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

Berlin, Stand August 2018
Inhalt

1 Einleitung .................................................................................................................. 6

2 Begrifflichkeiten ..................................................................................................... 8
  2.1 Was bedeuten Prävention und Gesundheitsförderung? ............ 8
  2.2 Was bedeutet Qualitätssicherung? .................................................. 9

3 Lebensweltbezogene Qualitätssicherung .................................................. 11

4 Beschreibung der Lebenswelten des Projektes QualiPEP .......... 12
  4.1 Lebenswelt stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohnstätten) ............................................................ 12
  4.2 Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen ................................ 12

5 Projektfelder 1-6 .................................................................................................. 14

6 Arbeitspaket 1: Status-Quo-Erhebung .................................................. 15
  6.1 Methodische Vorgehensweise .................................................. 15
  6.2 Ist-Zustand ............................................................................... 16
  6.3 Informationssynthese und –analyse ........................................ 16

7 Ergebnisse der Status-Quo-Erhebung .................................................. 20
  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

8 Workshops und Beirat .................................................................................. 42
  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
9 Erkenntnisse aus der externen Studie zur Genderproblematik im Themenfeld Gesundheitskompetenz ..........................................................47

10 Empfehlungen ..........................................................................................48
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

11 Arbeitspaket 2 (AP-2) ............................................................................53
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 Sekundärdatenaanalysen .........................................................57

12 Veröffentlichungen ................................................................................59

13 Schlussdiskussion ..................................................................................60

14 Literaturverzeichnis ..............................................................................61
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 Flussdiagram mit Anzahl der Treffer ............................................................................................................. 21
Abbildung 3 Precede/Proceed-Modell für die Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen .......................................................... 54
1 Einleitung


---

1 Der in diesem Meilensteinbericht verwendete Begriff „Lebenswelt“ und der Begriff „Setting“ sind synonym zu verstehen.
2 Die Wort-Bild-Marke „QualiPEP“ wurde im Rahmen der ersten Arbeitsphase durch die vom AOK-Bundesverband beauftrage KomPart Verlagsgesellschaft entwickelt.

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?


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

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


2.2 Was bedeutet Qualitätssicherung?


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.


4 Beschreibung der Lebenswelten des Projektes QualiPEP


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 Berufs unfalles (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 Wohneinrichtung haben 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 selbständig 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

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)
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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lebenswelt</th>
<th>Zielbereich 1</th>
<th>Zielbereich 2</th>
<th>Zielbereich 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wohnstätten für</td>
<td>Entwicklung und Pilotierung eines Qualitätssicherungskonzepts zur Sicherstellung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung</td>
<td>Entwicklung und Pilotierung eines Rahmenkonzepts für die Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz</td>
<td>Weiterentwicklung von Ansätzen zu einer qualitätsgesicherten betrieblichen Gesundheitsförderung</td>
</tr>
<tr>
<td>Menschen mit</td>
<td>Projektfeld 1</td>
<td>Projektfeld 3</td>
<td>Projektfeld 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegeeinrichtungen</td>
<td>Projektfeld 2</td>
<td>Projektfeld 4</td>
<td>Projektfeld 6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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. Qualitätsgesetskonzepte 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):** konsentierte 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. Arbeitsunfähigkeitsstage, 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


### 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 Qualitätssicherungsentwicklungsprozesses (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
<table>
<thead>
<tr>
<th>Datenbank/Quelle</th>
<th>Beschreibung</th>
<th>Zugriff</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>11. SOWIPORT</td>
<td>sozialwissenschaftliches Fachportal</td>
<td><a href="http://sowiport.gesis.org/">http://sowiport.gesis.org/</a></td>
</tr>
</tbody>
</table>
7 Ergebnisse der Status-Quo-Erhebung


7.1 Datenbankrecherchen


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

Abbildung 2 Flussdiagram mit Anzahl der Treffer

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bereich Eingliederungshilfe</th>
<th>Bereich Pflege</th>
<th>Bereich Gesundheitskompetenz</th>
<th>Bereich BGF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gefunden durch Datenbanksuche</td>
<td>n=1729</td>
<td>n=3933</td>
<td>n=971</td>
</tr>
<tr>
<td>Verblieben nach Entfernen von Duplikaten, nicht relevanten Treffern</td>
<td>n=625</td>
<td>n=635</td>
<td>n=424</td>
</tr>
<tr>
<td>Volltext auf Eignung beurteilt</td>
<td>n=19</td>
<td>n=16</td>
<td>n=22</td>
</tr>
<tr>
<td>Nach Berücksichtigung von Hinweisen der Experten/innen</td>
<td>n=8</td>
<td>n=17</td>
<td>n=23</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.2 Prävention und Gesundheitsförderung (PGF)


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


---

4 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.


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).


Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätsskonzeptes 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Verfasser</th>
<th>Titel</th>
<th>Jahr</th>
<th>Zugriff/Quelle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Universität Bielefeld, Institut für empirische Soziologie</td>
<td>Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en)</td>
<td>2014</td>
<td>[<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>](<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></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Hasseler, Martina</td>
<td>Anforderungen und Herausforderungen an gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe</td>
<td>2016</td>
<td><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></td>
</tr>
<tr>
<td>Verfasser</td>
<td>Titel</td>
<td>Jahr</td>
<td>Zugriff/Quelle</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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


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
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)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Verfasser</th>
<th>Titel</th>
<th>Jahr</th>
<th>Zugriff/Quelle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Verfasser</td>
<td>Titel</td>
<td>Jahr</td>
<td>Zugriff/Quelle</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>-------</td>
<td>------</td>
<td>----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Prof. Dr. Beate Blättner</td>
<td>Identifikation, Beschreibung und Begründung von Kriterien zur Prävention in der stationären Pflege gemäß § 5 Abs. 1 SGB XI. Im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes</td>
<td>2015</td>
<td>unveröffentlicht</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV-Spitzenverband</td>
<td>Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI</td>
<td>2016</td>
<td><a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/P160153_Praeventionsleitfaden_stationaer_barrierefrei_I_.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/P160153_Praeventionsleitfaden_stationaer_barrierefrei_I_.pdf</a></td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.3 Gesundheitskompetenz (GK)


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): „gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken“.


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)

Fazit


Aspekte der Qualitätssicherung, die zur Entwicklung eines Qualitätsskonzeptes 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

**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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Verfasser</th>
<th>Titel [Jahr]</th>
<th>Jahr</th>
<th>Zugriff/Quelle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nummer</td>
<td>Verfasser</td>
<td>Titel [Jahr]</td>
<td>Jahr</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>Verfasser</td>
<td>Titel [Jahr]</td>
<td>Jahr</td>
<td>Zugriff/Quelle</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)


7.4.1 Betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe: Projektfeld 5

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)


**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:


- **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


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 Wohneinrichtungen in bestehenden Qualitätssicherungsinstrumenten 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);
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
Institute: Instrumente werden u.a. unter Berücksichtigung INQA-gefördeter 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)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Verfasser</th>
<th>Titel</th>
<th>Jahr</th>
<th>Zugriff/Quelle</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Walter, Uta (Dissertation)</td>
<td>Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements</td>
<td>2007</td>
<td><a href="https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2306620">https://pub.uni-bielefeld.de/publication/2306620</a></td>
</tr>
<tr>
<td>Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS)</td>
<td>Spezielle Anforderungen zur Akkreditierung von Zertifizierungsstellen, die</td>
<td>2015</td>
<td><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></td>
</tr>
<tr>
<td>Verfasser</td>
<td>Titel</td>
<td>Jahr</td>
<td>Zugriff/Quelle</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------</td>
<td>------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Managementssysteme nach DIN SPEC 91020:2012 „Betriebliches Gesundheits-management“ zertifizieren</td>
<td>managementssysteme</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
8 Workshops und Beirat


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


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)


- 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 Teilhabeplan-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.
7. Akzeptanz bei Betroffenen, Einrichtungsleitungen und Beschäftigten für das Projekt schaffen.
8. Zielgruppenbefragungen durchführen.
10. Geeignete Instrumente zur Messung der Lebensqualität identifizieren/entwickeln; auf hinreichend differenzierte zielgruppengerechte Instrumente/Konzepte hinwirken.

**Empfehlungen für die Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtungen:**

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.
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.


Empfehlungen für den Zielbereich Förderung von Gesundheitskompetenz:


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


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.


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 Qualitätssinstrumente in den darauffolgenden Arbeitsphasen erstellt und pilotiert werden können. Das Qualitätssicherungskonzept, das aus Qualitätskriterien und -standards auf Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisenebene 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 Verhältnis- und Verhaltensprävention. Darüber hinaus muss der Organisationsentwicklungsprozess flexibel genug gestaltet werden, um praxisrelevante Folgen, die sich aus der Umsetzung des Präventionsgesetzes und des Bundesteilhabegesetzes 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

10.1 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 1


10.2 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 2


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-Fragebogens 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,

10.4 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 4


10.5 Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Projektfeld 5


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
11 Arbeitspaket 2 (AP-2)


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.

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 sozioköologische 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).(39) 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:


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

11.4.1.3 Sampling

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

11.4.1.5 Durchführung

11.4.2 Interviews mit Schlüsselfpersonen


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 Rahmenbedingungen 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

11.4.2.4 Datenanalyse

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


11.4.3.3 Datenanalyse

12 Veröffentlichungen


13 Schlussdiskussion


14 Literaturverzeichnis