



QualiPEP – Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege

*Anke Tempelmann, Miriam Ströing, Heidi Ehrenreich, Kai Kolpatzik
und Christian Hans*

- 7.1 Einleitung – 104**
- 7.2 Relevanz der Zielbereiche – 105**
 - 7.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung – 105
 - 7.2.2 Förderung der Gesundheitskompetenz – 106
 - 7.2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung – 107
- 7.3 Methodisches Vorgehen – 108**
- 7.4 Aktueller Stand und Ausblick – 109**
- Literatur – 110**

■ Zusammenfassung

Die Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen sind sehr hoch und die Zahl der Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf wird weiter zunehmen. Um dieser Herausforderung zu begegnen, werden im Projekt QualiPEP drei Ziele in Bezug auf stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege verfolgt. Sie beziehen sich (1) auf die Gesundheitsförderung und Prävention für Bewohnerinnen und Bewohner, (2) die Förderung der Gesundheitskompetenz auf den Ebenen Bewohner, Beschäftigte und Organisationen sowie (3) die Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Beschäftigten. Dabei wird das Impact-Ziel der Steigerung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität für alle Zielgruppen einbezogen.

Der zugehörige Qualitätsentwicklungsprozess beginnt mit einer Bedarfsanalyse. Es folgen die Konzeptplanung und -entwicklung, die Umsetzung und Evaluation sowie Anpassungen. Im vorliegenden Beitrag werden die Ziele des Projekts QualiPEP hergeleitet.

Stress levels within the long-term care sector are very high, and the number of persons with disabilities and in need of long-term care is growing. To meet the resulting challenges, the QualiPEP project takes a three-pronged approach at serving both the residential long-term care setting and the residential home setting for persons with disabilities. It aims at 1) improving prevention and health promotion for nursing home residents, 2) promoting the health literacy of nursing home residents, employees and organisations, and 3) expanding existing workplace health promotion measures for employees. The ultimate impact objective is to increase the (health-related) quality of life for all target groups.

The process of developing quality indicators begins with a needs assessment, followed by the phases of conceptualisation, implementation, evaluation and adaptation. The article illustrates the objectives of the QualiPEP project.

7.1 Einleitung

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG 2018) und die Konzentrierte Aktion Pflege sind aktuelle politische Reaktionen der Bundesregierung auf den Fachkräftemangel in der Langzeitpflege. Bei einer hohen Arbeitsbelastung in den Pflegeberufen wird der Personalbedarf auch in Zukunft hoch sein, denn der demografische Wandel resultiert u. a. in steigenden Zahlen und Bevölkerungsanteilen älterer Menschen und Menschen mit Beeinträchtigungen (Engels et al. 2016; Meyer et al. 2017; Meyer et al. 2018; Statistisches Bundesamt 2018b). Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG I–III 2015–2017) und dem Bundesteilhabegesetz (BTHG 2016) wird auf die Bedarfe von Menschen mit Pflegebedarf und Menschen mit Beeinträchtigungen reagiert.

2015 wurde mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG § 20 SGB V) auch der Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Setting- oder Lebenswelten-Ansatz ein höherer Stellenwert eingeräumt (§ 20a SGB V). Auch Leistungen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind definiert (§ 20b SGB V). Menschen mit Behinderungen werden ausdrücklich als Zielgruppe genannt, deren Bedarfe partizipativ einzubeziehen sind (§ 20 Abs. 2 SGB V). Die Pflegekassen erhielten zudem einen zusätzlichen Präventionsauftrag in Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 SGB XI, der unabhängig von der Pflicht zur aktivierenden Pflege (§ 11 SGB XI) explizit auf die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten Pflegebedürftiger abzielt. Damit ist die Chance verbunden, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung qualitativ weiterzuentwickeln.

