

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



BUNDESVERBAND

QualiPEP

Qualitätsorientierte Prävention
und Gesundheitsförderung in Einrichtungen
der Eingliederungshilfe und Pflege

QualiPEP-Handbuch

Für stationäre Pflegeeinrichtungen

- Prävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitskompetenz
- Betriebliche Gesundheitsförderung

QualiPEP forscht,
entwickelt und stärkt!

Übersicht

- zum Projekt
- Checkliste für Prävention und Gesundheitsförderung
 - Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise
- Checkliste für betriebliche Gesundheitsförderung
 - Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise
- Selbstbewertungsbogen für die Förderung der Gesundheitskompetenz
 - Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise
- Unsere Projektdokumentation
- Weitere Informationen: Beschreibung der Zielgruppen, Glossar und Literaturverzeichnis

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

Zum Projekt

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

In aller Kürze: Was ist QualiPEP?

QualiPEP ist ein Forschungsprojekt des AOK-Bundesverbandes im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums und steht für "Qualitätsorientierte Prävention- und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege".

QualiPEP verfolgt drei Ziele: In teil- und vollstationären Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen¹ sowie für Pflegebedürftige soll ein einheitlicher Qualitätsrahmen für Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden. Die erarbeiteten Qualitätssicherungskonzepte sollen die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen verbessern. Zum Zweiten soll die Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen und der Mitarbeiter:innen dieser Einrichtungen gestärkt und zum Dritten die betriebliche Gesundheitsförderung in den Einrichtungen qualitätsgesichert weiterentwickelt werden.

Die Konzepte wurden in allen drei Zielbereichen partizipativ entwickelt, erprobt und umgesetzt. QualiPEP startete im Mai 2017 wurde im April 2021 beendet.

QualiPEP: Ziele

Das Projekt richtet sich an teil- und vollstationäre Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege. Das hat mehrere Gründe. Zum einen steigt die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderungen im Zuge des demografischen Wandels weiter. Zum anderen sind die Anforderungen an die Mitarbeiter:innen in diesen Bereichen körperlich und psychisch hoch belastend.

QualiPEP setzt sich deshalb in diesen beiden Lebenswelten als Ziele:

1. die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohner:innen durch die Entwicklung entsprechender Qualitätssicherungskonzepte zu fördern.
2. die Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen und Angehörigen sowie der Mitarbeiter:innen in den Einrichtungen durch ein entsprechendes Rahmenkonzept zu stärken.
3. die betriebliche Gesundheitsförderung in den Einrichtungen durch eine Weiterentwicklung bestehender Qualitätskonzepte zu erweitern.

Im Zuge des QualiPEP-Projektes werden nicht nur die Bewohner:innen der Einrichtungen, sondern auch alle Mitarbeiter:innen und die Einrichtungen selbst als Zielgruppen definiert. Eine ganzheitliche Betrachtung der gesamten Organisation umfasst die diversen Zielgruppen unter der gemeinsamen Zielrichtung der Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Darüber hinaus muss

¹ Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen sind synonym mit der Begrifflichkeit besonderer Wohnformen zu verstehen. Mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG, 2016) wurde die Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Wohnformen aufgebrochen. In besonderen Wohnformen leben Menschen mit Behinderungen im Wohnheim oder in einer Wohngruppe in einer Einrichtung, in der sie tagsüber sowie auch nachts betreut werden.

der Organisationsentwicklungsprozess flexibel genug gestaltet werden, um praxisrelevante Folgen, die sich aus der Umsetzung des Präventionsgesetzes und des Bundesteilhabengesetzes ergeben, zu berücksichtigen.

Um Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung erfolgreich in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege zu verankern, setzt QualiPEP auf eine langfristige Qualitätssicherung und erarbeitet dazu ein Qualitätskonzept. Die Grundlage hierfür bildet ein lernender Prozess nach dem Vorbild des „Public Health Action Cycle“², bei dem sich die Schritte Bedarfsermittlung, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation kontinuierlich wiederholen. Hierzu entwickelt und erprobt QualiPEP Qualitätskriterien und Qualitätssicherungsinstrumente. Diese können sowohl spezifisch für die jeweilige Lebenswelt sein als auch beide Lebenswelten betreffen und in verschiedenen Handlungsfeldern, angewendet werden, zum Beispiel Mobilität, Ernährung, psychische Gesundheit oder soziale Teilhabe.

QualiPEP: Arbeitsweise und Zeitplan

QualiPEP wurde vom Bundesministerium für Gesundheit von 2017 bis 2021 gefördert. Es umfasst vier Arbeitsphasen. In der ersten Phase erfolgte eine Status-Quo-Erhebung zu bestehenden Qualitätskriterien, -maßnahmen und -konzepten in den jeweiligen Lebenswelten. In der zweiten Phase wurde ein Qualitätsrahmen für die Gesundheitsförderung und für die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen und Organisationen anhand von Zielgruppenbefragungen und epidemiologischen Analysen entwickelt. In der dritten Phase wurden zielgruppengerechte Qualitätssicherungsinstrumente erstellt, die dann schließlich in der vierten Phase pilotiert und in ihrer Anwendung in der Praxis getestet wurden. Die Zwischenergebnisse des Forschungsprojektes werden u.a. auf der Projekt-Website sukzessive zur Verfügung gestellt und veröffentlicht. Auch auf Fachkongressen und in Fachpublikationen werden aktuelle Erkenntnisse aus QualiPEP vor- und zur Diskussion gestellt.

Eine transparente und partizipative Arbeitsweise ist wichtig, um die Akzeptanz und Unterstützung aller relevanten Akteur:innen für das QualiPEP-Projekt zu gewinnen. Dazu wurde ein enger und regelmäßiger Austausch mit Expert:innen der Gesundheits-, Pflege- und Sozialressorts in Bund, Ländern und Kommunen, der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie Renten- und Unfallversicherungsträger, der entsprechenden wissenschaftlichen Disziplinen, der Vertretungen der Leistungserbringer sowie nicht zuletzt der Organisationen der Mitarbeiter:innen und natürlich der Pflegebedürftigen und der Menschen mit Behinderungen gesucht. Diese Fachleute wurden beispielsweise über regelmäßige Workshops eingebunden.

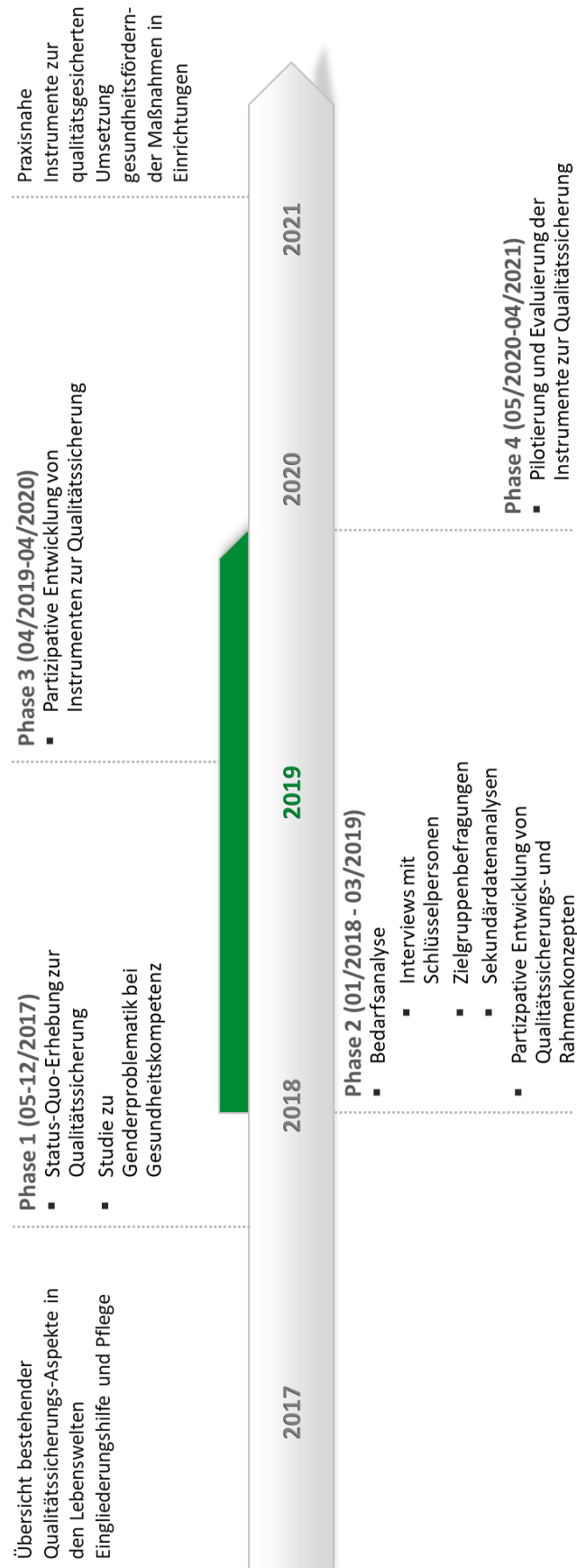
Begleitet wurde das gesamte QualiPEP-Projekt durch einen wissenschaftlichen Beirat. Die Beiratsmitglieder sind Prof. Dr. Beate Blättner (Hochschule Fulda), Prof. Dr. Annett Horn (Fachhochschule Münster), Prof. Dr. med. Kai Kolpatzik (AOK-Bundesverband), Dr. Monika Kücking (GKV-Spitzenverband), Olaf Liebig

² Ruckstuhl B, Somaini B und Twisselmann W (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit

(BMG), Prof. Dr. Gudrun Wansing (Humboldt-Universität zu Berlin) und Prof. Dr. Hajo Zeeb (Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS). Als hochrangige Expert:innen liefern sie wertvolle Hinweise zur fachlichen und methodischen Optimierung, Ausgestaltung und Durchführung von QualiPEP.

QualiPEP: Rechtlicher Rahmen

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für das QualiPEP-Projekt sind im Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung), im Sozialgesetzbuch XI (Soziale Pflegeversicherung), im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) sowie im Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) verankert. Von besonderer Bedeutung ist dabei das Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015. Hervorzuheben sind hierbei die Bestimmungen in § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung), in § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten), in § 20b SGB V (Betriebliche Gesundheitsförderung) sowie in § 5 SGB XI (Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation). Das Präventionsgesetz unterstützt den Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention (NAP 2.0) und berücksichtigt verstärkt die Belange der Menschen mit Behinderungen. Damit wird einer der Grundsätze der Gesetzlichen Krankenversicherung unterstrichen, wonach den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen ist (§ 2a SGB V).



QualiPEP: Ergebnisse

Arbeitsphase 1 (05-12/2017)

In der ersten Arbeitsphase (AP-1) fand eine Status-Quo-Erhebung von Qualitätssicherungskriterien, -indikatoren, -instrumenten und -maßnahmen in beiden Lebenswelten statt. Zudem wurde durch Kristine Sørensen, PhD (Global Health Literacy Academy) eine Literaturrecherche zur Genderproblematik im Themenfeld Gesundheitskompetenz im Auftrag des AOK-Bundesverbandes umgesetzt. Aus den so gewonnenen Erkenntnissen kristallisieren sich mehrere Ansätze heraus, es gibt wenige spezifische Qualitätskonzepte, es gibt Wissenslücken und unterschiedliche Auffassungen bzw. Ansätze zum Thema Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung. Wenig erforscht ist zudem, inwieweit sich ein lebensweltbezogener Ansatz von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung auf die Förderung von Lebensqualität im Sinne von sozialer Teilhabe, Selbstbestimmung und psychischem/ körperlichem Wohlbefinden auswirkt.

Diese Lücken und unterschiedlichen Perspektiven fordern mehr Klarheit und Wissen einerseits, andererseits mehr Aufmerksamkeit und Sensibilität für verschiedene Kontexte. Dabei ist es wichtig, sich über projektbezogene Herausforderungen bewusst zu sein:

- Die Abgrenzung zwischen Maßnahmen der aktivierenden Pflege nach § 11 SGB XI und Maßnahmen des Präventionsgesetzes nach § 5 SGB XI ist nicht trennscharf.
- Qualitätssicherungskonzepte, die alle drei Zielbereiche (Prävention und Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und betriebliche Gesundheitsförderung) und Genderaspekte einschließen bzw. berücksichtigen, können sehr komplex werden und sollen dennoch praxisnah sein.

Die Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzeptes in der jeweiligen Lebenswelt ist der erste Schritt, bevor in den darauffolgenden Phasen Qualitätssicherungsinstrumente erstellt und pilotiert werden konnten. Das Qualitätssicherungskonzept, das aus Qualitätskriterien und -standards auf Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene besteht, wurde im jeweiligen Lebenswelt-Kontext in AP-2 konkretisiert.

Der fachliche Austausch wurde im Sinne des partizipativen Projektansatzes durch zwei Workshops mit Expert:innen aus allen relevanten Akteursfeldern, das heißt Wissenschaft, Fachverbänden, Kostenträger und Praxis, gesichert.

Arbeitsphase 2 (01/2018 – 03/2019)

In der zweiten Arbeitsphase (AP-2) erfolgte die partizipative Entwicklung von Qualitätskriterien in allen drei Zielbereichen. Die Basis bildete neben den Ergebnissen aus AP-1 eine umfassende Bedarfsanalyse, die aufgrund der oben beschriebenen Forschungslücken in AP-2 vorgenommen wurde. Diese setzte sich aus drei Bausteinen zusammen:

1. Eine quantitative Sekundärdatenanalyse, die in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) mit Routine-Daten der AOK-Versicherten erfolgte, um Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bewohner:innen und der Mitarbeiter:innen der Einrichtungen zu ziehen.
2. Qualitative Interviews mit Schlüsselpersonen, in der Regel Einrichtungs- oder Pflegedienstleitungen, in beiden Lebenswelten, mit denen mehr über bereits angewandte Maßnahmen, Bedarfe und Bedürfnisse sowie zu Bedingungen zur Förderung der Lebensqualität in den drei Zielbereichen in Erfahrung gebracht werden konnte.
3. Qualitative Zielgruppenbefragungen in beiden Lebenswelten, um auch direkt von Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen der Einrichtungen mehr über ihre Bedarfe und Bedürfnisse zu Prävention und Gesundheitsförderung, zur Verbesserung der Lebensqualität, zu förderlichen bzw. hinderlichen Rahmenbedingungen (verhältnisbezogene Komponenten) sowie zur Gesundheitskompetenz zu erfahren. Die Zielgruppenbefragungen wurden im Auftrag des AOK-Bundesverbandes durch Prof. Dr. Beate Blättner (Hochschule Fulda) in stationären Pflegeeinrichtungen und durch Prof. Dr. Elisabeth Wacker (Technische Universität München) in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe durchgeführt. Eine dritte Zielgruppenbefragung zum Thema Gesundheitskompetenz und Gender-Aspekten wurde durch Stefanie Vogelsang (Strategie und Kommunikation im Gesundheitswesen) in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege durchgeführt.

Die Erkenntnisse aus allen drei Bausteinen unterstützen die Relevanz lebensweltspezifischer Maßnahmen der Prävention und (betrieblichen) Gesundheitsförderung sowie der Förderung von Gesundheitskompetenz und einen erhöhten Bedarf an praxisnahen Qualitätssicherungskonzepten in beiden Lebenswelten. Vor allem gaben sie wichtige Erkenntnisse zur Erstellung lebensweltspezifischer, zielgruppengerechter Qualitätskriterien in AP-2. Im Sinne des partizipativen Vorgehens in QualiPEP wurden die Kriterien mit Expert:innen erörtert und angepasst, so durch den wissenschaftlichen Projektbeirat, im Rahmen von Expert:innen-Gesprächen sowie durch Workshops mit Vertreter:innen der Kostenträger und Expert:innen aus Fachverbänden, Wissenschaft und Praxis. Weiterer fachlicher Austausch erfolgte auf Fachkongressen, wie z.B. dem Deutschen Pflorgetag 2018/2019 oder dem Kongress Armut und Gesundheit 2018/2019.

Arbeitsphase 3 (04/2019 – 04/2020)

In AP-3 stand die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten auf Basis der in AP-2 formulierten Qualitätskriterien und die Vorbereitung der Pilotierung in AP-4 im Mittelpunkt. Dazu wurde eine Aktualisierungsrecherche der Status-Quo-Analyse aus AP-1 zur Identifizierung von bestehenden Qualitätsinstrumenten durchgeführt, um Gestaltungselemente, weiteren Anregungen und Beispiele guter Praxis für die Qualitätssicherungsinstrumente und -konzepte zu identifizieren. Zur Identifikation weiterer Anknüpfungspunkte wurden Recherchen zur Umsetzung der dritten Reformstufe des BTHG (2016) und zum neuen Qualitätsprüfsystem in der stationären Pflege ergänzt.

Auf Basis der Vorarbeiten aus AP-1 bis AP-3 wurden Checklisten zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner:innen und zur betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Selbstbewertungsinstrumente zur Förderung der Gesundheitskompetenz entwickelt. Die Entwürfe wurden mit Hilfe von Fokusgruppeninterviews in zwei bzw. drei ausgewählten Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege hinsichtlich ihrer Verständlichkeit, Praktikabilität und Integrationsfähigkeit geprüft und daraufhin weiter optimiert. Für die praktische Testung der Instrumente wurden bereits in AP-3 je fünf bis sechs Einrichtungen aus beiden Lebenswelten rekrutiert.

Der fachliche Austausch mit Akteuren aus Wissenschaft und Praxis wurde wie in den vorherigen Arbeitsphasen sichergestellt im Rahmen der Beiratssitzungen des Projektes, durch einen weiteren Workshop der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und von Vorträgen zu QualiPEP auf Fachkongressen, wie z.B. beim Präventionsforum 2019 und dem 9. gemeinsamen Präventionskongress des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung 2019.

Arbeitsphase 4 (05/2020 – 04/2021)

In AP-4 erfolgte die praktische Testung der Checklisten zur Prävention und Gesundheitsförderung, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Förderung der Gesundheitskompetenz mit insgesamt zehn Partner-Einrichtungen aus der Eingliederungshilfe und der Pflege: Die QualiPEP-Pilotierung.

Aufgrund der Covid-19-Pandemie musste der für April/Mai 2020 geplante Start der Pilotphase allerdings auf August/September 2020 verschoben werden. Inhalt der Pilotierung ist neben der praktischen Überprüfung der Qualitätssicherungsinstrumente und -konzepte ihre Evaluation für ihre Fertigstellung und den Abschluss des Projektes QualiPEP. Die Evaluation erfolgt durch zwei Expert:innen-Interviews je Einrichtung in der Mitte und gegen Ende der fünfmonatigen Pilotphase. Durch diese Zusammenarbeit in der QualiPEP-Pilotierung konnten äußerst wichtige Erkenntnisse und Anregungen zur finalen Überarbeitung der Checklisten gesammelt werden. Durch dieses Vorgehen und aufgrund der über die gesamte Projektlaufzeit partizipative Zusammenarbeit des QualiPEP-Teams mit den relevanten Akteur:innen aus Wissenschaft, Verbänden und Praxis entstanden fundierte, qualitätsgesicherte und praxistaugliche Checklisten zur Prävention und Gesundheitsförderung, zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Förderung der Gesundheitskompetenz für beide Lebenswelten. Sie wurden jeweils in einem QualiPEP-Handbuch für Wohneinrichtungen sowie für stationäre Pflegeeinrichtungen aufbereitet, das auch digital zur Verfügung gestellt werden kann.

Weiterhin wurde ein digitaler Gesundheitskompetenz-Check für die Pflege entwickelt. Hierbei handelt es sich um eine Kurzfassung der Checkliste zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen. Diese können sich mithilfe des Tools einen schnellen, ersten Eindruck verschaffen und erhalten zudem eine Kurzbewertung über die Ergebnisse sowie Handlungsempfehlungen.

Die QualiPEP-Handbücher und der digitale Gesundheitskompetenz-Check für die Pflege wurden dem Bundesministerium für Gesundheit am 22. April 2021 im Rahmen einer digitalen Abschlussveranstaltung übergeben.

