenberg I, Vogt K, Kellermann G, et al. Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (en). 2014.
25. Walter U, Plaumann M, Lehmann F. Qualitätsmanagement in der Prävention und Gesundheitsförderung. Public Health Forum. 2014;22(83):29-30.
26. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). 7. gemeinsamer Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG). Berlin: Tagungswerk Jerusalemkirche; 2015.
27. Rohde T, Kolpatzik K, Winter AF. Förderung der Gesundheitskompetenz älterer Menschen : Ansatzpunkte auf Basis des EU-Projektes IROHLA. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2015;Jg. 58, 2015, Nr. 9, S. 958-965 : Tab., Abb., Lit.
28. Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D, Pelikan J, Röthlin F, et al. Health Literacy–Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Bielefeld: Universität Bielefeld. 2016.
29. Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland - Ergebnisbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld, 2016.
30. Burtscher R, Allweiss T, Perowanowitsch M, Rott E. Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! Berlin: vdek; 2017.
31. Deutscher Bundestag. Kleine Anfrage der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Katja Dörner, Kai Gehring, Dr. Franziska Brantner, Tabea Rößner, Ulle Schauws, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Bundestags-Drucksache 18/13504; 2017.



32. Pieck N, Polenz W, Sochert R. Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2016;11(4):271-81.
33. Habermann-Horstmeier L, Limbeck K. Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*. 2016;51:517-25.
34. iga Initiative Gesundheit und Arbeit. *Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag*. Berlin: BKK Dachverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, AOK-Bundesverband, vdek., 2017.
35. Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M. *Fehlzeiten-Report 2017 : Krise und Gesundheit - Ursachen, Prävention, Bewältigung; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer; 2017. XXV, 541 p.
36. Eickholt C, Hamacher W, Lenartz N. Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern – aber wie? *Bundesgesundheitsblatt*. 2015;58:976-82.
37. Horbach A, Berendonk C, Fink-Heitz M, Imbery C, Knipfer E, Meyer B, et al. *Expertenempfehlung zur Entwicklung von Informationskompetenz im Bereich Pflegeforschung*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), 2011.
38. Bertelsmann Stiftung. *Eckpunkte für ein Reformkonzept zur Qualitätsprüfung und -berichterstattung in der Pflege*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2016.
39. Schlicht W, Zinsmeister M. *Planungsmodelle. Gesundheitsförderung systematisch planen und effektiv intervenieren*. Berlin: Springer-Verlag; 2015. p. 130-49.
40. Schempp N, Strippel H. *Präventionsbericht 2017. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2016*. Berlin: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), GKV-Spitzenverband, 2017.