Hier setzt das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Forschungsprojekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (QualiPEP) an, dass vom AOK-Bundesverband durchgeführt wird und drei Ziele verfolgt. Erstens sollen für stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohneinrichtungen) und Pflege je-

weils Qualitätssicherungskonzepte für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) entwickelt, pilotiert und umgesetzt werden. Zweitens soll die Gesundheitskompetenz mithilfe entsprechender Rahmenkonzepte gestärkt und drittens die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) qualitätsgesichert weiterentwickelt werden. Die Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist Impact-Ziel aller drei Bereiche. Gemeinsam mit Praxispartnern aus den stationären Einrichtungen sollen theoriegestützte und praxisnahe, für alle Zielgruppen umsetzbare Strategien entstehen. Dabei setzt das Projekt auch an Stellen an, die mit verantwortlich sind für den Personalmangel in den Pflegeberufen, wie etwa die oftmals unzureichende Einbindung der Beschäftigten in die Dienstplangestaltung. Das Potenzial des Projekts QualiPEP besteht insbesondere in der zeitgleichen Zielbetrachtung der BGF mit der PGF der Bewohnerinnen und Bewohner sowie einer Steigerung der Gesundheitskompetenz aller Zielgruppen. Folgend wird zunächst der Handlungsbedarf in den drei Bereichen kurz erläutert, um dann das methodische Vorgehen des Projekts QualiPEP vorzustellen. Der Beitrag schließt mit Informationen zum aktuellen Projektstand und einem Ausblick auf die nächsten Projektphasen.

7.2 Relevanz der Zielbereiche

7.2.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Menschen mit Behinderung haben laut UN-Behindertenrechtskonvention „langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen, welche sie (...) an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (United Nations 2008, S. 1.423). Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe (i. S. von § 43a SGB XI) erhielten im Jahresdurchschnitt 2015 87.963

Personen und in den Folgejahren 2016 und 2017 entsprechend 91.393 bzw. 126.552 Personen (Bundesgesundheitsministerium 2018). Fast zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen sind geistig beeinträchtigt (64 %), gut ein Viertel sind psychisch beeinträchtigt (27 %) und knapp ein Zehntel ist körperlich beeinträchtigt (9 %) (Engels et al. 2016, S. 256). Für Menschen mit Behinderungen gelten wie für alle gesetzlich Krankenversicherten die gesetzlichen Vorgaben zur PGF in § 20 ff. SGB V. Bestehende Qualitätskriterien der Kranken- und Pflegekassen hierzu finden sich im Leitfaden „Prävention“ des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und definieren die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum (GKV-Spitzenverband 2018a, S. 50). Diese Maßnahmen zur Förderung des gesundheitsbezogenen Verhaltens der Betroffenen sind in den Lebenswelten mit gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen zu verknüpfen (GKV-Spitzenverband 2018a, S. 22). Entsprechende Empfehlungen und Kriterien mit Zuschnitt auf Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe liegen nicht vor. Auch die Handlungsempfehlungen sind auf die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe zuzuschneiden. Aktuelle Studien zum Thema konzentrieren sich überwiegend auf Aspekte der ärztlichen und medizinischen Versorgung und weniger auf PGF (z. B. Schröttle et al. 2014; Engels et al. 2016; Hasseler 2016; Schäfers et al. 2016).

Neben den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe richtet QualiPEP den Fokus auf stationäre Pflegeeinrichtungen. „Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Vulnerabilität“ und das Pflegerisiko nimmt mit steigendem Alter deutlich zu (Blüher et al. 2017). Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen weisen im Jahr 2017 eine im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung anerkannte Demenz auf (Schwinger et al. 2017). Im selben Jahr lebten in Deutschland insgesamt rund 820.000 Menschen in stationären Pflege-

einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2018b, S. 34). Neben dem Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbands (2018a) liegen mit dem Leitfaden „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ (2018b) auf Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen zugeschnittene Handlungsfelder vor: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention (GKV-Spitzenverband 2018b, S. 13). Präventive Maßnahmen nach § 5 SGB XI zeichnen sich vor allem „dadurch [aus] (...), 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. Damit nehmen Verhältnismaßnahmen, d. h. die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, an Bedeutung zu. Vorliegende Qualitätssicherungsmaßnahmen zur PGF sind vielfältig im Ansatz, aber nicht ausreichend auf Pflegeeinrichtungen bezogen und nur zum Teil evidenzbasiert (GKV-Spitzenverband 2018a, 2018b). Für lebensweltspezifische Qualitätskriterien auf Basis der bestehenden Leitfäden sind vertiefende Erkenntnisse über die Zielgruppen notwendig, die im Projekt QualiPEP insbesondere über qualitative Studien generiert werden sollen.