Weiterführende Informationen

Website: www.aok-qualipep.de

Gesundheitskompetenz-Check für die Pflege:
www.qualipep-gesundheitskompetenz.de

Ansprechpartner:innen



Anke Tempelmann
Projektleiterin
AOK-Bundesverband

☎ 030 34646-2411
✉ Anke.Tempelmann@bv.aok.de



Dr. Miriam Ströing
Wissenschaftliche Referentin
AOK-Bundesverband

☎ 030 34646-2459
✉ Miriam.Stroeing@bv.aok.de



Christian Hans
Referent, Ansprechpartner für Pflege
AOK-Bundesverband

☎ 030 34646-2415
✉ Christian.Hans@bv.aok.de



Stefanie Vogelsang
Ansprechpartnerin für Eingliederungshilfe
Strategie und Kommunikation im Gesundheitswesen

☎ 0173 246 90 36
✉ mail@vogelsangs.net

Postanschrift:

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Strasse 31, 10178 Berlin

Checkliste

für Prävention und Gesundheitsförderung

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

QualiPEP-Checkliste

Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Einleitung	3
1. Hauptcheckliste	6
2. Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und Ernährung.....	14
3. Körperliche Aktivität	21
4. Stärkung der kognitiven Ressourcen	27
5. Psychosoziale Gesundheit.....	31
6. Prävention von Gewalt / Konflikten	36
7. Bedarfsanalyse	40
8. Prävention und Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements	41
9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess	43
Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise.....	45

Einleitung

Pflegebedürftige Menschen sind eine **verletzliche Zielgruppe**. Mit einer gelingenden, auf ihre besonderen Bedürfnisse abgestimmten **Prävention und Gesundheitsförderung** kann neben der Gesundheit auch ihre **Lebensqualität** gestärkt werden, d.h. die Teilhabe, die Selbstbestimmung und das Wohlbefinden. Eine gestärkte Lebensqualität kann sich wiederum gesundheitsfördernd auswirken.

Die vorliegende **Checkliste** ist im Forschungsprojekt QualiPEP „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ entstanden. Sie soll eine **Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe** sein, wenn Sie Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung für Bewohner:innen **in stationären Pflegeeinrichtungen** entwickeln, umsetzen, verstärken oder optimieren möchten. Dabei geht die Checkliste über die Fördermöglichkeiten durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung hinaus und zeigt alle wichtigen Aspekte einer umfassenden Prävention und Gesundheitsförderung. Auf weiterführende Hilfen, beispielhafte Angebote, Fördermöglichkeiten und Zuständigkeiten wird jeweils verwiesen.

Das Team des Forschungsprojektes QualiPEP hat die Checkliste auf Basis der Leitfäden „Prävention“ und „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes sowie umfangreicher eigener und externer Forschungsarbeiten und Abstimmungsgespräche mit Vertreter:innen aus Praxis und Wissenschaft erstellt. Unter anderem wurden dazu Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen in stationären Pflegeeinrichtungen befragt, welche Bedarfe und Bedürfnisse zur Prävention, Gesundheitsförderung und Lebensqualität vorliegen und welche Hindernisse und Gelingensfaktoren bei durchgeführten Maßnahmen bestehen. Weitere Informationen zum QualiPEP-Projekt finden Sie auf der Internetseite aok-qualipep.de.

Checkliste zur Prävention und Gesundheitsförderung

Mit Hilfe der **Hauptcheckliste** können Sie feststellen, in welchen Bereichen Ihre Einrichtung bereits gut aufgestellt ist und wo Potenzial besteht, Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln, umzusetzen, zu verstärken oder zu optimieren. Hier sind vor allem Qualitätskriterien für **verhältnispräventive Maßnahmen** zu finden, die gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für die Bewohner:innen schaffen sollen.

Fünf weiterführende Teil-Checklisten können Sie gezielt ansteuern, falls Sie sich bereits für spezielle Handlungsfelder und/oder Themen interessieren. Die im Folgenden genannten Handlungsfelder zur Prävention und Gesundheitsförderung könnten für Ihr eigenes themenbezogenes Projekt in Frage kommen. Die jeweilige Bedeutung für die Bewohner:innen ist durch viele Studien nachgewiesen, hängt aber natürlich von den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen Ihrer Bewohner:innen ab, die sich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheiden können.

- Ernährung
- Körperliche Aktivität
- Stärkung kognitive Ressourcen
- Psychosoziale Gesundheit
- Prävention von Gewalt / Konflikten

Hier werden auch Qualitätskriterien für **verhaltenspräventive Maßnahmen** genannt. Prävention und Gesundheitsförderung wirken am besten, wenn verhältnis- und verhaltenspräventive Ansätze kombiniert werden. **Die Checkliste ist so aufgebaut, dass Sie die Hauptcheckliste grundsätzlich anwenden sollten.** Sie dient unter anderem dazu, die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bewohner:innen durch Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu erhöhen.

Die weiteren Teil-Checklisten können je nach Bedarfen und Bedürfnissen oder Prioritäten hinzugenommen werden. Da die genannten Aspekte für teil- und vollstationäre Einrichtungen handhabbar sein sollen und es zudem insgesamt sehr unterschiedliche Pflegeeinrichtungen mit ebenso unterschiedlichen Rahmenbedingungen gibt, sind einzelne Aspekte unter Umständen nicht vollständig passgenau. Sie können die Relevanz für Ihre Einrichtung individuell einschätzen. Gerade zu Beginn kann es hilfreich sein, wenn Sie sich „nicht zu viel vornehmen“, sondern Schritt für Schritt vorgehen. Sie könnten beispielsweise mit vermeintlich kleinen Maßnahmen beginnen, die schnell oder mit überschaubarem Aufwand umsetzbar sind. Am Ende der Checkliste finden Sie Anregungen für die Praxis, Fördermöglichkeiten oder Literaturhinweise, die Ihnen mit kleinen Handlungshilfen, Beispielen aus der Praxis und weiterführenden Hinweisen bei der Planung und Durchführung Ihrer Maßnahmen behilflich sein könnten.

1. Hauptcheckliste

- Übergeordnete Qualitätskriterien
- Entscheidungsfindung und Aufbau von Strukturen
- Wirksamkeit und Nachhaltigkeit

Weitere fünf Teil-Checklisten befassen sich mit den Handlungsfeldern der Prävention und Gesundheitsförderung:

2. Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und Ernährung

3. Körperliche Aktivität

4. Stärkung der kognitiven Ressourcen

5. Psychosoziale Gesundheit

6. Prävention von Gewalt / Konflikten

Sofern Sie sich noch nicht entscheiden konnten oder vorerst den grundsätzlichen Bedarf feststellen möchten, gibt es eine Teil-Checkliste zur Feststellung

konkreter Bedarfe der Bewohner:innen in der Prävention und Gesundheitsförderung:

7. Bedarfsanalyse

Zwei weitere Teil-Checklisten unterstützen bei der längerfristigen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als festen Bestandteil der Einrichtung. Das Management der Einrichtung wird adressiert, um Ressourcen festzulegen. Die letzte Teil-Checkliste widmet sich dem Gesundheitsförderungsprozess für eine dauerhaft (nachhaltig) wirksame Umsetzung. Mit einer wiederholten Anwendung durch die Steuerungsgruppe lässt sich ein nachhaltiger Gesundheitsförderungsprozess durchführen. Die Steuerungsgruppe sollte gemischt besetzt sein und ggf. durch eine externe Prozessbegleitung ergänzt werden, um möglichst alle Perspektiven in Ihrer Einrichtung einbeziehen zu können. Ein weiterer Vorteil am kontinuierlichen Gesundheitsförderungsprozess ist, dass man den Prozess darauf aufbauen kann und voll umfänglich „von vorne beginnen“ muss.

8. Prävention- und Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements

9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess

1. Hauptcheckliste

1.1. Gibt es Handlungsfelder zur Prävention, in denen Sie aktiv werden wollen oder ihre Aktivität verstärken möchten?

Markieren Sie Zutreffendes mit einem .

Ja, und zwar:

- Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und Ernährung (siehe 2. Teil-Checkliste)
- Körperliche Aktivität (siehe 3. Teil-Checkliste)
- Stärkung der kognitiven Ressourcen (siehe 4. Teil-Checkliste)
- Psychosoziale Gesundheit (siehe 5. Teil-Checkliste)
- Prävention von Gewalt / Konflikten (siehe 6. Teil-Checkliste)

- Nein, wir möchten zunächst mehr über die Präventionsbedarfe unserer Bewohner:innen herausfinden (siehe 7. Teil-Checkliste)

1.2. Allgemeine Qualitätskriterien zur Prävention und Gesundheitsförderung¹

Nun werden Qualitätskriterien benannt. Sollten diese bereits erfüllt werden, können Sie sie mit einem Haken ✓ markieren. So können Sie feststellen, wo die Einrichtung bereits auf einem guten Weg ist. Die offenbleibenden Punkte zeigen Entwicklungspotenziale. Zur Veranschaulichung bzw. als Anregung finden Sie in der Spalte rechts daneben Beispiele aus verschiedenen Einrichtungen. Ganz rechts finden Sie eine Spalte für eigene Anmerkungen. Hier können Sie bspw. Ideen für Maßnahmen eintragen oder angeben, falls Kriterien für Ihre Einrichtung irrelevant sind.

Gesundheitsförderliche Umgebung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.1. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine interne Infrastruktur, die Mobilität fördert.	z.B. genügend Fahrstühle, Transportdienste, Ermöglichung von Spaziergängen, Gartenanlage	
1.2.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt sicher, dass sich alle Bewohner:innen und Angehörigen im Gebäude zurechtfinden.	z.B. Farbleitsystem für demenziell Erkrankte	
1.2.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt genügend geeignete Transportmöglichkeiten für die Bewohner:innen bereit.		
1.2.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht einen Zugang zur öffentlichen Infrastruktur.	z.B. Verkehrsmittel, Park, Natur, Friedhof, Bibliothek	

¹ Unabhängig von den Handlungsfeldern zur Prävention und Gesundheitsförderung gibt es allgemeine Maßnahmen und Rahmenbedingungen, um eine Einrichtung gesundheitsförderlich zu gestalten.

Personelle Gegebenheiten / Gestaltung der Arbeitsabläufe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für ausreichend personelle Ressourcen (inkl. Betreuungskräfte) zur Pflege und Betreuung der Bewohner:innen. Freiwillig engagierte Personen, Angehörige und weitere Bezugspersonen bezieht sie ebenfalls ein.	z.B. für Gespräche, zur Begleitung in den Park, zum Friedhof, zum Arzt	
1.2.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt bedarfsbezogen auch die speziellen Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter:innen mit Migrationshintergrund.	z.B. bei Übersetzungen helfen, für kulturelle Unterschiede sensibilisieren	
1.2.7. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung achtet darauf, dass Mitarbeiter:innen geschult sind bzw. stellt Schulungen zur Verfügung: <ul style="list-style-type: none"> • zum Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner:innen und • zur Prävention von Gewalt und Konflikten 	z.B. für neue Mitarbeiter:innen, zur Vertiefung	
1.2.8. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung achtet darauf, dass im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen und zur Gewaltprävention geschulte Mitarbeiter:innen ihr Wissen als Multiplikator:innen weitergeben.	z.B. zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter:innen, zur Weitergabe von Informationen in Teambesprechungen	

Soziale Teilhabe und lebensweltübergreifende Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.9. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung führt zur Förderung der sozialen Teilhabe einrichtungübergreifende Aktivitäten, Präventionsangebote und Veranstaltungen durch, d.h. gemeinsam mit Menschen, die keine Bewohner:innen sind.	z.B. Öffnung des Hauses für Gäste (z.B. Mittagstisch), Veranstaltungen mit Gästen	
1.2.10. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung fördert Kooperationen für einrichtungübergreifende Aktivitäten.	z.B. Besuchsdienste, Besuche von Schulklassen, Veranstaltungen mit der Kommune, der Kirche oder dem Ortsverein	
1.2.11. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung entwickelt Aktivitäten, Präventionsangebote etc. gemeinsam mit den Bewohner:innen, um sie an ihre Interessen und Kompetenzen und an ihre Vorstellungen von sinnhaften Aktivitäten anzupassen.	z.B. Wunsch, gemeinsam zu Musizieren, dabei gemeinsame Auswahl der Lieder	
1.2.12. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht Flexibilität für spontane Aktivitäten und unterschiedliche Interessengruppen.	z.B. Ausflüge bei schönem Wetter, mit freiwillig Engagierten (siehe auch 1.2.5)	

Selbstbestimmung durch Förderung von Selbständigkeit und Wahrung der Privatsphäre			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.13. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen fördern die individuell vertretbare, größtmögliche Mobilisierung der Bewohner:innen.		
1.2.14. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung erkennt Wohnräume der Bewohner:innen als Privatsphäre an.	z.B. Anklopfen vor Betreten der Wohnräume	
1.2.15. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen informieren Bewohner:innen über externe Termine und sprechen sie mit ihnen ab.	z.B. mit Ärztinnen/Ärzten, Therapeut:innen	
1.2.16. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass Essens- und Ruhezeiten möglichst flexibel sind und den Bedürfnissen der Bewohner:innen entsprechen.		
1.2.17. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen binden Bewohner:innen in Alltagsaktivitäten ein.	z.B. Vogelhaus betreuen, Wohneinrichtung dekorieren, Unterstützung bei Festivitäten	

1.3. Entscheidungsfindung und Aufbau von Strukturen ²			
✓	Qualitätskriterien	Weiterführende Checklisten	Eigene Anmerkungen
1.3.1. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sensibilisiert Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Sie trifft eine klare Entscheidung zu ihrer Umsetzung.	siehe 8. Teil-Checkliste	
1.3.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung übernimmt Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung.		
1.3.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung unterstützt Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.		
1.3.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung unterstützt die Messung der Wirkung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.		
1.3.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung setzt einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess um.	siehe 9. Teil-Checkliste	

² Für eine nachhaltige, wirksame Prävention und Gesundheitsförderung ist es wichtig, dass sich sowohl die Einrichtungsleitung als auch die Vertretung der Mitarbeiter:innen und der Heimbeirat gemeinsam darauf verständigen. Prävention und Gesundheitsförderung sollte ein fester Bestandteil der Einrichtungskultur werden. Gerade durch einen fortlaufenden und partizipativen Gesundheitsförderungsprozess können Sie eine effiziente Gesundheitsförderung sicherstellen. Je länger der Prozess als fester Bestandteil der Einrichtung erfolgt, Prävention und Gesundheitsförderung immer wieder angepasst und als Selbstverständlichkeit wahrgenommen wird, desto nachhaltiger wirken die Maßnahmen.

1.4. Wirksamkeit und Nachhaltigkeit³

Wirksamkeit

Zur Messung der Wirksamkeit können neben Befragungen und Gesprächen mit Bewohner:innen, Angehörigen oder durch Arbeitsgruppen auch vorhandene Daten / Informationen der Einrichtung genutzt werden (z.B. Pflegegrade / Erkrankungen / allg. Dokumentation wie Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätprüfsystems in der stationären Pflege).

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.4.1. <input type="checkbox"/>	<p>Die zielgruppen- und maßnahmengerechten Strukturen haben sich seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, verbessert, d.h. der Erfüllungsgrad folgender Aspekte ist gestiegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gesundheitsförderliche Umgebung (siehe 1.2.1-1.2.4) • personelle Gegebenheiten (siehe 1.2.5-1.2.8) • soziale Teilhabe (siehe 1.2.9-1.2.12) • Selbstbestimmung (siehe 1.2.13-1.2.17) 	siehe oben „1.2 allgemeine Qualitätskriterien zur Prävention und Gesundheitsförderung“	
1.4.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt eine Verbesserung der Lebensqualität bzgl. sozialer Teilhabe, Selbstbestimmung sowie körperlichem und psychischem Wohlbefinden seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	siehe z.B. Anregungen für die Praxis zur 1. Hauptcheckliste zum GKV-Spitzenverband (2019)	
1.4.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt eine Verbesserung der Mobilität seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.		

³ Für eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung sollten die hierfür umgesetzten Maßnahmen auf Ihre Wirksamkeit überprüft und ggf. angepasst werden.

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.4.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	siehe z.B. Anregungen für die Praxis zur 1. Hauptcheckliste zum GKV-Spitzenverband (2019) z.B. Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Suchtmittelkonsum, psychosoziale Gesundheit	
1.4.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	siehe z.B. Anregungen für die Praxis zur 1. Hauptcheckliste zum GKV-Spitzenverband (2019)	
Nachhaltigkeit			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.4.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung setzt einen strukturierten, fortlaufenden Gesundheitsförderungsprozess um.		
1.4.7. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung bringt Prävention und Gesundheitsförderung als festes Thema in eine (ggf. neue) Steuerungsgruppe ein.		
1.4.8. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung setzt den Gesundheitsförderungsprozess gemeinsam mit den Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen um.		
1.4.9. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung qualifiziert Mitarbeiter:innen und weitere Betreuungspersonen zur dauerhaften Durchführung von Präventionsangeboten.		
1.4.10. <input type="checkbox"/>	Die zur Durchführung von Präventionsangeboten qualifizierten Mitarbeiter:innen handeln auch als Multiplikator:innen.		
1.4.11. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtungen nutzt Kooperationen.		

2. Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und Ernährung

Ziel: Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung

Pflegebedürftige Menschen profitieren sehr von einer altersspezifischen, gesundheitsfördernden Ernährung. Erkrankungen und altersbedingte Veränderungen, die die Nahrungsaufnahme erschweren oder den Energie- bzw. Nährstoffbedarf erhöhen, erhöhen zugleich das Risiko einer Mangel- oder Fehlernährung. Eine gesundheitsfördernde Ernährung und eine bedarfsgerechte Gemeinschaftsverpflegung können zu einer Milderung vorliegender Erkrankungen oder Gebrechlichkeit beitragen und zugleich die soziale Teilhabe und das psychische Wohlbefinden fördern (vgl. GKV-Spitzenverband 2020b: 14f.).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Kurse

z.B. Kochgruppe

Beratung

z.B. Ernährungsberatung



*ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.1 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung entwickelt die Speisepläne unter Einbeziehung der Bewohner:innen.	z.B. durch den Heimbeirat, Berücksichtigung der Essbiografie der Bewohner:innen, Befragung, Wunschliste	
2.2 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung berücksichtigt die Essbiografie der Bewohner:innen bei der Speiseplanerstellung. Die Essbiografie wird kontinuierlich aktualisiert und weitergeführt.	z.B. bei der Aufnahme, ethnische und kulturelle Besonderheiten, Essrituale zu besonderen Anlässen (Geburtstag), Lieblingsspeisen mit saisonalem und regionalem Bezug, individuelle Abneigungen und Unverträglichkeiten (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 2. Teil-Checkliste zum DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen)	
2.3 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht ein breites Angebot in der Gemeinschaftsverpflegung für mehr Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmtheit der Bewohner:innen.		
2.4 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert bedarfsbezogen und in Absprache mit der/dem Bewohner:in und ggf. der/m zuständigen Ärztin/Arzt Ernährungskurse oder -beratung.	z.B. bei Mangelernährung, Übergewicht, in Fallbesprechungen	
2.5 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beachtet den Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), um Mangelernährung zu vermeiden.	siehe auch Anregungen für die Praxis zur 2. Teil-Checkliste zum Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ des DNQP	
2.6 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung orientiert sich bei der Verpflegung und der Flüssigkeitszufuhr an Qualitätsstandards sowie an den Bedarfen und Bedürfnissen der Bewohner:innen. Bei der Auswahl externer Lieferanten (Caterer) werden die Kriterien berücksichtigt.	z.B. Qualitätsstandards der DGE für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 2. Teil-Checkliste)	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.7 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine angemessene sensorische Qualität des Essens (Aussehen, Geschmack, Konsistenz).	z.B. kurze Warmhaltezeiten, appetitanregende Präsentation der Speisen, Erhalt des für die Lebensmittel typischen Geschmacks, möglichst bissfeste Konsistenz und Anpassung bei Kau- und Schluckbeschwerden, Erkennbarkeit und realistische Konsistenz des Essens auch im pürierten Zustand („ein Schnitzel sollte aussehen wie ein Schnitzel“), angemessene Portionen (zu große Portionen können abschreckend wirken)	
Soziale Teilhabe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.8 <input type="checkbox"/>	Bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen achtet die Einrichtung darauf, dass gemeinschaftsbildende Aktivitäten in die Angebote einbezogen werden, um neben Gesundheit auch soziale Teilhabe, soziale Netzwerke und Wohlbefinden zu fördern. Hierzu organisiert die Einrichtung Präventionsangebote, <ul style="list-style-type: none"> • die außerhalb der Einrichtung stattfinden und/oder • für externe Teilnehmende geöffnet sind. 	z.B. Förderung des Essens in der Gemeinschaft, Kochgruppe, gemeinsam Backen, gemeinsam mit Senior:innen, die nicht in der Einrichtung leben	
2.9 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt zur Durchführung lebensweltübergreifender Ernährungsangebote aktive Kooperationen.	z.B. mit Volkshochschulen, Kirchen, Ortsvereinen	
2.10 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht bedarfsbezogen allen Bewohner:innen die Teilnahme an Kursen oder ähnlichen Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Ernährung und Verpflegung, insb. auch Bewohner:innen mit Demenz.	z.B. gemeinsames Kochen oder Backen	