7.2.2 Förderung der Gesundheitskompetenz

54 % der deutschen Bevölkerung sind lediglich eingeschränkt dazu in der Lage, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen und anzuwenden (Schaeffer et al. 2016). Unterschiede begründen sich vorwiegend durch sozioökonomische Faktoren wie Alter, Bildungsniveau und Erwerbsstatus (Sørensen 2017). Neben der gesundheitlichen Chancengleichheit beeinflusst Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, PGF- bzw. BGF-

Maßnahmen wahrzunehmen und so die eigene Lebensqualität zu steigern (Schaeffer et al. 2018). Zur Förderung der Gesundheitskompetenz für vulnerable Zielgruppen gibt es aktuell mehrere Projekte (z. B. vdek 2017; Wiener Gesundheitsförderung 2018). Stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege sind in aller Regel dauerhafter Wohn- und Lebensort für ihre Bewohnerinnen und Bewohner. Für eine individuelle und selbstbestimmte Anwendung gesundheitsrelevanter Informationen benötigen sie Möglichkeiten bzw. Kompetenzen, diese Informationen zu finden, zu verstehen und zu beurteilen. Neben der individuellen Förderung liegt so ein wesentlicher Fokus auf der Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen in den Lebenswelten.

Im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ werden „adressatengerechte Strategien“ dargestellt, die Nutzerfreundlichkeit und die Sensibilisierung der Berufsgruppen in gesundheitsfördernden Organisationen betonen (Schaeffer et al. 2018). Rahmenbedingungen zur Gesundheitskompetenzförderung sollen so auch vulnerable Gruppen mit unterschiedlichen kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen erreichen. Auch im Rahmen von BGF wird die Förderung von Gesundheitskompetenz thematisiert (Eickholt et al. 2015). Auf Basis bestehender Qualitätssicherungsinstrumente und -konzepte sind im QualiPEP-Projekt passgenaue Förderstrategien zu entwickeln. Das Selbstbewertungsinstrument zur Gesundheitskompetenz, das aus dem Wiener Konzept gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen hervorgegangen ist, ist ein solches Instrument (Dietscher et al. 2015). Die Weiterentwicklung wird durch die Weltgesundheitsorganisation unterstützt (World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals & Health Care) und ist zur Implementierung in englischer Fassung vorgesehen (Pelikan und Dietscher 2015). Es soll im Projekt QualiPEP für Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege angepasst werden.

7.2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Beschäftigten in den Lebenswelten stationärer Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege sind hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, wie auch im ersten Kapitel des vorliegenden Pflege-Reports hinsichtlich der Langzeitpflege deutlich wird. Einer quantitativen Befragung aus dem Jahr 2015 zufolge empfanden Betreuungskräfte in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen in Deutschland eine hohe psychische Belastung (Habermann-Horstmeier und Limbeck 2016). Wie eigene Analysen mit den Routinedaten der AOK-Versicherten zeigen, die durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) aufbereitet und bereitgestellt wurden, weisen AOK-Versicherte in den Betreuungsberufen der Eingliederungshilfe im Vergleich zu AOK-Versicherten in allen Berufen im Jahr 2017 eine um 8,1 Prozentpunkte höhere Arbeitsunfähigkeitsquote auf. Auch Beschäftigte in Pflegeberufen sind durch hohe psychische sowie körperliche Anforderungen belastet (Perschke-Hartmann und Drupp 2018). Relativ zu allen Berufsgruppen sind AOK-Versicherte in Pflegeberufen häufiger und mit einem Unterschied von 15,7 % durchschnittlich 2,2 Tage länger arbeitsunfähig als AOK-Versicherte in allen Berufen.¹

Die gesetzlichen Krankenkassen sind durch das Präventionsgesetz (§ 20b SGB V) zur Unterstützung von Unternehmen bei der Analyse, Entwicklung und Umsetzung von BGF-

Maßnahmen und damit zur systematischen Weiterentwicklung der BGF verpflichtet (Pieck et al. 2016). Für BGF in Pflegeeinrichtungen ist zudem eine Steigerung ihrer Ausgaben um einen Euro pro versicherter Person vorgesehen (PpSG 2018). Qualitätssicherungsinstrumente speziell für die Beschäftigten in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe liegen kaum vor oder werden selten veröffentlicht, wohingegen für BGF in Pflegeeinrichtungen mehrere Handlungshilfen vorliegen. Die berufsfeldspezifische „Offensive Gesund Pflegen“ der „Initiative Neue Qualität in der Arbeit“ (INQA) etwa bietet u. a. ein Selbstbewertungssystem für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege (INQA 2018). Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hält bspw. Empfehlungen für BGF und Prävention in der Pflege vor (iga 2017). Auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet verschiedene Handlungshilfen, z. B. zur Prävention für Altenpflegekräfte (BGW 2019).

Im Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbands werden folgende BGF-Handlungsfelder formuliert: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, ein gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil der Beschäftigten sowie überbetriebliche Vernetzung und Beratung. Hierzu wird ein systematisches Vorgehen in Form der Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation spezifiziert. Die branchenübergreifenden Qualitätskriterien lassen einen gewissen Spielraum zur Weiterentwicklung (GKV-Spitzenverband 2018a). Im Rahmen von QualiPEP sollen die Empfehlungen des Leitfadens lebensweltspezifisch weiterentwickelt werden. Hierzu ist ein vertieftes Wissen über die Belastungen in den Lebenswelten erforderlich, das im Rahmen einer Bedarfsanalyse insbesondere über qualitative Studien generiert werden soll. Eine Weiterentwicklung von Ansätzen zur BGF zielt damit letztlich auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Betreuungs- und Pflegekräften in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege, indem die Belastungen reduziert

¹ Zur Berechnung hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDo) Routinedaten von AOK-Versicherten (76.798 Beschäftigte in Betreuungsberufen der Eingliederungshilfe, 618.309 Beschäftigte in Pflegeberufen, ca. 13,3 Mio. Beschäftigte in allen Berufen) aus dem Jahr 2017 bereitgestellt. In Deutschland waren im Jahr 2017 in den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege etwa 155.000 Menschen beschäftigt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017). Gut 730.000 Beschäftigte arbeiteten in stationären Einrichtungen (2015), davon ca. 550.000 Beschäftigte in der Pflege und Betreuung (Statistisches Bundesamt 2017). Insgesamt waren 2017 etwa 44,3 Mio. Personen erwerbstätig (Statistisches Bundesamt 2018a).

und Ressourcen gefördert werden, um einen Beitrag zur Linderung der Personalnot und zur Arbeitszufriedenheit in der Langzeitpflege zu leisten.