Personelle Gegebenheiten / Gestaltung der Arbeitsabläufe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.11 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen aus dem Kreis der Mitarbeiter:innen bzw. externe Angebotsleiter:innen verfügen über eine fachliche und pädagogische Qualifikation zur Förderung einer gesunden, ausgewogenen und bedarfsbezogenen Ernährung im Alter.		
2.12 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen sind im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner:innen geschult, um ihnen so die Teilnahme zu ermöglichen.	z.B. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (siehe Anregungen für die Praxis zur 2. Teil-Checkliste)	
2.13 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung von Ernährungsangeboten einbezogen.	z.B. Teamsitzungen, Arbeitsgruppen	
2.14 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für Schulungen (z.B. Küchenpersonal, Personal der Hauswirtschaft) zur Umsetzung der aktuellen Empfehlungen (D-A-CH) und des DGE-Standards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen.	z.B. Essen und Trinken bei Kau- und Schluckbeschwerden	
2.15 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen sind zum Thema gesunde und ausgewogene Ernährung im Alter sowie gesundheitsrechtliche Verpflegung im Alltag geschult.	z.B. zur Flüssigkeitszufuhr „Trinken – mehr als Durstlöscher“	
2.16 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen aus den einzelnen Wohnbereichen/Stationen kennen die Anforderungen an die Mahlzeiten der einzelnen Bewohner:innen. Mindestens ein:e Mitarbeiter:in je Bereich/Station kann Fragen zu vollwertiger Ernährung, verschiedenen Kostformen und Diäten beantworten.	z.B. Essen und Trinken bei Demenz, Ernährung bei Diabetes, Lebensmittelunverträglichkeit	
2.17 <input type="checkbox"/>	Die Essenszeiten sind so festgelegt, dass die Mahlzeiten möglichst zeitflexibel und dem individuellen Alltag der Bewohner:innen entsprechend verzehrt werden können.	z.B. Abendessen zwischen 17.30 und 19.00 Uhr, bei Beeinträchtigungen mit Einfluss auf das Essen und Trinken steht ausreichend Zeit zur Hilfe zur Verfügung, eine Mahlzeit kann unabhängig von den festgelegten Zeiten erfolgen, Spät- und Nachtmahlzeiten sind möglich	

Räumlichkeiten und bauliche Gegebenheiten			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.18 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung (Essatmosphäre) der Kantine/des Restaurants und der Sozialräume.	z.B. helle Räume, angemessene Tischdekoration, Stühle mit Armlehnen	
2.19 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über möglichst barrierefreie Räumlichkeiten mit einer angemessenen Größe zur Durchführung von Ernährungs- und Kochangeboten.	z.B. für Kurse zum Umgang mit Diabetes	
2.20 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über eine geeignete Ausstattung zur Durchführung von Ernährungsangeboten.	z.B. Möglichkeiten zum Kochen bzw. Zubereiten von Speisen	
Niedrigschwellige Teilnahme			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.21 <input type="checkbox"/>	Personalwechsel bei den Angebotsleiter:innen werden vermieden.	z.B. Mitarbeiter:innen der Einrichtung führen Ernährungsangebote durch	
2.22 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verteilt die verschiedenen Ernährungsangebote zeitlich über den Tag.		
2.23 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert eine möglichst breite Auswahl an Ernährungsangeboten.		
2.24 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen motivieren die Bewohner:innen fortlaufend und individuell zur Teilnahme an den Ernährungsangeboten.	z.B. die Bezugspfleger:innen	

Wahrung der Selbstbestimmung			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.25 <input type="checkbox"/>	Für die Bewohner:innen ist die Teilnahme an den Ernährungsangeboten und der Gemeinschaftsverpflegung freiwillig.	z.B. freie Entscheidung über die Essensmenge	
2.26 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beteiligt die Bewohner:innen an der Entwicklung von Ernährungsangeboten.	z.B. Befragungen, über den Heimbeirat und darüber hinaus, Möglichkeit für Wunschessen	
Wirksamkeit			
Zur Messung der Wirksamkeit können neben Befragungen und Gesprächen mit Bewohner:innen, Angehörigen oder durch Arbeitsgruppen auch vorhandene Daten / Informationen der Einrichtung genutzt werden (z.B. Pflegegrade / Erkrankungen / allg. Dokumentation wie Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfsystems in der stationären Pflege).			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.27 <input type="checkbox"/>	Die Bewohner:innen nutzen die Ernährungsangebote.	z.B. die Teilnehmenden nehmen 80% der Kurseinheiten wahr, Nachbefragung, Feedbackbogen, Fragebogen	
2.28 <input type="checkbox"/>	Die Bewohner:innen nutzen die Gemeinschaftsverpflegung und bewerten sie positiv.	z.B. Befragung	
2.29 <input type="checkbox"/>	Eine Diversität der Teilnehmenden an Ernährungsangeboten bzw. Gemeinschaftsverpflegung liegt vor, d.h. die Angebote sind für alle Bewohner:innen offen und angepasst.	z.B. auch demenziell erkrankte Teilnehmende	
2.30 <input type="checkbox"/>	Die Teilnehmenden bewerten die Ernährungsangebote bzw. die Gemeinschaftsverpflegung positiv.	z.B. Nachbefragung, Feedbackbogen, Fragebogen	
2.31 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen bedarfsbezogen eine Verbesserung des Ernährungsstatus seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. anhand der regelmäßigen Beobachtung von Ernährungsverhalten und Ernährungszustand anhand des Screenings im Rahmen des MDS-Prüfverfahrens	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.32 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung des Ernährungsverhaltens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	
2.33 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Form des Wohlbefindens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	

3. Körperliche Aktivität

Ziel: Steigerung der körperlichen Aktivität der Pflegebedürftigen

Körperliche Aktivität hat viele positive Effekte auf die Gesundheit. Für pflegebedürftige Menschen trägt sie zum Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Durchführbarkeit der Aktivitäten des täglichen Lebens bei. Sie kann zudem die kognitiven Ressourcen stärken und die Prävention zusätzlicher Erkrankungen unterstützen. Sie trägt auch zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie zur Erhaltung und Förderung der Mobilität bei. Darüber hinaus können neben dem körperlichen auch das psychische Wohlbefinden und die soziale Teilhabe gefördert werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2020b: 15f., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2013, 2014, 2017).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Kurse

z.B. Kraft- und Balancetraining, Sitztanz, (Sitz-)Gymnastik, Thai Chi, Training für Rollstuhlfahrer:innen / Gehbehinderte, Rollatorentaining, Bewegungsspiele, Gehtraining, Koordinationstraining, Kegeln

Lebensweltübergreifende Kurse

z.B. Tanznachmittage außerhalb der Einrichtung gemeinsam mit Senior:innen, die nicht in der Einrichtung leben, (Reha-)Sport gemeinsam mit externen Teilnehmenden

*ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung


✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.1 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtungen nutzt Kooperationen zur Durchführung von Bewegungsangeboten.	z.B. Sportverein, Tanzverein	
3.2 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat ein Konzept zur Förderung der körperlichen Aktivität und Mobilität.	z.B. Bewegungsprogramme in Gruppen, Förderung der körperlichen Aktivität im Alltag, Sturzprävention, Angebote zur Förderung der Bewegung und Kognition	
Soziale Teilhabe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.3 <input type="checkbox"/>	Bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen achtet die Einrichtung darauf, dass gemeinschaftsbildende Aktivitäten in die Angebote einbezogen werden, um neben Gesundheit auch soziale Teilhabe, soziale Netzwerke und Wohlbefinden zu fördern. Hierzu organisiert die Einrichtung Bewegungsangebote, <ul style="list-style-type: none"> • die außerhalb der Einrichtung stattfinden und/oder • für externe Teilnehmende geöffnet sind. 	z.B. Angebote im Quartier, „Senior:innentanz“ gemeinsam mit Senior:innen, die nicht in der Einrichtung leben, Mobilitätstraining, u.a. auf den Wochenmarkt gehen	
3.4 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt Kooperationen zur Durchführung lebensweltübergreifender Bewegungsangebote.	z.B. Rehasport mit Sportverein, Senior:innengymnastik	
3.5 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht allen Bewohner:innen die Teilnahme an den Bewegungsangeboten, d.h. mit jeglichen Einschränkungen der Mobilität sowie kognitiv, insbesondere auch mit Demenz.	z.B. Kraft- und Balancetraining, Sitztanz, Senior:innen-Sport-Parcours, Tanzveranstaltung unter Einbindung demenziell erkrankter Bewohner:innen	

Personelle Gegebenheiten / Gestaltung der Arbeitsabläufe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.6 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen aus dem Kreis der Mitarbeiter:innen bzw. externe Angebotsleiter:innen verfügen über eine fachliche und pädagogische Qualifikation.	z.B. Einweisung in Sportgeräte, Trainingsleitung, Übungsleiterschein	
3.7 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen sind im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner:innen geschult, um ihnen so die Teilnahme zu ermöglichen.	z.B. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 3. Teil-Checkliste)	
3.8 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung von Bewegungsangeboten einbezogen.	z.B. Teamsitzungen, Arbeitsgruppen	
Räumlichkeiten und bauliche Gegebenheiten			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.9 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über möglichst barrierefreie, geeignete Räumlichkeiten mit einer angemessenen Größe zur Durchführung von Bewegungsangeboten.	z.B. geeigneter Raum zum Turnen	
3.10 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über eine geeignete und bewegungsförderliche Ausstattung zur Durchführung von Bewegungsangeboten und zur Förderung der Mobilität ihrer Bewohner:innen.	z.B. Gymnastikmatten, Sportgeräte, Sport-Parcours im Garten der Einrichtung	
3.11 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung erstellt ein Konzept, um langfristig eine bewegungsfördernde Infrastruktur aufzubauen.	z.B. Gartenanlage zum Spaziergehen, ggf. Begleitung durch Betreuungskräfte beim Spaziergang	

Niedrigschwellige Teilnahme			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.12 <input type="checkbox"/>	Personalwechsel bei den Angebotsleiter:innen werden vermieden.	z.B. Mitarbeiter:innen der Einrichtung führen Angebote zur Bewegungsförderung durch, es gibt dauerhaft angelegte Kooperationen mit Vereinen	
3.13 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht und fördert die Schulung von Mitarbeiter:innen als Angebotsleiter:innen.		
3.14 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verteilt die verschiedenen Bewegungsangebote zeitlich über den Tag.		
3.15 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert eine möglichst breite Auswahl an Bewegungsangeboten.		
3.16 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine kostenfreie oder zumindest kostengünstige Teilnahme.		
3.17 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen motivieren die Bewohner:innen fortlaufend und individuell zur Teilnahme an den Bewegungsangeboten.	z.B. Bezugspfleger:innen	
Wahrung der Selbstbestimmung			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.18 <input type="checkbox"/>	Für die Bewohner:innen ist die Teilnahme an Bewegungsangeboten freiwillig.		
3.19 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beteiligt die Bewohner:innen an der Entwicklung von Bewegungsangeboten.	z.B. über den Heimbeirat und darüber hinaus	

Wirksamkeit

Zur Messung der Wirksamkeit können neben Befragungen und Gesprächen mit Bewohner:innen, Angehörigen oder durch Arbeitsgruppen auch vorhandene Daten / Informationen der Einrichtung genutzt werden (z.B. Pflegegrade / Erkrankungen / allg. Dokumentation wie Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfsystems in der stationären Pflege).

	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.20 <input type="checkbox"/>	Die Bewohner:innen nutzen die Bewegungsangebote.	z.B. die Teilnehmenden nehmen 80% der Kurseinheiten wahr	
3.21 <input type="checkbox"/>	Eine Vielfalt der Teilnehmenden liegt vor, d.h. die Angebote sind für alle Bewohner:innen offen und angepasst.	z.B. auch demenziell erkrankte Teilnehmende	
3.22 <input type="checkbox"/>	Die Teilnehmenden bewerten die Bewegungsangebote positiv.	z.B. Nachbefragung, Feedbackbogen, Fragebogen	
3.23 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Steigerung der Aktivitäten zur Durchführung des täglichen Lebens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	
3.24 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung der Mobilität seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	
3.25 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung des Bewegungsstatus seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	
3.26 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.27 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Form der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	

4. Stärkung der kognitiven Ressourcen

Ziel: Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen

Unter pflegebedürftigen Menschen findet sich ein hoher Anteil an Personen mit demenzieller Erkrankung sowie dem allgemeinen Risiko kognitiver Einbußen. Neben körperlicher Aktivität ist eine gezielte Stärkung der kognitiven Ressourcen hilfreich für die Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen (vgl. GKV-Spitzenverband 2020b: 16f.). Beispiele sind gezieltes Gehirntraining mit Denksportaufgaben, Musik und Tanz in der Gruppe, körperliche Aktivität und die Förderung sozialer Kontakte. Auch eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Flüssigkeit sind förderlich, die geistigen Fähigkeiten zu erhalten (vgl. Zentrum für Qualität in der Pflege 2019).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Kurse

z.B. Gedächtnistraining, kognitive Stimulationstherapie (CST), Singkreis, musizieren, basteln

Veranstaltungen



z.B. Reiseberichte

*ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

4. Stärkung der kognitiven Ressourcen			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.1 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung gewährleistet für Bewohner:innen mit und ohne demenzielle Erkrankung eine gezielte, den Fähigkeiten entsprechende Stärkung der kognitiven Ressourcen.	z.B. durch das Wecken des Erinnerungsvermögens durch Reiseberichte, bekannte Musik oder Tanz	
4.2 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat ein Konzept zur Stärkung der kognitiven Ressourcen.	z.B. durch Angebote mit kognitiven und körperlichen Aktivitäten, die die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern, bspw. das Wecken des Erinnerungsvermögens (siehe oben)	

Soziale Teilhabe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.3 <input type="checkbox"/>	Bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen achtet die Einrichtung darauf, dass gemeinschaftsbildende Aktivitäten in die Angebote einbezogen werden, um neben Gesundheit auch soziale Teilhabe, soziale Netzwerke und Wohlbefinden zu fördern. Hierzu organisiert die Einrichtung Präventionsangebote, <ul style="list-style-type: none"> • die außerhalb der Einrichtung stattfinden und/oder • für externe Teilnehmende geöffnet sind. 	z.B. gemeinsam mit Senior:innen, die nicht in der Einrichtung leben, generationenübergreifend mit Kindern	
4.4 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt zur Durchführung lebensweltübergreifender Präventionsangebote aktive Kooperationen.	z.B. Kindergarten, Schule	
4.5 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht allen Bewohner:innen die Teilnahme an den Angeboten zur Stärkung der kognitiven Ressourcen, insbesondere auch Bewohner:innen mit Demenz.		
Personelle Gegebenheiten / Gestaltung der Arbeitsabläufe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.6 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen aus dem Kreis der Mitarbeiter:innen bzw. externe Angebotsleiter:innen verfügen über eine fachliche und pädagogische Qualifikation.		
4.7 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen sind im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner:innen geschult, um ihnen so die Teilnahme zu ermöglichen.	z.B. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 4. Teil-Checkliste)	
4.8 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung von Präventionsangeboten einbezogen.	z.B. Teamsitzungen, Arbeitsgruppen	

Räumlichkeiten und bauliche Gegebenheiten			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.9 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über möglichst barrierefreie, geeignete Räumlichkeiten mit einer angemessenen Größe zur Durchführung von Angeboten zur Stärkung der kognitiven Ressourcen.	z.B. Gruppenraum	
4.10 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über eine geeignete Ausstattung zur Durchführung von Angeboten zur Stärkung der kognitiven Ressourcen.	z.B. Beamer	
Niedrigschwellige Teilnahme			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.11 <input type="checkbox"/>	Personalwechsel bei den Angebotsleiter:innen werden vermieden.	z.B. Mitarbeiter:innen der Einrichtung führen Angebote zur Stärkung der kognitiven Ressourcen durch	
4.12 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verteilt die verschiedenen Angebote zur Stärkung kognitiver Ressourcen zeitlich über den Tag.		
4.13 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert eine möglichst breite Auswahl an Angeboten zur Stärkung der kognitiven Ressourcen.		
4.14 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine kostenfreie oder zumindest kostengünstige Teilnahme.		
4.15 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen motivieren die Bewohner:innen fortlaufend und individuell zur Teilnahme an den Angeboten zur Stärkung der kognitiven Ressourcen.	z.B. Bezugspfleger:innen	

Wahrung der Selbstbestimmung			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.16 <input type="checkbox"/>	Für die Bewohner:innen ist die Teilnahme an Angeboten freiwillig.		
4.17 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beteiligt die Bewohner:innen an der Angebotsentwicklung.	z.B. über den Heimbeirat und darüber hinaus	
Wirksamkeit			
Zur Messung der Wirksamkeit können neben Befragungen und Gesprächen mit Bewohner:innen, Angehörigen oder durch Arbeitsgruppen auch vorhandene Daten / Informationen der Einrichtung genutzt werden (z.B. Pflegegrade / Erkrankungen / allg. Dokumentation wie Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfsystems in der stationären Pflege).			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.18 <input type="checkbox"/>	Die Bewohner:innen nutzen die Angebote zur Stärkung der kognitiven Ressourcen.	z.B. die Teilnehmenden nehmen 80% der Kurseinheiten wahr	
4.19 <input type="checkbox"/>	Eine Vielfalt der Teilnehmenden liegt vor, d.h. die Angebote sind für alle Bewohner:innen offen und angepasst.	z.B. auch demenziell erkrankte Teilnehmende	
4.20 <input type="checkbox"/>	Die Teilnehmenden bewerten die Angebote zur Stärkung der kognitiven Ressourcen positiv.	z.B. Nachbefragung, Feedbackbogen, Fragebogen	
4.21 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Steigerung der Aktivitäten zur Durchführung des täglichen Lebens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	
4.22 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Form der kognitiven Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	

5. Psychosoziale Gesundheit

Ziel: Stärkung der psychosozialen Gesundheit durch Stärkung der Resilienz

Die wohl relevanteste psychische Erkrankung in der stationären Pflege sind Depressionen, die besonders häufig bei Alzheimer-Demenz und der Parkinson'schen Erkrankung auftreten. Bspw. durch Gruppen-Freizeitaktivitäten kann das Wohlbefinden erhöht werden. Die Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit kann sich ebenfalls positiv auf die psychosoziale Gesundheit auswirken. Hierzu wird die Ermöglichung zur Teilhabe an sinnhaft empfundenen, sozial anerkannten Aktivitäten empfohlen. Als weiteres relevantes Thema in Bezug auf psychische Erkrankungen wird die Suchtmittelprävention, insbesondere in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Medikamentenmissbrauch in das Handlungsfeld psychosoziale Gesundheit aufgenommen (vgl. GKV-Spitzenverband 2020b: 17f.).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Kurse

z.B. QiGong, Yoga, Entspannungsrunde, Tanznachmittag, Senior:innennachmittag, Singkreis, musizieren, basteln, Kochgruppe

Veranstaltungen

z.B. Hauskonzerte, Ausflüge

Suchtprävention

z.B. Selbsthilfegruppen, individuelle Betreuung

*ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.1 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung richtet die Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit an den Interessen der Bewohner:innen aus und fördert so die Teilhabe an sozial anerkannten Aktivitäten.	z.B. gemeinsam eigene Rezepte kochen, singen, tanzen, Ausflüge in die Natur, Weihnachtsfeier, Angehörigen-Treffen	
5.2 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat ein Konzept zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.	z.B. Singkreis, Tanznachmittag	
5.3 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung bindet die Prävention von Suchtmittelmissbrauch, insb. Medikamentenabhängigkeit, in das Konzept zur Förderung der psychosozialen Gesundheit ein.	z.B. Beobachtung und Beratungsgespräche durch Mitarbeiter:innen, Einbezug der Ärztin / des Arztes	
5.4 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt Kooperationen zur Prävention von Suchtmittelmissbrauch.	z.B. Selbsthilfegruppe, Suchtklinik, Suchtberatung der Kommune	
Soziale Teilhabe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.5 <input type="checkbox"/>	Bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen achtet die Einrichtung darauf, dass gemeinschaftsbildende Aktivitäten in die Angebote einbezogen werden, um neben Gesundheit auch soziale Teilhabe, soziale Netzwerke und Wohlbefinden zu fördern. Hierzu organisiert die Einrichtung Präventionsangebote, <ul style="list-style-type: none"> • die außerhalb der Einrichtung stattfinden und/oder • für externe Teilnehmende geöffnet sind. 	z.B. gemeinsam mit Senior:innen, die nicht in der Einrichtung leben, generationenübergreifend mit Kindern	
5.6 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt zur Durchführung lebensweltübergreifender / externer Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit aktive Kooperationen.	z.B. Besuch vom Kindergarten, Aufführung von Schulkindern, Selbsthilfegruppe zur Trauerbewältigung	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.7 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht allen Bewohner:innen die Teilnahme an den Präventionsangeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit, insbesondere auch mit Demenz.		
Personelle Gegebenheiten / Gestaltung der Arbeitsabläufe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.8 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen aus dem Kreis der Mitarbeiter:innen bzw. externe Angebotsleiter:innen verfügen über eine fachliche und pädagogische Qualifikation.		
5.9 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen sind im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner:innen geschult, um ihnen so die Teilnahme zu ermöglichen.	z.B. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 5. Teil-Checkliste)	
5.10 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung von Angeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit einbezogen.	z.B. Teamsitzungen, Arbeitsgruppen	
Räumlichkeiten und bauliche Gegebenheiten			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.11 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über möglichst barrierefreie, geeignete Räumlichkeiten mit einer angemessenen Größe zur Durchführung von Angeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.	z.B. Gruppenraum zum Tanzen bzw. Singen	
5.12 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über eine geeignete Ausstattung zur Durchführung von Angeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.	z.B. Gymnastikmatten, Musikinstrumente	

Niedrigschwellige Teilnahme			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.13 <input type="checkbox"/>	Personalwechsel bei den Angebotsleiter:innen werden vermieden.	z.B. Mitarbeiter:innen der Einrichtung führen Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit durch	
5.14 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verteilt die verschiedenen Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit zeitlich über den Tag.		
5.15 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert eine möglichst breite Auswahl an Angeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.		
5.16 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine kostenfreie oder zumindest kostengünstige Teilnahme.		
5.17 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen motivieren die Bewohner:innen fortlaufend und individuell zur Teilnahme an Angeboten zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.	z.B. Bezugspfleger:innen	
Wahrung der Selbstbestimmung			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.18 <input type="checkbox"/>	Für die Bewohner:innen ist die Teilnahme an Angeboten freiwillig.		
5.19 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beteiligt die Bewohner:innen an der Angebotsentwicklung.	z.B. über den Heimbeirat und darüber hinaus	

Wirksamkeit

Zur Messung der Wirksamkeit können neben Befragungen und Gesprächen mit Bewohner:innen, Angehörigen oder durch Arbeitsgruppen auch vorhandene Daten / Informationen der Einrichtung genutzt werden (z.B. Pflegegrade / Erkrankungen / allg. Dokumentation wie Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfsystems in der stationären Pflege).