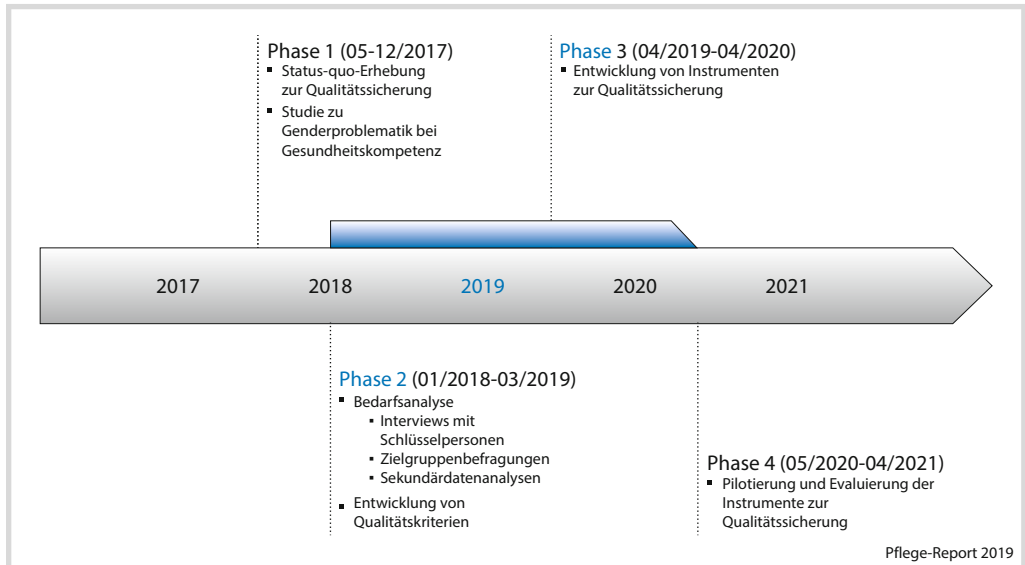
7.3 Methodisches Vorgehen

QualiPEP läuft von 2017 bis 2021 und umfasst vier Arbeitsphasen (■ Abb. 7.1). Grundlegend für das Vorgehen sind bereits bestehende Qualitätskonzepte und ein partizipativer Ansatz, bei dem alle relevanten Akteure (u. a. Wissenschaftler, Kostenträger, Leistungserbringer und Zielgruppen) regelmäßig einbezogen werden, z. B. über den wissenschaftlichen Projekt-Beirat, Workshops und Befragungen.

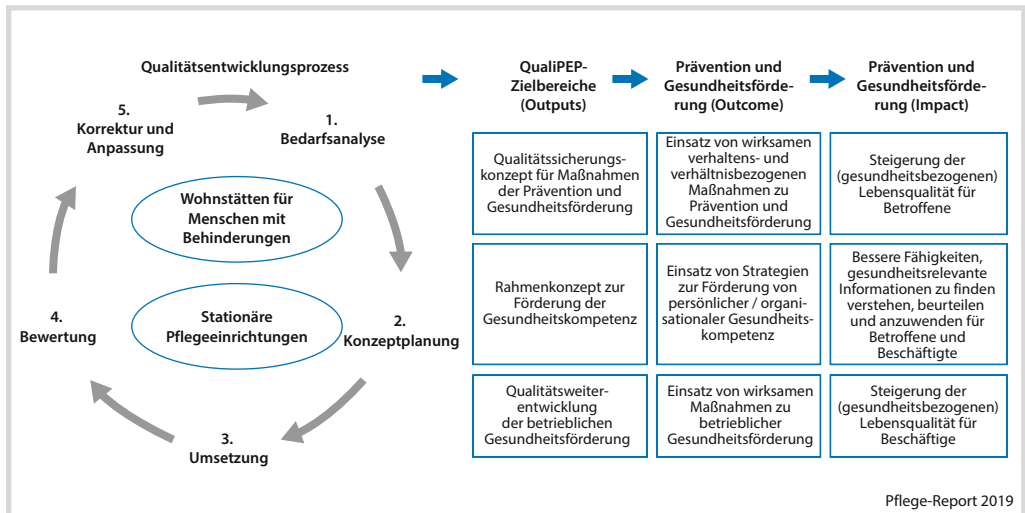
Die Umsetzung des Projekts folgt einem Qualitätssicherungsprozess, der in Anlehnung an den Public Health Action Cycle nach Ruckstuhl et al. formuliert wurde und zur Beurteilung medizinischer und pflegerischer Versorgungsqualität etabliert ist (Koch et al. 2001; Ruckstuhl et al. 1997; Ruckstuhl et al. 2001). Das konzeptionelle Modell ist in ■ Abb. 7.2 visualisiert.

In der Bedarfsanalyse werden Sekundärdaten u. a. zu Lebensqualität, Epidemiologie der gesundheitsbezogenen Zustände und Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten der Zielgruppen untersucht. Ressourcen und Barrieren aus dem organisatorischen, verwaltungsbezogenen und politischen Umfeld werden einbezogen. Darüber hinaus werden qualitative Studien durchgeführt, um vertiefende Erkenntnisse zu den durchgeführten Maßnahmen, Rahmenbedingungen und den Bedarfen und Bedürfnissen aller Zielgruppen und Potenziale zur (Weiter)Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten zu identifizieren. Zwei Zielgruppenbefragungen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Beschäftigten erfolgen anhand von jeweils 10 bis 15 halbstandardisierten, leitfadengestützten Interviews in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege. Eine weitere qualitative Studie umfasst 15 halbstandardisierte, leitfadengestützte Inter-

views mit Einrichtungs- oder Pflegedienstleistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege (QualiPEP). Die Ergebnisse werden genutzt, um bestehende Qualitätskriterien zu den drei Zielbereichen des Projekts lebensweltbezogen zu ergänzen bzw. anzupassen. Die qualitätsbezogenen Kriterien der Kranken- und Pflegekassen werden dabei anhand der Dimensionen der Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (weiter)entwickelt. Diese Unterteilung dient der Definition, Standardisierung und Validierung von Messpunkten im Evaluationsprozess (Donabedian 1966), die bspw. auch zur Entwicklung von Qualitätsinstrumenten berücksichtigt werden können (Tempel und Kolip 2011). So können Qualitätskriterien dem Qualitätssicherungsprozess nach dem Public Health Action Cycle zugeordnet und den Analyse- und Evaluationsprozessen entsprechende Qualitätssicherungsinstrumente entwickelt werden. Mit der Konzeptqualität werden Ziele, Strategien, Prinzipien und Maßnahmen messbar und präzise formuliert. Strukturqualität zeigt notwendige organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen auf. Die Prozessqualität umschreibt Umsetzung, Abläufe und konkrete Vorgehensweisen. Ergebnisqualität beinhaltet Ziel- und Wirkungserreichung sowie Nachhaltigkeit (Koch et al. 2001; Ruckstuhl et al. 2001; Tempel et al. 2013). Die so entwickelten Qualitätskriterien und -indikatoren, bspw. Maßnahmen der Gesundheitsförderung anhand eines lebensweltbezogenen, fortlaufenden und partizipativen Prozesses unter Einbeziehung aller Zielgruppen umzusetzen, werden mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis geprüft und ggf. angepasst, u. a. durch den wissenschaftlichen Beirat und Expertengespräche. Anschließend werden passgenaue Qualitätssicherungsinstrumente recherchiert und (weiter-)entwickelt und in einen Qualitätssicherungsprozess für die Einrichtungen eingebettet. Diese Instrumente werden wiederum partizipativ getestet, um in der Phase der Umsetzung in ausgewählten Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege pilotiert zu werden. Dabei soll insbesondere die Umsetzbar-



■ **Abb. 7.1** QualiPEP-Projektphasen



■ **Abb. 7.2** Konzeptionelles Qualitätsentwicklungsmodell nach dem Public Health Action Cycle

keit in der Praxis geprüft werden. Anschließend erfolgt eine Evaluation. In der Phase der Korrektur und Anpassung werden die Maßnahmen den Erkenntnissen der Evaluation entsprechend ggf. adaptiert. Ein Schwerpunkt liegt auf der Berücksichtigung von Wirksamkeit und Nachhaltigkeit.

7.4 Aktueller Stand und Ausblick

Auf Grundlage der als fachlich fundiert eingeschätzten GKV Leitfäden „Prävention“ (Kliche 2011) und „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, des validierten Selbstbewertungsinstruments „Gesundheitskompe-

tenter Krankenbehandlungsorganisationen“ (Dietscher et al. 2015) sowie zielgruppenspezifischer Forschungserkenntnisse aus der Bedarfsanalyse wurden theoriegestützte Qualitätssicherungskonzepte (weiter)entwickelt und insbesondere die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zur (Weiter-) Entwicklung bestehender Qualitätskriterien genutzt. Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis ließen sich diese Resultate systematisch prüfen und bei Bedarf Anpassungen erarbeiten. Ein Workshop hierzu fand im Februar 2019 statt und markiert den Abschluss der zweiten Projektphase (■ Abb. 7.1).