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.20 <input type="checkbox"/>	Die Bewohner:innen nutzen die Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit.	z.B. die Teilnehmenden nehmen 80% der Kurseinheiten wahr	
5.21 <input type="checkbox"/>	Eine Vielfalt der Teilnehmenden liegt vor, d.h. die Angebote sind für alle Bewohner:innen offen und angepasst.	z.B. auch demenziell erkrankte Teilnehmende	
5.22 <input type="checkbox"/>	Die Teilnehmenden bewerten die Angebote zur Förderung der psychosozialen Gesundheit positiv.	z.B. Nachbefragung, Feedbackbogen, Fragebogen	
5.23 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Steigerung der Aktivitäten zur Durchführung des täglichen Lebens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	
5.24 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung, die Teilnehmenden, die Angehörigen o.ä. Personen stellen eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Form des Wohlbefindens seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Nutzung vorliegender Ergebnisse, bestehender Dokumentationen etc.	

6. Prävention von Gewalt / Konflikten

Ziel: Vermeidung von Gewaltereignissen und gesundheitlichen Folgen

Gewalt gegen und durch Pflegebedürftige bedingen sich oft wechselseitig. Sie kann viele Formen annehmen. Gewalt wird ausgeübt, sobald Personen durch Krisen- und Konfliktsituationen physisch oder psychisch verletzt werden. Dabei kann es sich um verbale Formen, herausforderndes Verhalten oder um tätliche Übergriffe handeln. Gewaltprävention beschränkt sich daher nicht auf die Verhinderung körperlicher Gewalt, sondern setzt auf den professionellen Umgang mit jeglichem herausfordernden Verhalten. In einigen Bundesländern ist es Pflegeeinrichtungen vorgeschrieben, Konzepte für gewaltfreie Pflege vorzulegen (z.B. Hessen) (vgl. GKV-Spitzenverband 2020b: 18f., Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2020).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Umgang mit Vorfällen



z.B. anonymes Beschwerdemanagement, Ausbildung und Einsatz von Konfliktlotsen

*ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.1 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat ein Konzept zur Prävention von Gewalt / Konflikten. Dabei beachtet sie, dass dies sowohl Bewohner:innen als auch Mitarbeiter:innen betrifft und die Datenschutzbestimmungen / Anonymität gewahrt werden.	z.B. Sensibilisierung und regelmäßige Schulung der Mitarbeiter:innen, einrichtungsinterne Handlungsempfehlungen zum transparenten Umgang mit Verdachtsfällen und aktuellen Vorfällen, Vermeidung von Fixierung, Ausbildung von Konfliktlotsen	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.2 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung bietet zum Umgang mit Vorfällen von Gewalt ein anonymes Beschwerdemanagement zur Nutzung durch Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen und Angehörige / Bezugspersonen an.		
Soziale Teilhabe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.3 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht allen Bewohner:innen die Teilnahme an den Präventionsangeboten, insbesondere auch mit Demenz.		
Personelle Gegebenheiten / Gestaltung der Arbeitsabläufe			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.4 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen aus dem Kreis der Mitarbeiter:innen bzw. externe Angebotsleiter:innen verfügen über eine fachliche und pädagogische Qualifikation.		
6.5 <input type="checkbox"/>	Angebotsleiter:innen sind im Umgang mit demenziell erkrankten Bewohner:innen geschult, um ihnen so die Teilnahme zu ermöglichen.	z.B. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 6. Teil-Checkliste zum Expertenstandard)	
6.6 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung von Angeboten zur Gewaltprävention einbezogen.	z.B. Teamsitzungen, Arbeitsgruppen	

Räumliche und bauliche Gegebenheiten			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.7 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über möglichst barrierefreie, geeignete Räumlichkeiten mit einer angemessenen Größe zur Durchführung von Angeboten zur Gewaltprävention.		
6.8 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verfügt über eine geeignete Ausstattung zur Durchführung von Angeboten zur Gewaltprävention.		
Niedrigschwellige Teilnahme			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.9 <input type="checkbox"/>	Personalwechsel bei den Angebotsleiter:innen werden vermieden.	z.B. Mitarbeiter:innen der Einrichtung führen Angebote zur Gewaltprävention durch, Mitarbeiter:innen werden zu Konfliktlotsen ausgebildet	
6.10 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verteilt die verschiedenen Angebote zur Gewaltprävention zeitlich über den Tag.		
6.11 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert eine möglichst breite Auswahl an Angeboten zur Gewaltprävention.		
6.12 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine kostenfreie oder zumindest kostengünstige Teilnahme.		
6.13 <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen beraten die die Bewohner:innen individuell zu Verdachts- und Vorfällen bzw. zur Teilnahme an Angeboten zur Gewaltprävention.	z.B. die Bezugspfleger:innen, Fallbesprechungen	

Wahrung der Selbstbestimmung			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.14 <input type="checkbox"/>	Für die Bewohner:innen ist die Teilnahme an Angeboten freiwillig.		
6.15 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beteiligt die Bewohner:innen an der Entwicklung von Angeboten zur Gewaltprävention.	z.B. über den Heimbeirat und darüber hinaus	
Wirksamkeit			
Zur Messung der Wirksamkeit können neben Befragungen und Gesprächen mit Bewohner:innen, Angehörigen oder durch Arbeitsgruppen auch vorhandene Daten / Informationen der Einrichtung genutzt werden (z.B. Pflegegrade / Erkrankungen / allg. Dokumentation wie Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätsprüfsystems in der stationären Pflege).			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.16 <input type="checkbox"/>	Die Bewohner:innen nutzen die Angebote zur Gewaltprävention.	z.B. die Teilnehmenden nehmen 80% der Kurseinheiten wahr	
6.17 <input type="checkbox"/>	Vorfälle von Gewalt und Konflikten werden seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, häufiger gelöst.	z.B. Nutzung vorliegende Ergebnisse, bestehende Dokumentationen etc.	
6.18 <input type="checkbox"/>	Eine Vielfalt der Teilnehmenden liegt vor, d.h. die Angebote sind für alle Bewohner:innen offen und angepasst.	z.B. auch demenziell erkrankte Teilnehmende	
6.19 <input type="checkbox"/>	Die Teilnehmenden bewerten die Angebote zur Gewaltprävention positiv.	z.B. Nachbefragung, Feedbackbogen, Fragebogen	

7. Bedarfsanalyse

Zur Bedarfsanalyse können Sie mehrere Daten der Einrichtung nutzen oder gemeinsam mit Mitarbeiter:innen und/oder Bewohner:innen erheben.

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
7.1 <input type="checkbox"/>	vorhandene Daten / Informationen nutzen (der Einrichtung, Dokumentation zu den Bewohner:innen)	z.B. Pflegegrade, Erkrankungen, Häufigkeit und Umstände von Stürzen, Pflegeplanung, Risikoeinschätzungen, Gefährdungsbeurteilungen, Ergebnisse des neuen indikatorengestützten Qualitätprüfsystems in der stationären Pflege	
7.2 <input type="checkbox"/>	Neue Daten / Informationen erheben	Fragebogen, Gespräche mit Bewohner:innen und/oder Heimbeirat, z.B. nach Bedarf in den Integrations- oder Beratungsgesprächen, gezielte Gespräche mit dem Heimbeirat; moderiertes Gruppengespräch (mit Bewohner:innen oder Mitarbeiter:innen), Gesundheitszirkel (mit Bewohner:innen oder Mitarbeiter:innen), Angehörigenbefragung	

8. Prävention und Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements⁴

Die folgenden Qualitätskriterien zeigen Gegebenheiten oder Potenziale, um die Prävention und Gesundheitsförderung als Teil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements zu verorten.

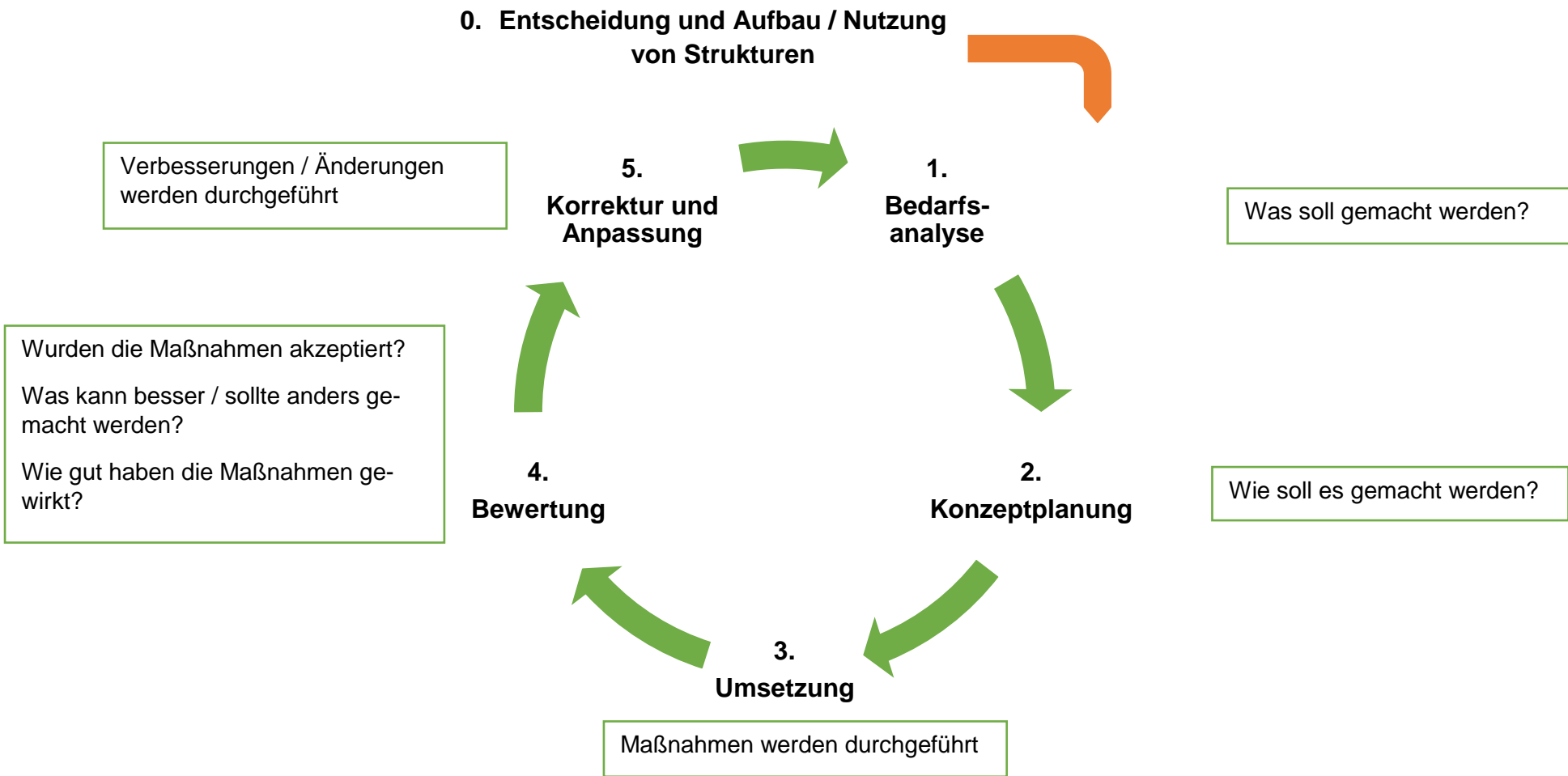
Zur Prävention und Gesundheitsförderung wird sensibilisiert und eine Entscheidung getroffen.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.1 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung organisiert die Information und Beratung zur Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung.	z.B. durch eine gesetzliche Pflegekasse	
8.2 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine Sensibilisierung und Motivierung der Bewohner:innen.	z.B. Gesundheitstag	
8.3 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung trifft eine Entscheidung zum Einstieg in Prävention und Gesundheitsförderung.		

⁴ Einige der hier aufgeführten Kriterien entstammen dem sogenannten „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“, einem Selbstbewertungsinstrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Krankenhäusern (vgl. Dietscher et al. 2015).

Prävention und Gesundheitsförderung ist Teil der Einrichtungsverantwortung.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.4 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat Dokumente, die Prävention und Gesundheitsförderung als Unternehmensverantwortung definieren.		
8.5 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat die personelle Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsförderung klar geregelt.		
8.6 <input type="checkbox"/>	Der Träger stellt finanzielle Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung.		
8.7 <input type="checkbox"/>	Der Träger stellt Personal zur Organisation und ggf. auch Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung frei.		
Das Management unterstützt Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung und die Messung ihrer Wirkung.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.8 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung plant Umsetzungsmaßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung und führt sie durch. Dabei <ul style="list-style-type: none"> • sind konkrete Ziele und Teilziele festgelegt, • gibt es einen Zeitplan zur Zielerreichung und • werden Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen und Angehörige und andere Bezugspersonen darüber informiert. 		
8.9 <input type="checkbox"/>	Der Träger bezieht Prävention und Gesundheitsförderung in andere Unternehmensbereiche ein.	z.B. Qualitätsmanagement, bauliche Maßnahmen	
8.10 <input type="checkbox"/>	Prävention und Gesundheitsförderung ist Teil des Qualitätsmanagements.	z.B. Messungen und die Begleitung von Veränderungsprozessen	

9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess

Gibt es eine klare Entscheidung zur Prävention und Gesundheitsförderung? Wird das Vorhaben akzeptiert? Sind die Mitarbeiter:innen motiviert?



✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
9.1. <input type="checkbox"/>	<p>Der Gesundheitsförderungsprozess hat 5 Phasen und wird fortlaufend wiederholt. Vor dem Start wird einmalig Phase 0 durchgeführt.</p> <p>0) Entscheidungsfindung und Aufbau / Nutzung von Strukturen (siehe 8. Teil-Checkliste)</p> <p>1) Bedarfsanalyse</p> <p>2) Konzeptplanung</p> <p>3) Umsetzung</p> <p>4) Bewertung</p> <p>5) Korrektur und Anpassung</p>		
9.2. <input type="checkbox"/>	<p>In der Einrichtung wird eine Steuerungsgruppe mit Prävention und Gesundheitsförderung betraut. Beteiligt sind Verantwortliche der Einrichtung, der Mitarbeiter:innen und der Bewohner:innen.</p>	<p>z.B. Einrichtungsleitung, Verantwortliche für das Qualitätsmanagement, Mitarbeiter:innen, Vertretung der Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen, Heimbeirat, Angehörige, externe Prozessbegleitung, das Thema wird in den Arbeitskreis der Verantwortlichen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz integriert</p>	
9.3. <input type="checkbox"/>	<p>Insofern auch betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wird, sind die Themen gemeinsam Teil des Gesundheitsförderungsprozesses und damit auch der Steuerungsgruppe.</p>		
9.4. <input type="checkbox"/>	<p>Die Beteiligten setzen den Gesundheitsförderungsprozess lebensweltbezogen und gemeinsam mit den Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen um.</p>	<p>z.B. über den Heimbeirat und die Vertretung der Mitarbeiter:innen.</p>	
9.5. <input type="checkbox"/>	<p>Die Beteiligten setzen den Gesundheitsförderungsprozess kontinuierlich um, d.h. er wird fortlaufend wiederholt.</p>		

Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise

1. Hauptcheckliste

Anregungen:

- **GKV-Spitzenverband (2019). Evaluation.** Auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes finden Sie in der Rubrik „Individualansatz – Kurse“ neben einem Handbuch zur deren Bewertung auch Fragebögen zur Anwendung für Kurse in der Startphase, zum Schluss sowie für eine Nachbefragung. Neben Fragen zum körperlichen und seelischen Wohlbefinden wird u.a. die Zufriedenheit mit den Maßnahmen behandelt. Aus dem Handbuch und den zugehörigen Fragebögen in der Rubrik „Setting Schule“ lassen sich weiterführende Qualitätskriterien zu Struktur und Aufbau oder Rahmenbedingungen der Maßnahmen entnehmen sowie Hinweise zur Förderung der Außenwirkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Eine gute Außenwirkung kommt auch der Einrichtung selbst zu Gute.
[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)
- **PHINEO (2018). Kursbuch Wirkung.** Das Praxishandbuch für alle, die Gutes noch besser tun wollen. In Zusammenarbeit mit der Bertelsmann Stiftung – Das online verfügbare Handbuch enthält Informationen zur Durchführung von Wirkungsanalysen, die von der Planung bis zur Durchführung und Auswertung bis hin zur Berichterstattung reichen. Neben Checklisten, Handlungshilfen und Bsp. sind auch Erklärvideos verlinkt. [Siehe hierzu phineo.org](http://phineo.org)

2. Gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung und Ernährung

Hinweis:

Zur Durchführung von Ernährungsangeboten gibt es Möglichkeiten zur Finanzierung durch gesetzliche Pflegekassen, die teilweise auch selbst Kurse anbieten. Bei einer Finanzierung müssen die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen in der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI eingehalten werden. Die Kriterien sind im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt.