In der folgenden QualiPEP-Projektphase 3 steht die Entwicklung bzw. Modifikation der Qualitätssicherungsinstrumente im Vordergrund. Insbesondere für praktikable und effiziente Qualitätssicherungsinstrumente und -konzepte ist die enge Zusammenarbeit mit Praxispartnern zielführend. Dies umfasst die systematische Prüfung und Anpassung der Instrumente in ausgewählten Einrichtungen. Die vierte Arbeitsphase schließlich pilotiert und evaluiert diese Instrumente in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege.

Der Bedarf nach Qualitätssicherungskonzepten für PGF, Gesundheitskompetenz und BGF in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege wird anhand des demografischen Wandels und der reformierten Gesetzgebung deutlich. Die Konzepte sind sowohl für die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen als auch für die Beschäftigten mit spezifischen hohen Anforderungen passgenau zuzuschneiden. Dabei sind vor allem Qualitätskriterien und -indikatoren für förderliche Rahmenbedingungen zur PGF in den Lebenswelten und zur Steigerung der Lebensqualität stärker in den Blick zu nehmen. Die zugehörigen Qualitätssicherungsinstrumente sollen die Bedarfsbestimmung und eine qualitativ hochwertige, nachhaltige Umsetzung in den Einrichtungen gewährleisten.

Neu am Projekt ist zudem die zeitgleiche Betrachtung der Zielbereiche PGF, Gesundheitskompetenz und BGF. In den Konzepten sollen Doppelstrukturen vermieden und Syn-

ergieeffekte genutzt werden. Doppelstrukturen können z. B. aufgrund der verschiedenen, ineinandergreifenden Gesetzgebungen entstehen. So ist etwa die Abgrenzung zwischen bestehenden Maßnahmen der aktivierenden Pflege nach § 11 SGB XI sowie § 43b SGB XI und Maßnahmen des Präventionsgesetzes nach § 5 SGB XI nicht trennscharf. Die Schnittstellen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements können genutzt werden, um Synergieeffekte zu erzielen. Hierzu gehören BGF, Regelungen zum Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement und medizinische Leistungen zur Prävention (GKV-Spitzenverband 2018a, S. 99 ff.). Die hohe Komplexität des Themas erzeugt die besondere Herausforderung, fundierte, praxisnahe, umsetzbare und nachhaltige Qualitätssicherungskonzepte zu entwickeln.

Literatur

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2019) „Aufbruch Pflege“ – Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Aktionen-Kampagnen/Aufbruch-Pflege/Aufbruch-Pflege_node.html. Zugegriffen: 10. Jan. 2019
- Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmeier A (2017) Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jabobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 3–12
- BTHG – Bundesteilhabegesetz. Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen vom 23. Dezember 2016. Teil 1, Nr. 66: 3234–3341
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2018) Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegrade* – im Jahresdurchschnitt (*bis 2016: Pflegestufen). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>. Zugegriffen: 05. Oktober 2018
- Dietscher C, Lorenc J, Pelikan J (2015) Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsor-