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Eine Möglichkeit, sich bei der Gemeinschaftsverpflegung an den besonderen Bedarfen von Senior:innen zu orientieren, sind die **Handlungsempfehlungen** des Bundesinstitutes für Risikobewertung „**Sicher verpflegt – besonders empfindliche Personengruppen in der Gemeinschaftsverpflegung.**“ [Siehe hierzu bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)
- Ein weiteres Instrument zur Orientierung ist der **DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung mit „Essen auf Rädern“ und in stationären Senioreneinrichtungen.** [Siehe hierzu fitimalter-dge.de](http://www.fitimalter-dge.de)
- Der **Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege** fokussiert auf die Vermeidung von Mangel- bzw. Fehlernährung. [Siehe hierzu dnqp.de](http://www.dnqp.de)
- Der **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** beschreibt die person-zentrierte Beziehungsgestaltung und -förderung. Personen mit Demenz sollen als gleichberechtigtes Gegenüber wahrgenommen und angenommen werden. Über die Pflegekräfte hinaus soll das Konzept auch Angehörigen und weiteren Assistenzpersonen vermittelt werden. [Siehe hierzu dnqp.de](http://www.dnqp.de)
- Eine Übersicht über verschiedene **Interventionen zur gesundheitsgerechten Ernährung** sowie deren Empfehlungsgrade bietet das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) auf einer Website zum Thema Prävention in der stationären Pflege. [Siehe hierzu pgf.zqp.de](http://www.pgf.zqp.de). Eine Übersicht über alle 11 Themenbereiche [siehe pgf.zqp.de](http://www.pgf.zqp.de)

3. Körperliche Aktivität

Hinweis:

Zur Durchführung von Angeboten zur körperlichen Aktivität gibt es Möglichkeiten zur Finanzierung durch gesetzliche Pflegekassen, die teilweise auch selbst Kurse anbieten. Bei einer Finanzierung müssen die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen in der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI eingehalten werden. Die Kriterien sind im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt.

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- „**Lübecker Modell Bewegungswelten**“ – Die Interventionen zur körperlichen, geistigen und sozialen Aktivierung wurden durch die Forschungsgruppe Geriatrie entwickelt und gehören zum Programm „Älter werden in Balance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie sind u.a. auf stationäre Pflegeeinrichtungen angepasst. Neben Übungsstunden in der Gruppe wird auch ein individuelles tägliches Übungsprogramm eingeführt. Die Wirksamkeit des Programms wurde wissenschaftlich gezeigt. Auf

der Homepage finden Sie Hinweise zu Schulungskursen für die Angebotsdurchführung, Materialien für Übungsleitende und Fördermöglichkeiten.

[Siehe hierzu aelter-werden-in-balance.de](http://www.aelter-werden-in-balance.de)

- Eine Übersicht verschiedener **Interventionen zur Bewegungsförderung** bietet das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Genannt werden Ziele und Inhalte der Interventionen, die Zielgruppe (z.B. ohne / mit kognitiven Einschränkungen) sowie die erforderlichen personellen Ressourcen und Rahmenbedingungen (z.B. Raum, Material). [Siehe hierzu zqp.de](http://www.zqp.de)
- Eine Übersicht über verschiedene **Interventionen zur Förderung funktionaler Fähigkeiten** sowie deren Empfehlungsgrade bietet das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) auf einer Website zum Thema Prävention in der stationären Pflege. [Siehe hierzu pgf.zqp.de](http://www.pgf.zqp.de). Eine Übersicht über alle 11 Themenbereiche [siehe pgf.zqp.de](http://www.pgf.zqp.de)
- Der **Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität** gibt einen konzeptionellen Rahmen für die evidenzbasierte, bedürfnisgerechte Pflege zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. [Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)
- Der **Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege** befasst sich mit der Vorbeugung von Stürzen und Sturzfolgen, ohne eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit zu verursachen. [Siehe hierzu dnqp.de](http://www.dnqp.de)
- Der **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** beschreibt die person-zentrierte Beziehungsgestaltung und -förderung. Personen mit Demenz sollen als gleichberechtigtes Gegenüber wahrgenommen und angenommen werden. Über die Pflegekräfte hinaus soll das Konzept auch Angehörigen und weiteren Assistenzpersonen vermittelt werden. [Siehe hierzu dnqp.de](http://www.dnqp.de)

4. Stärkung der kognitiven Ressourcen

Hinweis:

Zur Durchführung von Angeboten zur Stärkung kognitiver Ressourcen gibt es Möglichkeiten zur Finanzierung durch gesetzliche Pflegekassen, die teilweise auch selbst Kurse anbieten. Bei einer Finanzierung müssen die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen in der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI eingehalten werden. Die Kriterien sind im Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. [Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Der **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** beschreibt die person-zentrierte Beziehungsgestaltung und -förderung. Personen mit Demenz sollen als gleichberechtigtes Gegenüber wahrgenommen und angenommen werden. Über die Pflegekräfte hinaus soll das Konzept auch Angehörigen und weiteren Assistenzpersonen vermittelt werden. [Siehe hierzu dnqp.de](http://www.dnqp.de)

- **Tipps gegen geistigen Abbau** und Links zu weiterführenden Hinweisen finden sie auf der Website des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP).
[Siehe hierzu pflege-praevention.de](http://pflege-praevention.de)

5. Psychosoziale Gesundheit

Hinweis:

Zur Durchführung von Angeboten für die psychosoziale Gesundheit gibt es Möglichkeiten zur Finanzierung durch gesetzliche Pflegekassen, die teilweise auch selbst Kurse anbieten. Bei einer Finanzierung müssen die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen in der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI eingehalten werden. Die Kriterien sind im Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt. [Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Der **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** beschreibt die person-zentrierte Beziehungsgestaltung und -förderung. Personen mit Demenz sollen als gleichberechtigtes Gegenüber wahrgenommen und angenommen werden. Über die Pflegekräfte hinaus soll das Konzept auch Angehörigen und weiteren Assistenzpersonen vermittelt werden.
[Siehe hierzu dnqp.de](http://dnqp.de)

6. Prävention von Gewalt / Konflikten

Hinweis:

Zur Durchführung von Angeboten zur Gewaltprävention gibt es Möglichkeiten zur Finanzierung durch gesetzliche Pflegekassen, die teilweise auch selbst Kurse anbieten. Bei einer Finanzierung müssen die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen in der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 5 SGB XI eingehalten werden. Zur Implementierung von Konzepten zur Gewaltprävention können Heimaufsicht und die Träger der Kranken- bzw. Unfallversicherung unterstützen. Die Kriterien sind im Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt.
[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Zahlreiche **Informationen und Handlungsempfehlungen** rund um das Thema **Gewaltprävention in der Pflege** stellt auch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) zur Verfügung. [Siehe hierzu pflege-gewalt.de](http://pflege-gewalt.de)
- Auch der medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) setzt sich mit dem Thema Gewaltprävention auseinander und

entwickelte im Rahmen eines Forschungsprojektes **Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems**. [Siehe hierzu mds-ev.de](http://mds-ev.de)

- Der **Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz** beschreibt die person-zentrierte Beziehungsgestaltung und -förderung. Personen mit Demenz sollen als gleichberechtigtes Gegenüber wahrgenommen und angenommen werden. Über die Pflegekräfte hinaus soll das Konzept auch Angehörigen und weiteren Assistenzpersonen vermittelt werden. [Siehe hierzu dnqp.de](http://dnqp.de)

9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess

Beispiel zur Durchführung eines Gesundheitsförderungsprozesses

Phase	Beispiel
0) Entscheidungsfindung und Aufbau / Nutzung von Strukturen (siehe 8. Teil-Checkliste)	<ul style="list-style-type: none"> • eine gesetzliche Pflegekasse berät die Einrichtung und führt mit ihr einen Gesundheitstag durch, um Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen für das Thema zu sensibilisieren. • Die Leitung, der Heimbeirat und die Vertretung der Mitarbeiter:innen entscheiden sich gemeinsam zur Durchführung von Prävention und Gesundheitsförderung.
1) Bedarfsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Daten der Einrichtung zeigen einen hohen Anteil an Bewohner:innen mit Demenz. • Fachpfleger:innen sind im Umgang mit Menschen mit Demenz geschult. In einem Qualitätszirkel wird dennoch der Bedarf geäußert, weitere Fortbildungen zu erhalten, insb. in Bezug auf herausforderndes Verhalten (d.h. zur Gewaltprävention). • Zudem wird festgestellt, dass demenziell erkrankte Bewohner:innen sozial weniger eingebunden sind, da sie seltener Freizeitangebote oder Maßnahmen zur Bewegungsförderung wahrnehmen als die übrigen Bewohner:innen.
2) Konzeptplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird ein Bewegungsangebot „Senior:innentanz“ geplant, bei dem Bewohner:innen mit und ohne Demenz teilnehmen können sowie Senior:innen, die nicht in der Einrichtung leben. • Hierzu wird eine Kooperation mit einem Sportverein geknüpft. • Für einige interessierte Mitarbeiter:innen wird eine Fortbildung zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ermöglicht.
3) Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Sportverein führt den „Senior:innentanz“ regelmäßig in seinen Räumlichkeiten nahe der Einrichtung mit einer ehrenamtlichen Angebotsleitung durch. Mitarbeiter:innen der Einrichtung begleiten die Bewohner:innen dorthin. • Die geschulten Mitarbeiter:innen agieren als Multiplikator:innen, indem sie ihr Wissen im Rahmen der Teamsitzungen und bei einer Informationsveranstaltung für Angehörige weitergeben.

<p>4) Bewertung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel mit den Mitarbeiter:innen und Gespräche mit dem Heimbeirat ergeben die Hinweise: (+) Der „Senior:innentanz“ wird gut angenommen, auch durch Bewohner:innen mit Demenz. (-) Es wird jedoch angemerkt, dass der Besuch des nahegelegenen Sportvereins aufgrund der knappen personellen Ressourcen schwer zu organisieren ist. (+) Die Bezugspfleger:innen stellen bei den Teilnehmenden am „Seniorentanz“ eine gestiegene Zufriedenheit fest, auch bei Demenz. (+) Die Fortbildung hat neues Wissen gebracht, dass weitergegeben wurde. (+) Auch die Angehörigen geben gutes Feedback nach der Abendveranstaltung. (-) Eine Vertiefung bzw. weitere Verbreitung wird jedoch gewünscht, insb. zur Prävention von Gewalt bzw. Konflikten.
<p>5) Korrektur und Anpassung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zum Besuch des Sportvereins für den „Senior:innentanz“ werden nun auch freiwillig engagierte Betreuungspersonen und Angehörige eingebunden, um die Mitarbeiter:innen zu entlasten. • Die Fortbildung zum Umgang mit Menschen mit Demenz wird erneut angeboten. • Im Anschluss daran gibt es erneut eine Informationsveranstaltung für Angehörige und für die Mitarbeiter:innen im Rahmen der Teamsitzungen.

Checkliste

für betriebliche
Gesundheitsförderung

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

QualiPEP-Checkliste

Betriebliche Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Einleitung	3
1. Hauptcheckliste	6
2. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung	15
3. Bewegungsförderliche Umgebung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Mitarbeiter:innen	18
4. Gesundheitsgerechte Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag	21
5. Verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention in der Einrichtung	25
6. Prävention von Gewalt / Konflikten	28
7. Bedarfsanalyse	31
8. Betriebliche Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements.....	32
9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess	35
Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise.....	38

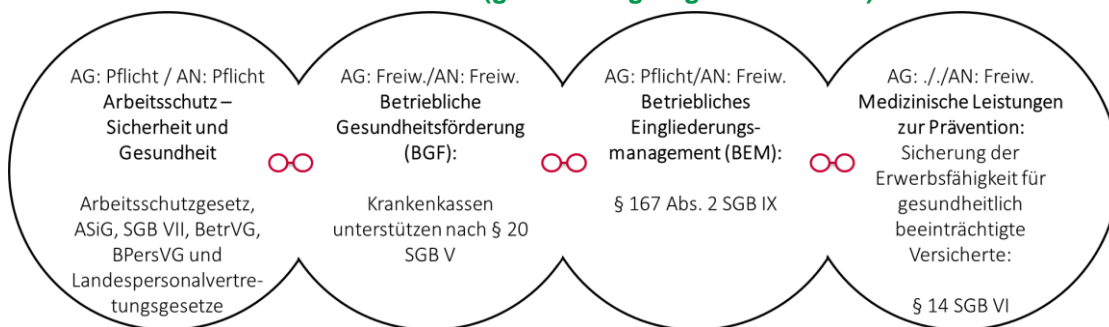
Einleitung

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sind Mitarbeiter:innen in Pflegeberufen stärker belastet. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass sie häufiger und länger krank sind. Dies lässt sich insbesondere auf überdurchschnittlich häufig auftretende Rückenleiden und eine hohe psychische Belastung im Beruf zurückführen.

Durch eine gelingende betriebliche Gesundheitsförderung kann die Gesundheit gefördert werden und die Arbeitsbelastung sinken. Ganz wesentlich ist hierzu eine **gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung**. Denn bereits die Rahmenbedingungen der alltäglichen Arbeit wie bspw. der Arbeitsablauf und die Arbeitsorganisation im Schichtdienst, der gegenseitige Umgang miteinander oder geregelte Pausen haben großen Einfluss auf die Gesundheit. Darüber hinaus ist eine **gesundheitsgerechte Führung** zentral, die sich besonders für betriebliche Gesundheitsförderung ausspricht und insb. Bewegungsförderung, Stressbewältigung und Ressourcenstärkung aktiv unterstützt.

Die vorliegende **Checkliste** ist im Projekt QualiPEP „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ entstanden. Sie soll eine **Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe** sein, wenn Sie Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in **stationären Pflegeeinrichtungen** umsetzen, verstärken oder verbessern möchten. Dabei geht die Checkliste über die Fördermöglichkeiten durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung hinaus und zeigt alle wichtigen Aspekte einer umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung. Zum Teil sind weitere Leistungsträger aktiv, so bieten bspw. Akteure zum Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz häufig auch Gewalt- und Suchtprävention an (siehe auch Abb. 1). Auf entsprechende Fördermöglichkeiten, Zuständigkeiten und Angebote wird jeweils verwiesen.

Abb. 1 Gesundheit in der Arbeitswelt (gesetzlich geregelte Bereiche)



AG: Arbeitgeber:innen / AN: Arbeitnehmer:innen / Freiw.: Freiwillig; Rehabilitationsträger und Integrationsämter unterstützen nach § 167 SGB IX; Die Träger der Rentenversicherung unterstützen nach § 14 SGB VI;
Quelle: GKV-SV 2020a: 105

Das Team des Forschungsprojektes QualiPEP hat die Checkliste auf Basis der Leitfäden „Prävention“ und „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbandes sowie umfangreicher eigener und externer Forschungsarbeiten und Abstimmungsgespräche mit Vertreter:innen aus Praxis und Wissenschaft erstellt. Unter anderem wurden dazu Mitarbeiter:innen in stationären Pflegeeinrichtungen befragt, welche Bedarfe und Bedürfnisse zur Prävention,

Gesundheitsförderung und Lebensqualität vorliegen und welche Hindernisse und Gelingensfaktoren bei durchgeführten Maßnahmen bestehen. Weitere Informationen zum QualiPEP-Projekt finden Sie auf der Internetseite aok-qualipep.de.

Checkliste zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Die im Folgenden genannten Handlungsfelder¹ könnten zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Frage kommen. Ihre jeweilige Bedeutung hängt von den besonderen Bedarfen und Bedürfnissen der Mitarbeiter:innen ab, die sich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheiden können:

Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung

- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen
- Gesundheitsgerechte Führung
- Gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen z.B. bewegungsfördernde Umgebung, gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag, verhältnisbezogene Suchtprävention

Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung
- bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Mitarbeiter:innen
- gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag
- verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb
- Prävention von Gewalt / Konflikten

Überbetriebliche Vernetzung und Beratung

- Verbreitung und Einführung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

Mit Hilfe der der **Hauptcheckliste** können Sie feststellen, in welchen Bereichen die Einrichtung bereits gut aufgestellt ist und wo Möglichkeiten bestehen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln, umzusetzen, zu verstärken oder zu verbessern. Hier sind vor allem Qualitätskriterien für **verhältnispräventive Maßnahmen** zu finden, die gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter:innen schaffen sollen. **Acht weiterführende Teil-Checklisten** und Hinweise können gezielt verwendet werden. Diese finden Sie im Anschluss an die Hauptcheckliste. Hier werden auch Qualitätskriterien für **verhaltenspräventive Maßnahmen** genannt. Betriebliche Gesundheitsförderung wirkt am besten, wenn verhältnis- und verhaltenspräventive Ansätze kombiniert werden. **Die Checkliste ist so aufgebaut, dass Sie die Hauptcheckliste grundsätzlich anwenden sollten.** Die weiteren Teil-Checklisten können je nach den eigenen Bedarfen und Bedürfnissen oder Prioritäten hinzugenommen werden.

¹ Die Handlungsfelder sowie die in den Stichpunkten genannten Präventionsprinzipien basieren im Wesentlichen auf dem Leitfaden „Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes. Für die betriebliche Gesundheitsförderung werden hier die Handlungsempfehlungen auf Basis von § 20b SGB V formuliert.

Gerade zu Beginn kann es hilfreich sein, wenn Sie sich „nicht zu viel vornehmen“, sondern Schritt für Schritt vorgehen. Sie könnten beispielsweise mit vermeintlich kleinen Maßnahmen beginnen, die schnell oder mit überschaubarem Aufwand umsetzbar sind. Am Ende der Checkliste finden Sie Anregungen für die Praxis, Fördermöglichkeiten oder Literaturhinweise, die Ihnen mit kleinen Handlungshilfen, Beispielen aus der Praxis und weiterführenden Hinweisen bei der Planung und Durchführung Ihrer Maßnahmen behilflich sein könnten.

1. Hauptcheckliste

Weitere fünf Teil-Checklisten behandeln spezifische Themenfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung:

2. **Stressbewältigung und Ressourcenstärkung**
3. **Bewegungsförderliche Umgebung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Mitarbeiter:innen**
4. **Gesundheitsgerechte Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag**
5. **Verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention**
6. **Prävention von Gewalt / Konflikten**

Sofern die Themenfelder noch offen sind, finden Sie auch eine Teil- Checkliste zur Feststellung konkreter Bedarfe der Mitarbeiter:innen zur betrieblichen Gesundheitsförderung:

7. Bedarfsanalyse

Zwei weitere Teil-Checklisten enthalten Umsetzungskriterien zur Implementierung von betrieblicher Gesundheitsförderung als festen Bestandteil der Einrichtungsverantwortung sowie eines Gesundheitsförderungsprozesses für eine dauerhaft (nachhaltig) wirksame Umsetzung. Mit einer wiederholten Anwendung durch die Steuerungsgruppe lässt sich ein nachhaltiger Prozess zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die Steuerungsgruppe sollte gemischt besetzt sein und ggf. durch eine externe Prozessbegleitung ergänzt werden, um möglichst alle Perspektiven in Ihrer Einrichtung einbeziehen zu können. Ein weiterer Vorteil am kontinuierlichen Gesundheitsförderungsprozess ist, dass man den Prozess darauf aufbauen kann und voll umfänglich „von vorne beginnen“ muss.

8. Prävention- und Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements

9. strukturierter Gesundheitsförderungsprozess

Die folgende Hauptcheckliste beinhaltet die Qualitätskriterien, die unabhängig von der Umsetzung der Handlungsfelder umgesetzt werden können, um die Einrichtung gesundheitsförderlicher zu gestalten.

1. Hauptcheckliste

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Umgangsformen

z.B. vertrauensvolles Miteinander, flache Hierarchien, gegenseitige Wertschätzung

Regelhafte Formate

z.B. Teambesprechungen, Wohnbereichssitzungen

Einbindung Mitarbeiter:innen in die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

z.B. Ausbildung BGF-Beauftragte:r, Informationsveranstaltung / Gesundheitstage, Befragungen, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, BGF festes Thema in Teambesprechungen

Qualifikation / Schulungen

z.B. Fortbildungskalender, Teambuildingmaßnahmen, Hilfsmittel für rückschonendes Arbeiten, Sturzprävention, Umgang mit demenziell Erkrankten, gesundheitsgerechte Ernährung

Räumliche Bedingungen / Ausstattung

z.B. Ruheraum, Massagesessel

Arbeitszeiten / Sonstiges

z.B. flexible, individuelle Arbeitszeitmodelle, partizipative Dienstplangestaltung, Betriebliches Eingliederungsmanagement

Gesundheitsgerechte Führung, Umgangsformen

z.B. Wertschätzung, Kommunikation „auf Augenhöhe“, offener Umgang (auch bei Konflikten)

Gesundheitsgerechte Führung, Regelhafte Formate

z.B. Einbindung der Mitarbeiter:innen bei Problemlösungen, persönliche Gespräche (insb. in der Probezeit)

* ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung

1.1. Gibt es Themenfelder zur betrieblichen Gesundheitsförderung, in denen Sie aktiv werden wollen oder Ihre Aktivität verstärken möchten?

Markieren Sie Zutreffendes mit einem ✓.

Ja, und zwar:

- Stressbewältigung und Ressourcenstärkung (siehe 2. Teil-Checkliste)
 - Bewegungsförderliche Umgebung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Mitarbeiter:innen (siehe 3. Teil-Checkliste)
 - Gesundheitsgerechte Verpflegung und gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag (siehe 4. Teil-Checkliste)
 - Verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention in der Einrichtung (siehe 5. Teil-Checkliste)
 - Prävention von Gewalt / Konflikten (siehe 6. Teil-Checkliste)
- Nein, wir möchten zunächst mehr über die Präventionsbedarfe unserer Mitarbeiter:innen herausfinden (siehe 7. Teil-Checkliste)

1.2. Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen²

Nun werden Qualitätskriterien benannt. Sollten diese bereits erfüllt werden, können Sie sie mit einem Haken ✓ markieren. So können Sie feststellen, wo die Einrichtung bereits auf einem guten Weg ist. Die offenbleibenden Punkte zeigen Entwicklungspotenziale. Zur Veranschaulichung bzw. als Anregung finden Sie in der Spalte rechts daneben Beispiele aus verschiedenen Einrichtungen. Ganz rechts finden Sie eine Spalte für eigene Anmerkungen. Hier können Sie bspw. Ideen für Maßnahmen eintragen oder angeben, falls Kriterien für Ihre Einrichtung irrelevant sind.

Die Einrichtung sorgt für Rahmenbedingungen, die eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in Bezug auf folgende Teilbereiche begünstigen:

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.1. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine gesundheitsförderliche Arbeitsumgebung (physikalische Faktoren, Ergonomie, Arbeitsmittel).	z.B. technische Ausstattung (z.B. Niedrigflurbetten, Pflegehilfsmittel), Schreibtische, Bürostühle, Lichtverhältnisse, Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Hygiene, Pausenraum	
1.2.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung der Aufgaben, insb. unter Berücksichtigung von <ul style="list-style-type: none"> • angemessenem Handlungsspielraum, • bedarfsgerechter Qualifikation (s. 1.2.7-1.2.12), • der Ganzheitlichkeit der Aufgaben, d.h. mit ausreichend Abwechslung • angemessenen körperliche Anforderungen und • einer klaren Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten. 	z.B. regelmäßige Besprechungen, regelmäßige Informationen über Fortbildungsangebote, Achtsamkeitstraining, monatlicher „Bürotag“ für konzentrierte Arbeit zur Dokumentation	

² Wichtige Rahmenbedingungen für eine gesundheitsförderliche Einrichtung sind die Ausgestaltung der Arbeit selbst und der Umgang miteinander. Die hierfür maßgeblichen Qualitätskriterien sind folgend aufgeführt.

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung beachtet und nutzt die Vielfalt (Diversität) der Mitarbeiter:innen.	z.B. Alter, Geschlecht, gesundheitliche Einschränkungen, kulturelle Zugehörigkeit, Wertesysteme zu Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit, kulturelle und religiöse Besonderheiten, Kommunikation von Problemen, Qualifikation, Mitarbeiter:innen mit Migrationshintergrund als Vermittler:innen zu Bewohner:innen mit Migrationshintergrund	
1.2.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine Sensibilisierung, Bedarfsanalyse und Maßnahmenentwicklung für betriebliche Gesundheitsförderung, die unter Einbeziehung der Mitarbeiter:innen (partizipativ) erfolgt.	z.B. Gesundheitstag, Befragung, Arbeitsgruppe, festes Thema in regelmäßigen Teambesprechungen	
1.2.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine gesundheitsförderliche Arbeitsorganisation, insb. eine flexible und verbindliche Abstimmung der Arbeitszeit, Pausenregelung und Dienstplangestaltung unter Einbeziehung der Mitarbeiter:innen.	z.B. flexible Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Wunschbuch zur Dienstplangestaltung	
1.2.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung unterstützt die Pflege sozialer Beziehungen und sorgt für ein gutes Betriebsklima am Arbeitsplatz zwischen Führung und Vorgesetzten, Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen.	z.B. Betriebsfeier, Begrüßungstag für neue Mitarbeiter:innen, Sommerfest	
Die Einrichtung fördert eine bedarfsgerechte Qualifizierung der Beschäftigten insbesondere durch die folgenden Teilbereiche:			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.7 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung achtet bei der Qualifizierung der Mitarbeiter:innen auf persönliche Motivation und Fähigkeiten.	z.B. Mitarbeiter:innengespräche, gemeinsam entwickeltes Fortbildungsprogramm, Pflegehelfer:in mit Trainer:innenerfahrung für Sturzprävention ausbilden	
1.2.8 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung achtet beim Einsatz ihrer Mitarbeiter:innen auf die Vermeidung von Unter- bzw. Überforderung am Arbeitsplatz.	z.B. durch die Beachtung individueller Möglichkeiten und Stärken und entsprechenden Fortbildungsbedarf	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.2.9 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung achtet bei der Qualifizierung ihrer Mitarbeiter:innen auf positive Wechselwirkungen, d.h. Qualifikationen dienen auch der Prävention und Gesundheitsförderung und / oder der Förderung der Gesundheitskompetenz.	z.B. kollegiale Beratung, Präventionsbeauftragte:r; Achtsamkeitstraining	
1.2.10 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung achtet auf eine dauerhafte Umsetzung durch den Einsatz der qualifizierten Mitarbeiter:innen als Multiplikator:innen.	z.B. zur Durchführung von Präventionsangeboten, zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter:innen, für kollegiale Beratung	
1.2.11 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung fördert die Qualifizierung zu gesundheitsförderlichen Themen.	z.B. Schulung zur/zum Beauftragten für betriebliche Gesundheitsförderung, Achtsamkeitstraining, Umgang mit Gewalt oder Konflikten, Kommunikationsfortbildung, gesundheitsgerechte Ernährung	
1.2.12 <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung informiert ihre Mitarbeiter:innen regelmäßig über Qualifikationsmöglichkeiten.	z.B. Fortbildungskalender, Weiterbildungsprogramm, Informationen zu externen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	

1.3. Gesundheitsgerechte Führung³

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.3.1. <input type="checkbox"/>	Die Führungskultur ist geprägt durch Wertschätzung, Klarheit von Aufgaben und Rollenerwartungen, Information und Feedback, Begleitung bei der Bewältigung von Veränderungsprozessen.	z.B. Personalgespräche in besonderen Belastungssituationen, Teambesprechungen zur gemeinsamen Erarbeitung von Lösungsansätzen	
1.3.2. <input type="checkbox"/>	Das Führungsverhalten ist partizipativ, d.h. Mitarbeiter:innen werden einbezogen.	z.B. Einbeziehung in Entscheidungen, Arbeits- und Steuerungskreise etc.	
1.3.3. <input type="checkbox"/>	Das persönliche Gesundheitsverhalten und die Vorbildfunktion der Führungskräfte werden gestärkt.	z.B. betriebliche Gesundheitsförderung ist Thema beim Einstellungsgespräch, regelmäßig in Teambesprechungen, Gesundheitsförderungsangebote für Führungskräfte, Fortbildung in gesundheitsgerechter Führung	
1.3.4. <input type="checkbox"/>	Es erfolgt eine aktive Unterstützung und Wertschätzung von betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Führungskräfte.	z.B. aktive Hinweise und Motivation zur bedarfsgerechten Teilnahme an BGF-Maßnahmen und gesundheitsförderlichem Verhalten wie Abgrenzung zwischen Berufs- und Privatleben, Einhaltung von Pausenzeiten, Einbindung der Mitarbeiter:innen in die Gestaltung von BGF-Maßnahmen	

³ Neben gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen trägt der Führungsstil maßgeblich zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei, wenn die aufgeführten Kriterien beachtet werden. Dies beginnt mit einer offensiven Wertschätzung von betrieblicher Gesundheitsförderung als Beitrag zur Arbeitsfähigkeit, um die Teilnahme für die Mitarbeiter:innen zu ermöglichen, ohne dass sie ein schlechtes Gewissen gegenüber ihrem Arbeitgeber oder den Bewohner:innen entwickeln.

1.4. Einbettung der betrieblichen Gesundheitsförderung in das Einrichtungsmanagement⁴

✓	Qualitätskriterien	Weiterführende Checklisten	Eigene Anmerkungen
1.4.1. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sensibilisiert ihre Mitarbeiter:innen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und trifft eine klare Entscheidung zu ihrer Umsetzung.	siehe 8. Teil-Checkliste	
1.4.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung versteht betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmensverantwortung.		
1.4.3. <input type="checkbox"/>	Das Management unterstützt Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Messung ihrer Wirkung.		
1.4.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung vernetzt sich mit anderen Unternehmen, um sich gegenseitig zu beraten und das Thema betriebliche Gesundheitsförderung einzuführen bzw. zu verbreiten.		
1.4.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung setzt einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess um.	siehe 9. Teil-Checkliste	

⁴ Für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung mit langfristiger Wirkung ist es wichtig, sie in die Prozesse der Einrichtung und einen strukturierten Gesundheitsförderungsprozess einzubetten. Folgende Aspekte sind dabei zu beachten.

1.5. Wirksamkeit und Nachhaltigkeit⁵

Wirksamkeit

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.5.1. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiter:innen, einschließlich Führungskräften, seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Befragung, Gespräche	
1.5.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung stellt eine Verbesserung des gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils (Gesundheits- und Risikoverhalten, z.B. Ernährung oder Nikotinkonsum) der Mitarbeiter:innen einschließlich Führungskräften seit der letzten Betrachtung, bspw. einer Bedarfsanalyse, fest.	z.B. Befragung, Gespräche	

⁵ Für eine nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung sollten die hierfür umgesetzten Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft und ggf. angepasst werden.

Nachhaltigkeit			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
1.5.3. <input type="checkbox"/>	<p>Die Einrichtung setzt einen strukturierten, fortlaufenden Gesundheitsförderungsprozess um:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hierzu gibt es eine/n Ansprechpartner:in. • Hierzu gibt es qualifizierte Betriebsverantwortliche (z.B. geschulte Mitarbeiter:innen, externe Anbieter:innen, Präventionsbeauftragte). • Es gibt eine Steuerungsgruppe. 	Mehr zum Gesundheitsförderungsprozess und zur Steuerungsgruppe siehe 9. Teil-Checkliste	
1.5.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hält dauerhaft Angebote zum gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstil vor.	z.B. arbeitsplatzbezogene Rückenschule, Pausenraum, regelhafte Kurse, die zeitlich an die Schichtpläne angepasst sind	
1.5.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung qualifiziert Mitarbeiter:innen zur dauerhaften Durchführung von Angeboten zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Multiplikator:innen).		
1.5.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt Kooperationen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.	z.B. gesetzliche Krankenkasse, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Krisendienst, einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit, ortsansässiger Sportverein oder Sportstudio	

2. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Arbeitnehmer:innen, insbesondere Mitarbeiter:innen in der Pflegebranche können hohen Stressbelastungen ausgesetzt sein. Neben der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitstätigkeit, Bedingungen, Abläufen und gesundheitsgerechter Führung können je nach Bedarf gesundheitsfördernde Maßnahmen eingesetzt werden, um sicherer und gesundheitsbewusster mit Stress umgehen zu können. Ziele derartiger Maßnahmen können sein, die eigenen Kompetenzen zur Problemlösung, Zeitmanagement und persönliche Arbeitsorganisation zu erhöhen. Darüber hinaus sind Methoden zur Ressourcenstärkung wie positive Selbstinstruktion, Stärkung der Resilienz oder Achtsamkeit angesprochen (z.B. Autogenes Training, Vermittlung von Selbstbehauptungs- und sozialkommunikativen Kompetenzen) (vgl. GKV-Spitzenverband 2020a: 124).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Beratungsformate

z.B. psychologische Beratung, Coaching, offene Kommunikationsrunden ohne Leitung, Mitarbeiter:innenabende in Zusammenarbeit mit kommunalem Krisendienst; feste, vertrauliche Ansprechpersonen für Notfälle, Seelsorge (trägerabhängig)

Kurse

z.B. QiGong, Yoga, Klangschalen, Stressmanagement, Entspannungskurs, Brain-Fit

Schulungen

z.B. zur Durchführung von Entspannungskursen

* ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.1. <input type="checkbox"/>	Das Präventionskonzept zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung bezieht Aspekte zur Förderung der sozialen Teilhabe am Arbeitsplatz und gemeinschaftsbildende Aktivitäten ein.	z.B. Freizeitaktivitäten, Ausflüge, Teambuildingmaßnahmen	
2.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht interessierten Mitarbeiter:innen Schulungen zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung und sorgt dafür, dass geschulte Mitarbeiter:innen als Multiplikator:innen wirken.	z.B. Schulung zur Durchführung von dauerhaft angelegten Angeboten	
2.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt Kooperationen.	z.B. Mitarbeiter:innen-Abende mit kommunalem Krisendienst oder sozialpsychiatrischem Dienst	
Die Einrichtung sorgt für Rahmenbedingungen, die Stressbewältigung und Ressourcenstärkung begünstigen.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, siehe Hauptcheckliste, 1.2.1-1.2.6		
2.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für einfache Zugänge zur Besprechung von stressauslösenden Problemen.	z.B. Kommunikationsrunden ohne Leitung, anonyme Möglichkeiten	
2.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass es sowohl interne als auch externe und passgenaue Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung gibt.	z.B. Coaching, Supervision, Yoga, Entspannungskurse, Achtsamkeitstraining, Kommunikationsschulungen	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.7. <input type="checkbox"/>	<p>Die individuellen Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglichst arbeitsplatzbezogene Formate • dauerhaft im Arbeitsalltag umsetzbar • in angemessenen Räumlichkeiten durchführbar • in zumutbaren Entfernungen erreichbar • zeitlich auf den Schichtplan abgestimmt • mit oder sogar innerhalb der Arbeitszeit realisierbar • mit ausreichend Plätzen zur Teilnahme ausgestattet • freiwillig 	z.B. flexible, partizipative und verbindliche Abstimmung der Arbeitszeit, zeitflexible Entspannungsangebote	
2.8. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung informiert ihre Mitarbeiter:innen regelmäßig und umfassend über Angebote.	z.B. Newsletter, Flyer, E-Mails, Teambesprechungen	
2.9. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung der Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung einbezogen.	z.B. Befragung, Arbeitsgruppe, Workshop, Teambesprechungen	
Die Einrichtung begünstigt die Teilnahme an Angeboten zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung durch finanzielle Anreize.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
2.10. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine einfache, ggf. kostenlose Teilnahme an internen Angeboten zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.		
2.11. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht Vergünstigungen für externe Angebote zur Stressbewältigung und Ressourcenstärkung.	z.B. finanzielle Unterstützung, Anrechnung auf Arbeitszeit, Kooperation mit Anbietern wie Schwimmbad oder Sportstudio	

3. Bewegungsförderliche Umgebung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Mitarbeiter:innen

Bewegungsfördernde Maßnahmen ergänzen die Beratung zur gesundheitsfördernden Arbeitsgestaltung und die gesundheitsförderliche Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen in Form einer bewegungsförderlichen Umgebung um Gruppenangebote, die Wissen und Handlungskompetenzen zur körperlichen Aktivität aufbauen und Belastungen und Beschwerden des Bewegungsapparates bewältigen helfen (vgl. GKV-Spitzenverband 2020a: 124).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Kurse

z.B. Rückenschule, Pilates, Zumba, Ski- / Langlaufkurs, Nordic Walking, Lauftraining, aktivierende Pause (Kooperation mit Sportverein)

Finanzielle Anreize

z.B. Fitnesskarte mit Bonussystem, Schnuppermonat im Sportstudio, Vergünstigungen im Schwimmbad

Schulungen

z.B. Kinästhetik, rückengerechtes Arbeiten

Eigene Vereine / Wettkämpfe

z.B. Kegeln, Fußball, Firmenläufe, Drachenbootrennen

Weiteres

z.B. Walking + gesundes Essen, Rückensprechstunde, Fitnessraum mit Anleitung

* ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.1. <input type="checkbox"/>	Das Präventionskonzept zur Bewegungsförderung bezieht Aspekte zur Förderung der sozialen Teilhabe am Arbeitsplatz und gemeinschaftsbildende Aktivitäten ein.	z.B. Freizeitaktivitäten, Ausflüge, Teambuildingmaßnahmen, Fußballverein, Firmenläufe	
3.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung kombiniert Bewegungsangebote bedarfsbezogen mit anderen Handlungsfeldern.	z.B. Walking und gesunde Ernährung, Entspannung und Bewegung	
3.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt Kooperationen.	z.B. mit Sportverein, Sportstudio	
Die Einrichtung sorgt für Rahmenbedingungen, die Bewegungsförderung begünstigen.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, siehe Hauptcheckliste, 1.2.1-1.2.6.		
3.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass es sowohl interne als auch externe und passgenaue Angebote zur Bewegungsförderung gibt.	z.B. Dehnungs- und Kräftigungsangebote, Muskelauflbautraining, Rückenschule, Ausdauerangebote z.B. Lauftraining, Angebote zum Ausgleich der beruflichen körperlichen Belastung (z.B. aktivierende Pause)	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.6. <input type="checkbox"/>	<p>Die individuellen Angebote zur Bewegungsförderung sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglichst arbeitsplatzbezogene Formate • dauerhaft im Arbeitsalltag umsetzbar • in angemessenen Räumlichkeiten durchführbar • in zumutbaren Entfernungen erreichbar • zeitlich auf den Schichtplan abgestimmt • mit oder sogar innerhalb der Arbeitszeit realisierbar • mit ausreichend Plätzen zur Teilnahme ausgestattet • freiwillig 	z.B. flexible, partizipative und verbindliche Abstimmung der Arbeitszeit, zeitflexible Bewegungsangebote wie Fitnessraum (mit Anleitung)	
3.7. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung informiert ihre Mitarbeiter:innen regelmäßig und umfassend über Angebote.	z.B. Newsletter, Flyer, E-Mails, Teambesprechungen	
3.8. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung der Angebote eingebunden.	z.B. Befragung, Arbeitsgruppe, Workshop, Teambesprechungen	
Die Einrichtung begünstigt die Teilnahme an Angeboten zur Bewegungsförderung durch finanzielle Anreize.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
3.9. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine einfache, ggf. kostenlose Teilnahme an internen Angeboten.		
3.10. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht Vergünstigungen für externe Angebote.	z.B. finanzielle Unterstützung, Anrechnung auf Arbeitszeit, Kooperation mit Anbietern wie Schwimmbad oder Sportstudio, Bonussystem für die aktive Mitgliedschaft im Sportverein	

4. Gesundheitsgerechte Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag

Neben der gesundheitsgerechten Verpflegung im Arbeitsalltag können Beratungs- und Gruppenangebote zur gesundheitsgerechten Ernährung sinnvoll sein, z.B. zur Gewichtsreduktion. Neben Sensibilisierung für gesundheitsgerechte Ernährung und einer Erhöhung der Akzeptanz bedarfsgerechter Angebote sollen Handlungskompetenzen zu einer eigenverantwortlichen bedarfsgerechten Ernährung vermittelt werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2020a:125).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Kurse


z.B. Abnehmkurs, Ernährungsberatung, Schulung gesunde Ernährung, Walking und gesundes Essen

Produkte

z.B. gesundes Frühstück, alle 14 Tage Smoothies, Obstkorb, Salatbuffet

* ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.1. <input type="checkbox"/>	Das Konzept zur gesundheitsgerechten Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag bezieht Aspekte zur Förderung der sozialen Teilhabe und gemeinschaftsbildende Aktivitäten am Arbeitsplatz ein.	z.B. gesundes Frühstück, gemeinsam Kochen oder Backen	
4.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung kombiniert Ernährungsangebote bedarfsbezogen mit anderen Handlungsfeldern.	z.B. Walking und gesundes Essen	

Die Einrichtung sorgt für Rahmenbedingungen, die gesundheitsgerechte Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag begünstigen.			
	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, siehe Hauptcheckliste, 1.2.1-1.2.6.		
4.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass es sowohl interne als auch externe und passgenaue Angebote zur gesundheitsgerechten Verpflegung und Ernährung einschließlich Flüssigkeitszufuhr im Arbeitsalltag gibt.		
4.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass die Ausrichtung des Verpflegungsangebotes einschließlich Flüssigkeitsversorgung (Kantinen- Pausen- und Besprechungsverpflegung) an den aktuellen Ernährungsempfehlungen und den Bedarfen und Bedürfnissen der Mitarbeiter:innen orientiert ist.	z.B. DGE-Empfehlungen „Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE“, DGE-Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung, DGE-Empfehlungen „Essen am Arbeitsplatz und in der Kantine“ (siehe auch Anregungen für die Praxis zur 4. Teil-Checkliste)	
4.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass passgenaue Vereinbarungen bei der Essensbelieferung geschlossen werden.	z.B. durch Beteiligung der Mitarbeiter:innen bei der Auswahl	
4.7. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass die Öffnungszeiten der Verpflegungseinrichtungen auf die Bedürfnisse und Arbeitszeiten der Mitarbeiter:innen angepasst sind.	z.B. angepasst an Schichtpläne, angemessene Pausenzeiten ohne Unterbrechung	
4.8. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine bedarfsgerechte, ansprechende Gestaltung der Sozial- und Pausenräume und ggf. des Betriebsrestaurants / der Kantine.		
4.9. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung bietet im Rahmen der Betriebsverpflegung keinen Alkohol an.		