- ganisationen (WKGGKO-I). Reihe Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen (3). Ludwig Boltzmann Institut, Wien
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 44(3):166–206
- Eickholt C, Hamacher W, Lenartz N (2015) Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern – aber wie? *Bundesgesundheitsblatt* 58:976–982
- Engels D, Engel H, Schmitz A (2016) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Köln
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Gesamtstatistik der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. http://www.gbe-bund.de/gbe10/hrecherche.prc_herkunft_rech?tk=51310&tk2=51312&p_fd=1751&p_uid=gast&p_aid=20631122&p_sprache=D&cnt_ut=1&ut=51312. Zugegriffen: 5. Okt. 2018
- GKV-Spitzenverband (2018a) Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. GKV-Spitzenverband, Berlin
- GKV-Spitzenverband (2018b) Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. GKV-Spitzenverband, Berlin
- Habermann-Horstmeier L, Limbeck K (2016) Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 51:517–525
- Hasseler M (2016) Anforderungen und Herausforderungen an gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. *Pflege Ges* 21(4):293–313
- Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (2017) Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser_Gesundheit_fuer_Pflegekraefte.pdf. Zugegriffen: 10. Jan. 2019
- Initiative Neue Qualität in der Arbeit (INQA) (2018) Offensive Gesund Pflegen. <https://www.inqa.de/DE/Mitmachen-Die-Initiative/Unser-Netzwerk/Partnernetzwerke/Netzwerke/Offensive-Gesund-Pflegen.html>. Zugegriffen: 30. Okt. 2018
- Kliche T (2011) Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 54:194–206
- Koch U, Kawski S, Töppich J (2001) Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 15. BzGA, Köln, S 87–96
- Meyer M, Wehner K, Cichon P (2017) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2016. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Springer, Berlin, S 281–484
- Meyer M, Wenzel J, Schenkel A (2018) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit*. Springer, Berlin, S 331–536
- Pelikan J, Dietscher C (2015) Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? *Bundesgesundheitsblatt* 58:989–995
- Perschke-Hartmann C, Drupp M (2018) Ressourcen stärken in der Altenpflege. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit*. Springer, Berlin, S 303–314
- Pieck N, Polenz W, Sochert R (2016) Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb. *Präv Gesundheitsf* 11:271–281
- PpSG – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11. Dezember 2018. *Bundesgesetzblatt. Jahrgang 2018, Teil I, Nr. 45: 2394–2422*
- Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W (1997) Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Insitut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich
- Ruckstuhl B, Kolip P, Gutzwiller F (2001) Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 15. BzGA, Köln, S 38–50
- Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheit in Deutschland stärken. KomPart, Berlin
- Schäfers M et al (2016) Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Abschlussbericht. Hochschule Fulda, TNS Infratest Sozialforschung GmbH und Technische Universität München, Fulda, München
- Schröttle M et al (2014) Abschlussbericht. Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en). Friedrich-Alexander-

Universität Erlangen-Nürnberg, Universität Bielefeld, Bielefeld, Nürnberg

- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2017) Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jabobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 131–152
- Sørensen K (2017) Health literacy and gender perspectives. A systematic literature review. Global Health Literacy Academy, Aarhus
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a) Erwerbstätige und Arbeitnehmer nach Wirtschaftsbereichen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/TabellenErwerbstaetigenrechnung/ArbeitnehmerWirtschaftsbereiche.html>. Zugegriffen: 19. Dez. 2018
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b) Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2017. Destatis, Wiesbaden
- Tempel N, Kolip P (2011) Qualitätsinstrumente in Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden für Praktiker in Nordrhein-Westfalen. LIGA.Praxis 8. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW), Düsseldorf. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/liga-praxis/liga-praxis_8_qualitaetswegweiser.pdf. Zugegriffen: 11. Febr. 2019
- Tempel N, Bödeker M, Reker N, Schaefer I, Klärs G, Kolip P (2013) Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln
- United Nations (2008) 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. Bundesgesetzblatt. Bundesanzeiger Verlag, Bonn
- Verband der Ersatzkassen (vdek) (2017) Projekt GESUND! <https://www.vdek.com/vertragspartner/Praevention/projektgesund.html>. Zugegriffen: 13. Dez. 2018
- Wiener Gesundheitsförderung (WiG) (2018) Gesundheitsein – ein Kurs für Menschen mit Lernschwierigkeiten. [ziel.sicher.gesund. Gesundheitskompetenz für PatientInnen. https://oepgk.at/gesundsein-ein-kursangebot-fuer-menschen-mit-lernschwierigkeiten/](https://oepgk.at/gesundsein-ein-kursangebot-fuer-menschen-mit-lernschwierigkeiten/). Zugegriffen: 13. Dez. 2018

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