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.10. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung informiert ihre Mitarbeiter:innen regelmäßig und umfassend über Angebote zu gesundheitsgerechten Verpflegungsmöglichkeiten, dies gilt auch für Einrichtungen ohne Gemeinschaftsverpflegung.	z.B. Newsletter, Flyer, E-Mails, Teambesprechungen	
4.11. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung baut eine Teamkultur für gemeinsames gesundes Essen und Trinken auf. Das bedeutet auch, dass gemeinsame Mahlzeiten bzw. Essenspausen bzgl. der Arbeitsorganisation möglich sind.	z.B. Obstkorb für Anreize gesunder Pausenmahlzeiten, Kantinenversorgung auch für Mitarbeiter:innen, Salatbuffet, Wunschessen	
4.12. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung der Angebote einbezogen.	z.B. Befragung, Arbeitsgruppe, Workshop, Wunschessen	
4.13. <input type="checkbox"/>	Die individuellen Ernährungsangebote sind <ul style="list-style-type: none"> • möglichst arbeitsplatzbezogene Formate • dauerhaft im Arbeitsalltag umsetzbar • in angemessenen Räumlichkeiten durchführbar • in zumutbaren Entfernungen erreichbar • zeitlich auf den Schichtplan abgestimmt • mit oder sogar innerhalb der Arbeitszeit realisierbar • mit ausreichend Plätzen zur Teilnahme ausgestattet • freiwillig 	z.B. flexible, partizipative und verbindliche Abstimmung der Arbeitszeit, zeitflexible Ernährungsangebote wie Obstkorb	

Die Einrichtung begünstigt die Teilnahme an Angeboten zur gesundheitsgerechten Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag durch finanzielle Anreize.

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
4.14. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine einfache, ggf. kostengünstige Teilnahme an der Betriebsverpflegung.		
4.15. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht Vergünstigungen für externe Angebote.	z.B. finanzielle Unterstützung	

5. Verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention in der Einrichtung


Neben verhältnisbezogenen Maßnahmen wie bspw. Regelungen zum Passivrauchen oder der Einrichtung separater Raucherbereiche können verhaltenspräventive Angebote gemacht werden. Hierzu gehören Informationsangebote zu suchtrelevanten Themen, die Sensibilisierung der Mitarbeiter:innen zu Suchtgefahren und ihrer Verhütung sowie die Beratung zu, Vermittlung und Durchführung von Angeboten zur Tabakentwöhnung, gesundheitsgerechtem Umgang mit Alkohol oder weiteren Suchtmitteln wie bspw. Medikamenten. Bedarfsorientiert sollten auch Hinweise auf Angebote und Einrichtungen der Suchthilfe und Selbsthilfekontaktstellen gegeben werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2020a: 125).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

z.B. Raucherentwöhnung

Kurse

* ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
 5.1. <input type="checkbox"/>	Das Präventionskonzept zur Suchtprävention bezieht Aspekte zur Förderung der sozialen Teilhabe am Arbeitsplatz und gemeinschaftsbildende Aktivitäten ein.	z.B. Freizeitaktivitäten, Ausflüge, Teambuildingmaßnahmen	

Die Einrichtung sorgt für Rahmenbedingungen die verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention begünstigen.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, siehe Hauptcheckliste, 1.2.1-1.2.6.		
5.3. <input type="checkbox"/>	Zu allen suchtrelevanten Themen liegen Informationen für Mitarbeiter:innen vor.	z.B. zur Reduktion des Tabakkonsums bzw. vollständiger Rauchverzicht, kein bzw. risikoarmer Konsum von Alkohol	
5.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass es sowohl interne als auch externe und passgenaue Angebote zur Suchtprävention gibt. Auch eine datengeschützte, anonyme Teilnahme wird ermöglicht.	z.B. Rauchentwöhnungskurs, Rauchfrei-App	
5.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung verknüpft die Suchtprävention mit den Angeboten der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes.	z.B. gemeinsame Steuerungsgruppe	
5.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung fördert Regelungen zur Suchtprävention an der Schnittstelle zwischen Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen.	z.B. Regelungen zum Nichtraucherchutz und zur Erfüllung der Vorbildfunktion von Mitarbeiter:innen finden	
5.7. <input type="checkbox"/>	Die individuellen Angebote zur Suchtprävention sind <ul style="list-style-type: none"> • möglichst arbeitsplatzbezogene Formate • dauerhaft im Arbeitsalltag umsetzbar • in angemessenen Räumlichkeiten durchführbar • in zumutbaren räumlichen Distanzen erreichbar • zeitlich auf den Schichtplan abgestimmt • mit oder sogar innerhalb der Arbeitszeit realisierbar • mit ausreichend Plätzen zur Teilnahme ausgestattet • freiwillig 	z.B. Suchtbeauftragter, flexible, partizipative und verbindliche Abstimmung der Arbeitszeit	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.8. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung informiert ihre Mitarbeiter:innen regelmäßig und umfassend über Angebote zur Suchtprävention.	z.B. Newsletter, Flyer, E-Mails, Teambesprechungen	
5.9. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung der Angebote zur Suchtprävention einbezogen.	z.B. Befragung, Arbeitsgruppe, Workshop, Teambesprechungen	
5.10. <input type="checkbox"/>	Die Führungskräfte achten auf Anzeichen für Suchterkrankungen, die die Arbeitsfähigkeit gefährden.	z.B. bedarfsbezogene Einzelgespräche, um Hilfe anzubieten sowie Fremd- und Selbstgefährdung zu vermeiden; bedarfsbezogenen Einbezug der Berufsgenossenschaft	
Die Einrichtung begünstigt verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention durch finanzielle Anreize.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
5.11. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine einfache, ggf. kostenlose Teilnahme an internen Angeboten.		
5.12. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht Vergünstigungen für externe Angebote.	z.B. finanzielle Unterstützung, Anrechnung auf Arbeitszeit	

6. Prävention von Gewalt / Konflikten

Die Ausübung von Gewalt kann viele Formen annehmen. Sie wird ausgeübt, sobald Personen durch Krisen- und Konfliktsituationen physisch oder psychisch verletzt werden. Dabei kann es sich um verbale Formen wie Beleidigungen oder Drohungen, herausforderndes Verhalten oder um tätliche Übergriffe handeln. Gewaltprävention beschränkt sich daher nicht auf die Verhinderung körperlicher Gewalt, sondern setzt auf den professionellen Umgang mit jeglichem herausforderndem Verhalten (vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) 2020, GKV-Spitzenverband 2020b: 18f.).

Beispielmaßnahmen aus Einrichtungen*

Schulungen

z.B. Prävention von Gewalt, Deeskalationsschulung

* ermittelt aus Befragungen der Einrichtungen im Rahmen von QualiPEP, Auflistung ist unabhängig von einer Finanzierung durch die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.1. <input type="checkbox"/>	Zur Prävention von Gewalt / Konflikten erfolgt eine Abstimmung mit dem/der Beauftragten für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.		
6.2. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat ein Konzept zur Prävention von Gewalt / Konflikten. Dabei beachtet sie, dass dies sowohl Bewohner:innen als auch Mitarbeiter:innen betrifft und die Datenschutzbestimmungen / Anonymität gewahrt werden.	z.B. Sensibilisierung und regelmäßige Schulung der Mitarbeiter:innen, einrichtungsinterne Handlungsempfehlungen zum transparenten Umgang mit Verdachtsfällen und aktuellen Vorfällen	
6.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung bietet zum Umgang mit Vorfällen von Gewalt ein anonymes Beschwerdemanagement zur Nutzung durch Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen und Angehörige / Bezugspersonen an.		

Die Einrichtung sorgt für Rahmenbedingungen, die Prävention von Gewalt und Konflikten begünstigen.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen, siehe Hauptcheckliste, 1.2.1-1.2.6		
6.5. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass es sowohl interne als auch externe und passgenaue Angebote zur Gewaltprävention gibt.	z.B. Deeskalationsschulungen, Qualifizierung von Konfliktlotsen, transparenter Umgang mit Verdachts- und Vorfällen (anonymisiert), Fallbesprechungen	
6.6. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt für eine geregelte Pausenkultur, um die Erholung der Mitarbeiter:innen zu fördern und Konflikte zu vermeiden.		
6.7. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung sorgt dafür, dass die Kompetenz zur Abgrenzung von Privat- und Berufsleben gefördert und Konfliktpotenzial reduziert wird.		
6.8. <input type="checkbox"/>	Die Leitung beugt Gewalt vor, indem sie das Thema offen und vertrauensvoll begleitet und u.a. mögliche Überlastungserscheinungen bei Mitarbeiter:innen beobachten ggf. anspricht.	z.B. Konfliktlotsen, Vertrauenspersonen	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.9. <input type="checkbox"/>	<p>Die individuellen Angebote zur Gewaltprävention sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglichst arbeitsplatzbezogene Formate • dauerhaft im Arbeitsalltag umsetzbar • in angemessenen Räumlichkeiten durchführbar • in zumutbaren Entfernungen erreichbar • zeitlich auf den Schichtplan abgestimmt • mit oder sogar innerhalb der Arbeitszeit realisierbar • mit ausreichend Plätzen zur Teilnahme ausgestattet • freiwillig 	z.B. flexible, partizipative und verbindliche Abstimmung der Arbeitszeit, zeitflexible Angebote zur Gewaltprävention	
6.10. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung informiert ihre Mitarbeiter:innen regelmäßig und umfassend über Angebote zur Gewaltprävention.	z.B. Newsletter, Flyer, E-Mails, Teambesprechungen	
6.11. <input type="checkbox"/>	Die Mitarbeiter:innen werden in die Entwicklung der Angebote zur Gewaltprävention einbezogen.	z.B. Befragung, Arbeitsgruppe, Workshop, Teambesprechungen	
Die Einrichtung begünstigt die Teilnahme an Angeboten zur Prävention von Gewalt und Konflikten durch finanzielle Anreize.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
6.12. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht eine einfache, ggf. kostenlose Teilnahme an internen Angeboten zur Gewaltprävention.		
6.13. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung ermöglicht Vergünstigungen für externe Angebote zur Gewaltprävention.	z.B. finanzielle Unterstützung, Anrechnung auf Arbeitszeit	

7. Bedarfsanalyse

Zur Bedarfsanalyse können Sie mehrere Daten der Einrichtung nutzen oder gemeinsam mit Mitarbeiter:innen erheben.

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
7.1. <input type="checkbox"/>	Vorhandene Daten / Informationen nutzen (der Einrichtung, des Betriebsarztes, der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes)	z.B. Informationen über Arbeitsunfähigkeitstage, Fluktuation der Mitarbeiter:innen, Gefährdungsbeurteilungen, Teambesprechungen können auch genutzt werden, um Bedarfe zu erfragen	
7.2. <input type="checkbox"/>	Neue Daten / Informationen erheben	z.B. Fragebogen, moderiertes Gruppengespräch, Gesundheitszirkel	


8. Betriebliche Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements⁶

Zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird sensibilisiert und eine Entscheidung getroffen.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.1. <input type="checkbox"/>	Der Träger organisiert die Information und Beratung durch zuständige Institutionen der betrieblichen Gesundheitsförderung.	z.B. durch eine gesetzliche Krankenkasse, durch die BGF-Koordinierungsstelle, durch die zuständige Berufsgenossenschaft	
8.2. <input type="checkbox"/>	Der Träger sorgt für eine Sensibilisierung und Motivierung der betrieblich Verantwortlichen, der Führungskräfte und der Mitarbeiter:innen.	z.B. Arbeitsunfähigkeitsauswertung durch die Krankenkassen, Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheitstag, qualitätsgestützte Erkenntnisse einschlägiger Institutionen wie die Initiative für Gesundheit und Arbeit (iga), die Initiative für Neue Qualität der Arbeit (INQA) oder die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)	
8.3. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung trifft eine Entscheidung zum Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung.		

⁶ Einige der hier aufgeführten Kriterien entstammen dem sogenannten „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“, einem Selbstbewertungsinstrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Krankenhäusern (vgl. Dietscher et al. 2015).

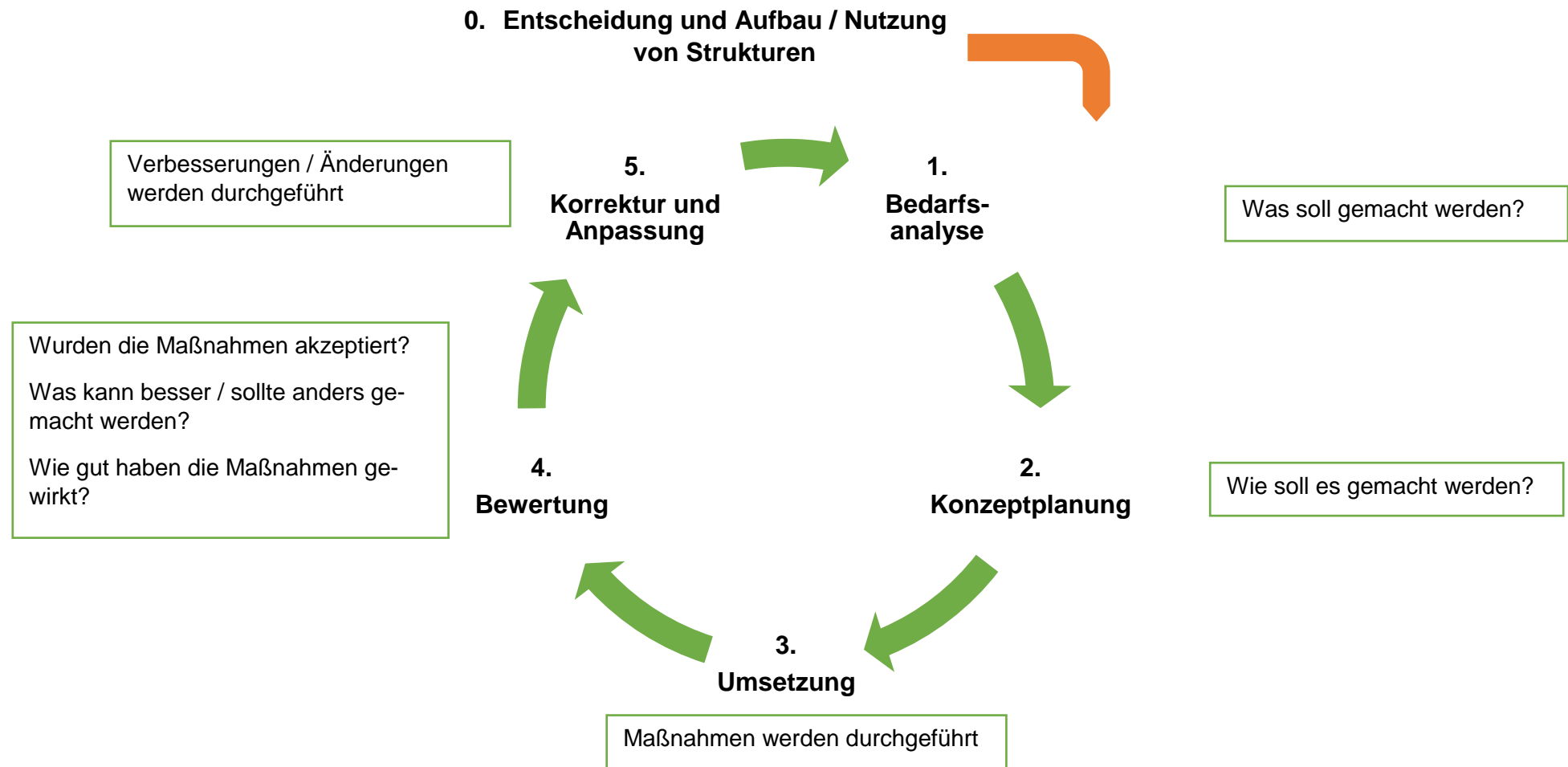
Betriebliche Gesundheitsförderung ist Teil der Einrichtungsverantwortung.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.4. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung hat Dokumente, die betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmensverantwortung definieren.	z.B. im Leitbild der Einrichtung, in Stellenausschreibungen	
8.5. <input type="checkbox"/>	Die personelle Zuständigkeit für betriebliche Gesundheitsförderung ist klar geregelt.		
8.6. <input type="checkbox"/>	Der Träger stellt finanzielle Mittel zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung.		
8.7. <input type="checkbox"/>	Der Träger stellt Personal zur Organisation und ggf. auch Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verfügung.		
Das Management unterstützt Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und die Messung ihrer Wirkung.			
✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.8. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung plant Umsetzungsmaßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und führt sie durch. Dabei <ul style="list-style-type: none"> • sind konkrete Ziele und Teilziele festgelegt. • gibt es einen Zeitplan zur Zielerreichung. • werden Mitarbeiter:innen darüber informiert. 		
8.9. <input type="checkbox"/>	Der Träger berücksichtigt betriebliche Gesundheitsförderung in anderen Unternehmensbereichen.	z.B. Berücksichtigung ergonomischer Anforderungen bei baulichen Maßnahmen, Personalentwicklung, betriebliche Gesundheitsförderung zur Rekrutierung neuer Mitarbeiter:innen nutzen	
8.10. <input type="checkbox"/>	Betriebliche Gesundheitsförderung ist Teil des Qualitätsmanagements.	z.B. Messungen und Begleitung von Veränderungsprozessen	

Zur Verbreitung und Implementation von betrieblicher Gesundheitsförderung findet eine überbetriebliche Vernetzung und Beratung statt.

	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
8.11. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt Beratungsmöglichkeiten.	z.B. durch eine gesetzliche Krankenkasse	
8.12. <input type="checkbox"/>	Die Einrichtung nutzt überbetriebliche Netzwerke, u.a. zu Beratungszwecken.		

9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess

Gibt es eine klare Entscheidung zur betrieblichen Gesundheitsförderung? Wird das Vorhaben akzeptiert? Sind die Mitarbeiter:innen motiviert?



✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
9.1. <input type="checkbox"/>	<p>Der Gesundheitsförderungsprozess hat 5 Phasen und wird dann fortlaufend wiederholt. Vor dem Start wird einmalig Phase 0 durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0) Entscheidungsfindung und Nutzung / Aufbau von Strukturen (siehe 8. Teil-Checkliste) 1) Bedarfsanalyse 2) Konzeptplanung 3) Umsetzung 4) Bewertung 5) Korrektur und Anpassung. <p>Nachhaltigkeit: Der Prozess beginnt von neuem und wird fortlaufend wiederholt.</p>	z.B. Bewertung durch Befragungen, Gespräche (siehe auch 1.5.1, 1.5.2), zudem lässt sich die Bedarfsanalyse (siehe 7. Teil-Checkliste) zur Abbildung von Veränderungen einsetzen	
9.2. <input type="checkbox"/>	Die Umsetzung erfolgt unter Einbeziehung der Mitarbeiter:innen.	z.B. über die Vertretung der Mitarbeiter:innen	

✓	Qualitätskriterien	Beispiele	Eigene Anmerkungen
9.3. <input type="checkbox"/>	<p>In der Einrichtung wird eine Steuerungsgruppe mit betrieblicher Gesundheitsförderung betraut. Beteiligt sind Verantwortliche der Einrichtung und Mitarbeiter:innen. Daneben werden weitere Akteure des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) einbezogen, insb. der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes.</p>	<p>z.B. Gremien: Steuerungsgruppe, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Prävention, Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)</p> <p>z.B. Personen: Einrichtungsleitung, Wohnbereichsleitung, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagementbeauftragte:r, Betriebs- bzw. Personalrat / Vertretung der Mitarbeiter:innen (aller Hierarchieebenen und aller Arbeitsbereiche), Vertretung der Bewohner:innen (Heimbeirat), Betriebsärzt:in, Fachkraft für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit, Personalabteilung bzw. die für Personalentwicklung zuständige Stelle, Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), Schwerbehindertenvertretung, Gleichstellungsbeauftragte, Vertreter:innen weiterer betrieblicher Gesundheits- und Sozialeinrichtungen (z.B. Sucht- und Konfliktbeauftragte), externe Prozessbegleitung</p>	
9.4. <input type="checkbox"/>	<p>Insofern auch Prävention und Gesundheitsförderung für die Bewohner:innen der Einrichtung durchgeführt werden, sind die Themen gemeinsam Teil des Prozesses.</p>		
9.5. <input type="checkbox"/>	<p>Die Umsetzung erfolgt kontinuierlich, d.h. der Prozess wird fortlaufend wiederholt.</p>		

Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise

1. Hauptcheckliste

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Zudem werden je nach Krankenkasse teilweise auch Maßnahmen zu den Themenfeldern angeboten bzw. finanziert. Zur Finanzierung sind die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu beachten. Sie sind im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (Kap. 6).

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Im Leitfaden „Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) widmet sich das Kapitel 6 der Betrieblichen Gesundheitsförderung und beschreibt ihre **Einbettung in den Managementprozess für eine nachhaltige Umsetzung**. [Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)
- Das European Network for Workplace Health (ENWHP) macht es sich zum Ziel, betriebliche Gesundheit zu fördern und weiterzuentwickeln. In dem Zusammenhang ist im Rahmen einer Initiative ein **Selbstbewertungs-Fragebogen** für Unternehmen entstanden, der weitere Hinweise zur Erkennung von Bedarfen und Wirkungen geben kann. [Siehe hierzu enwhp.org](http://enwhp.org)
- **Gesundheitsgerechte Führung** ist ein wesentlicher Faktor der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. Die ENHW hat hierzu Handlungsempfehlungen formuliert. [Siehe hierzu enwhp.org](http://enwhp.org)
- **Gute Führung in der Pflege** wird in der gleichnamigen Handlungshilfe der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) thematisiert. Die praktischen Empfehlungen und Anregungen für die Pflegepraxis beziehen sich auf sechs Themen: Zeitdruck in der Pflege, Führung, Kommunikation und Interaktion, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Pflege demenzkranker Personen und Entbürokratisierung in der Pflege. [Siehe hierzu wege-zur-pflege.de](http://wege-zur-pflege.de)
- **„Gesund Führen“** ist eines der inhaltlichen Kapitel einer Handlungshilfe zur Stressbewältigung. Tipps „von Pflegenden für Pflegende“ werden hier mit Arbeitshilfen kombiniert, um die Umsetzung in der Praxis stationärer (und ambulanter) Altenpflegeeinrichtungen zu erleichtern. Die Handlungshilfe wurde gemeinsam mit dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland/Hamburg und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) erstellt. [Siehe hierzu inqa.de](http://inqa.de)

- „**Arbeitsorganisation in der Pflege**“ ist das Thema eines Beratungsangebots der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Die Themen erstrecken sich über Dienstplangestaltung, den Pflegealltag bis hin zu Angeboten für Mitarbeiter:innen. Die Beratung erfolgt durch eine:n BGW-Berater:in anhand von vier Modulen: (1) eine Ist-Analyse durch die Befragung der Mitarbeiter:innen, (2) eine teilnehmende Beobachtung und Interviews zur Strukturqualität, (3) verschiedenen Workshops und (4) die Qualifizierung der Projektverantwortlichen der entsprechenden Einrichtung/en. [Siehe hierzu bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)
- Gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und Bedingungen: **Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit** kann durch die freiwillige (!) Umsetzung von Normen (**DIN ISO 45001:2018**) anhand eines Managementsystems (SGA-MS) strukturiert umgesetzt werden. [Siehe hierzu din.de](http://www.din.de)
- Für eine **systematische Verankerung** Betrieblicher Gesundheitsförderung und **ein zertifiziertes betriebliches Gesundheitsmanagement** können Einrichtungen auf die **DIN SPEC 91020:2012-07** zurückgreifen. [Siehe hierzu beuth.de](http://www.beuth.de)
- Zur „**guten Stationsorganisation**“ hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (**baua**) einen Leitfaden für Krankenhäuser erstellt. Themen sind bspw. Dienstplangestaltung oder Informationsflussgestaltung. Einige der Bereiche lassen sich auf stationäre Pflegeeinrichtungen übertragen. [Siehe hierzu baua.de](http://www.baua.de)
- Im Rahmen der Kampagne „**kommmitmensch**“ der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften (UK | BG) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) werden **zahlreiche Handlungshilfen zu den Themen Führung, Kommunikation, Beteiligung, Fehlerkultur, Betriebsklima** sowie Sicherheit und Gesundheit zur Verfügung gestellt. [Siehe hierzu kommmitmensch.de](http://www.kommmitmensch.de)
- Informationen und Angebote rund um **gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen** bietet auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), u.a. zur Arbeitsorganisation oder gesunder Führung. [Siehe hierzu bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)
- Informationen und Angebote rund um **gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen in der Pflege** bietet die BGW u.a. anhand einer im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) erstellen Informationsoffensive Pflege. [Siehe hierzu bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)

2. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Zudem werden je nach Krankenkasse teilweise auch Maßnahmen zu den Themenfeldern angeboten bzw. finanziert. Zur Finanzierung sind die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu beachten. Sie sind im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (Kap. 6).

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Das ENHWP bietet **Handlungsempfehlungen für Führungskräfte und Mitarbeiter:innen**, um die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern. [Siehe hierzu enwhp.org](http://enwhp.org) (Führungskräfte) [bzw. enwhp.org](http://enwhp.org) (Mitarbeiter:innen)
- **Tipps zur Stressbewältigung „von Pflegenden für Pflegende“** werden mit Arbeitshilfen kombiniert, um die Umsetzung in der Praxis stationärer (und ambulanter) Altenpflegeeinrichtungen zu erleichtern. Die Handlungshilfe wurde gemeinsam mit dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland/Hamburg und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) erstellt. [Siehe hierzu inqa.de](http://inqa.de)
- Informationen und Angebote rund um **gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen** bietet auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), u.a. zur Prävention psychischer Belastungen. [Siehe hierzu bgw-online.de](http://bgw-online.de)

3. Bewegungsförderliche Umgebung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Mitarbeiter:innen

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Zudem werden je nach Krankenkasse teilweise auch Maßnahmen zu den Themenfeldern angeboten bzw. finanziert. Zur Finanzierung sind die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu beachten. Sie sind im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (Kap. 6).

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Bewegungsförderliches Arbeiten impliziert u.a. die **Vorbeugung von Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE)**. Damit besteht hier eine Schnittstelle von betrieblicher Gesundheitsförderung mit Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Dementsprechend bietet das Arbeitsprogramm MSE der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) aus Bund, Ländern, Unfallversicherungsträgern und deren Partnern (gesetzliche Krankenkassen, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberverbände) einen Überblick über Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten. Die Beispiele guter Praxis ergänzen die Übersicht inklusive einem Beispiel aus der Pflege. [Siehe hierzu gdabewegt.de](https://www.gdabewegt.de)

4. Gesundheitsgerechte Verpflegung und Ernährung im Arbeitsalltag

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Zudem werden je nach Krankenkasse teilweise auch Maßnahmen zu den Themenfeldern angeboten bzw. finanziert. Zur Finanzierung sind die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu beachten. Sie sind im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (Kap. 6).

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](https://www.gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse formuliert die **Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) 10 Regeln für eine vollwertige Ernährung**, die gesundhalten und die Leistung sowie das Wohlbefinden fördern soll. [Siehe hierzu dge.de](https://www.dge.de)
- Detailliertere Informationen zum **Essen am Arbeitsplatz und in der Kantine**, um sich fit und leistungsfähig zu halten und sich auch am Arbeitsplatz gesund zu ernähren, bietet ebenfalls die DGE. [Siehe hierzu dge.de](https://www.dge.de)
- Der **DGE-Qualitätsstandard für die Betriebsverpflegung** nennt Kriterien zur Gestaltung eines gesundheitsfördernden Speisenangebotes für die Mittagsmahlzeit und berücksichtigt dabei insbesondere eine bedarfsgerechte Nährstoffzufuhr, das Angebot energiefreier und -armer Getränke, eine angenehme Essatmosphäre, die Fachkompetenz des Küchen- und Ausgabepersonals sowie eine angemessene Preisgestaltung, die allen Mitarbeiter:innen die Teilnahme an der Betriebsverpflegung ermöglicht. [Siehe hierzu jobundfit.de](https://www.jobundfit.de)

5. Verhältnis- und verhaltensbezogene Suchtprävention in der Einrichtung

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Zudem werden je nach Krankenkasse teilweise auch Maßnahmen zu den Themenfeldern angeboten bzw. finanziert. Zur Finanzierung sind die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu beachten. Sie sind im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes des Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (Kap. 6).

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. bietet zahlreiche Tipps und Hinweise zur Umsetzung eines **Betrieblichen Suchtprogramms**. [Siehe hierzu sucht-am-arbeitsplatz.de](http://sucht-am-arbeitsplatz.de). Neben Informationen zu Rahmenbedingungen, rechtlichen Fragen und einer kontinuierlichen Weiterentwicklung findet man **u.a. die Beschreibung und Praxisbeispiele für eine Betriebs- und Dienstvereinbarung**, um eine rechtsverbindliche Grundlage für ein Suchtprogramm zu schaffen. [Siehe hierzu sucht-am-arbeitsplatz.de](http://sucht-am-arbeitsplatz.de)

6. Prävention von Gewalt / Konflikten

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Zudem werden je nach Krankenkasse teilweise auch Maßnahmen zu den Themenfeldern angeboten bzw. finanziert. Zur Finanzierung sind die Kriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V zu beachten. Sie sind im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes des Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) festgelegt (Kap. 6)

[Siehe hierzu gkv-spitzenverband.de](http://gkv-spitzenverband.de)

Anregungen:

- Die **Verhinderung und Lösung von Konflikten** ist eines der inhaltlichen Kapitel einer Handlungshilfe zur Stressbewältigung. Tipps „von Pflegenden für Pflegende“ werden hier mit Arbeitshilfen kombiniert, um die Umsetzung in der Praxis stationärer (und ambulanter) Altenpflegeeinrichtungen zu erleichtern. Die Handlungshilfe wurde gemeinsam mit dem Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH der AOK Rheinland/Hamburg und der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) erstellt. [Siehe hierzu inqa.de](http://inqa.de)

- Zahlreiche **Informationen und Handlungsempfehlungen** rund um das Thema Gewaltprävention in der Pflege stellt auch das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) zur Verfügung. [Siehe hierzu pflege-gewalt.de/](https://www.zqp.de/)
- Gewaltprävention wird als Teil des Arbeitsschutzes auch durch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz gefördert. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet **Beratungs- und Qualifizierungsangebote** und fördert die Ausbildung **innerbetrieblicher Deeskalationstrainer:innen**. [Siehe hierzu bgw-online.de](https://www.bgw-online.de/)
- Informationen und Angebote u.a. zum Thema **Umgang mit Gewalt und Aggressionen** bietet die BGW auch anhand ihrer im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) erstellen Informationsoffensive Pflege. [Siehe hierzu bgw-online.de](https://www.bgw-online.de/)
- Die **Gefährdungsbeurteilung** zum Thema Gewalt und Aggressionen und zu psychischen Belastungen dient dazu, **Gewalt zu verhindern und Sicherheit zu schaffen**. Informationen, Handlungshilfen und Praxisbeispiele bietet ebenfalls die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). [Siehe hierzu bgw-online.de](https://www.bgw-online.de/)
Dort finden Sie auch Informationen zum **Umgang mit Vorfällen** mit Bezug auf die Hilfe für Betroffene nach Gewaltvorfällen und Tipps für Arbeitgeber zu deren Unterstützung, bspw. zur Durchführung von sogenannten Auffanggesprächen. [Siehe hierzu bgw-online.de](https://www.bgw-online.de/)

7. Bedarfsanalyse

Hinweis:

Zur Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung kann eine Beratung durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen, die insb. bei der Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses behilflich ist. Auch bei der Bedarfsanalyse kann sie mit Beratung und / oder hilfreichen Material unterstützen.

Eine Beschreibung der Durchführung und Methoden zur Bedarfsanalyse findet man bei allen gesetzlichen Krankenkassen, bspw. auf dem Fachportal für Arbeitgeber der AOK: Arbeitsunfähigkeitsprofil (AU), Differenzierte AU-Datenanalyse (AU-Bericht), Mitarbeiterbefragungen, Arbeitssituationsanalyse, Gesundheitszirkel sowie Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz. Neben einer kurzen Beschreibung der Methoden werden Hinweise auf Unterstützungsmöglichkeiten und Ansprechpartner:innen gegeben. [Siehe hierzu aok.de](https://www.aok.de/)

Anregungen:

- Ein **Selbstbewertungssystem für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung** der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) wurde im Auftrag der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) entwickelt. Ab Kapitel 3 der Einführung in das System wird beschrieben, wie man gemeinsam mit Kolleg:innen Bedarfe feststellen und Umsetzungsmaßnahmen entwickeln und durchführen kann. Die Vorgehensweise lässt sich zur Bedarfsa-

nalyse anhand der vorliegenden Checklisten heranziehen und ist unter folgendem Link abrufbar. [Siehe hierzu baa.de](#). Eine Übersicht finden sie auch hier: [inqa.de](#)

- Für die **Analyse von Bedarfen oder Veränderungen hinsichtlich der Betrieblichen Gesundheitsförderung** sind die Daten des „DGB-Index Gute Arbeit“ des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) ggf. hilfreich. Sie beschreiben die Arbeitsbedingungen aus Mitarbeiter:innensicht und lassen z.B. Aussagen über psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu. Neben einer deutschlandweiten, länder- oder branchenspezifischen Auswertung ist auch der Einsatz des Index auf Organisations- oder Einrichtungsebene möglich. [Siehe hierzu index-gute-arbeit.dgb.de](#)

8. Betriebliche Gesundheitsförderung als fester Bestandteil der Einrichtungsverantwortung mit Unterstützung des Managements

Anregungen:

- Informationen zu **betrieblichem Gesundheitsmanagement** und zugehörigen **Qualifizierungsmöglichkeiten** bietet auch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (**DGUV**): [Siehe hierzu dguv.de - Prävention](#) bzw. [dguv.de - Weiterbildung](#)

9. Strukturierter Gesundheitsförderungsprozess

Beispiel zur Durchführung eines strukturierten Gesundheitsförderungsprozesses

Phase	Beispiel
0) Entscheidungsfindung und Aufbau / Nutzung von Strukturen (siehe 8. Teil-Checkliste)	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung durch eine gesetzliche Krankenkasse und Durchführung eines Gesundheitstages. • Die Leitung und die Vertretung der Mitarbeiter:innen entscheiden sich gemeinsam zur Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung.
1) Bedarfsanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Arbeitsunfähigkeitstage der Einrichtungen zeigen einen hohen Krankenstand (Auswertung der Routinedaten der Krankenkassen). • Die Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung verweist auf ein hohes Stresslevel. • Ein Gesundheitszirkel zeigt, dass insb. ein hoher Bedarf nach rückschonenden Arbeitsmethoden und Stressabbau gibt; zudem wird thematisiert, dass es bereits Präventionsangebote gibt, die Mitarbeiter:innen aber insb. aufgrund des Schichtsystems keine Zeit finden, daran teilzunehmen

2) Konzeptplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einrichtung erstellt ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung.
3) Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Kurs zum Stressmanagement und ein Kurs zum rückschonenden Arbeiten werden angeboten. • Außerdem wird eine partizipative und flexible Dienstplangestaltung eingeführt, um die Teilnahme an den Angeboten zu ermöglichen und die Arbeitsgestaltung insgesamt gesundheitsförderlicher zu gestalten. So kann bspw. auch individuell auf private Engpässe etwa aufgrund von Kinderbetreuung oder zu pflegenden Angehörigen reagiert werden.
4) Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Gesundheitszirkel mit den Mitarbeiter:innen führt zu den Hinweisen (+) dass die Kurse beide gut angenommen und als hilfreich empfunden werden. (-) Da jeder Kurs lediglich einmal wöchentlich stattfindet, ist die Realisierung auch bei flexibler Dienstplangestaltung schwierig. (-) Die Umsetzung rückschonenden Arbeitens wird bei Zeitdruck als schwer umsetzbar empfunden.
5) Korrektur und Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kurse werden nun jeweils zweimal wöchentlich zu verschiedenen Uhrzeiten angeboten, sodass eine Teilnahme einfacher umzusetzen ist. • Die Leitung weist offiziell mündlich sowie schriftlich darauf hin, dass sie die Methoden rückschonenden Arbeitens ausdrücklich unterstützt und dies auch vorgenommen werden soll, wenn man unter Zeitdruck steht.

Selbst- bewertungs- bogen

für die Förderung der
Gesundheitskompetenz

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

QualiPEP- Selbstbewertungsbogen

**Förderung der Gesundheitskompetenz
in stationären Pflegeeinrichtungen**

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Einleitung	3
1. Standard: Materialien und Angebote gemeinsam entwickeln und evaluieren	6
2. Standard: Mitarbeiter:innen zur gesundheitskompetenten Kommunikation mit Bewohner:innen fortbilden	8
3. Standard: Eine unterstützende Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen.....	11
4. Standard: Sich mit Bewohner:innen gesundheitskompetent verständigen	13
5. Standard: Die Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen und Angehörigen verbessern.....	23
6. Standard: Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen verbessern	26
7. Standard: Kontinuität und Kooperation der Versorgung fördern und zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen.....	30
8. Standard: Erfahrungen teilen und als Vorbild wirken.....	33
9. Standard: Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren.....	35
Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise	40

Einleitung

Eine wichtige Voraussetzung für gesundheitsförderliches Verhalten ist die Gesundheitskompetenz. Damit ist die Fähigkeit gemeint, **gesundheitsrelevante Informationen zu Krankheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung finden, verstehen, beurteilen und anwenden** zu können. Hierzu sollten diese Informationen möglichst leicht zugänglich und verständlich sein.

Die Hälfte der Personen in Deutschland hat Schwierigkeiten, Informationen zur Förderung Ihrer Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für sich persönlich anzuwenden: Sie verfügen nur über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz und können sich nicht gut selbst um ihre eigene Gesundheit kümmern. Dies führt nicht zuletzt zu steigenden Kosten in der Gesundheitsversorgung. Oft sind die Informationen und Zugänge zum Gesundheitssystem zwar grundsätzlich vorhanden, aber werden nicht gefunden oder sind nur schwer zu verstehen. Das beginnt zum Beispiel bei der Suche nach Informationen zu gesundheitsförderlichem Verhalten wie etwa gesunder Ernährung oder Bewegung über das Verstehen der Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten bis hin zur Einnahme von Medikamenten (vgl. Schaeffer et al. 2018: 6ff.).

Darauf kann die Einrichtung positiv einwirken, denn neben den persönlichen Kompetenzen benötigen Menschen auch entsprechende Rahmenbedingungen wie etwa verständlich aufbereitete und zugleich wissenschaftlich abgesicherte Informationen in Broschüren, Zeitschriftenbeiträge etc., die z.B. über den Umgang mit einer chronischen Krankheit wie Bluthochdruck informieren. Ein weiteres Beispiel ist die Vermittlung von Gesundheitsinformationen zu gesunder Ernährung im Alter, etwa im Rahmen von Beratungsgesprächen mit Bewohner:innen oder eines Angehörigenabends. Für Mitarbeiter:innen können regelmäßige Informationen über ihre Gesundheitsrisiken und dazu passende Angebote zu ihrer Gesundheitsförderung in Form von Kursen oder Weiterbildungsangeboten sehr nützlich sein, z.B. halbjährlich per E-Mail oder Aushang in der Teeküche.

Die Steigerung der Gesundheitskompetenz ist zugleich eine Maßnahme zur Erhöhung der Effektivität der Gesundheitsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen und trägt zum Risiko- und Qualitätsmanagement bei (vgl. Dietscher et al. 2015: 7). Auch die Lebensqualität der Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen wird so positiv beeinflusst (vgl. Schaeffer et al. 2018: 4).

Der vorliegende Selbstbewertungsbogen soll eine Orientierungs- bzw. Entscheidungshilfe sein, wenn Sie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Ihrer (oder in mehreren) **stationären Pflegeeinrichtung** entwickeln, umsetzen, verstärken oder optimieren möchten. Dazu ist ein validiertes Selbstwertinstrument für gesundheitskompetente Krankenhäuser, das sogenannte „Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen“ (vgl. Dietscher et al. 2015), im Rahmen des QualiPEP-Projektes auf die Besonderheiten von stationären Pflegeeinrichtungen angepasst worden. Dazu flossen die Ergebnisse von Forschungsarbeiten ein, die in QualiPEP durchgeführt wurden. Hierbei wurden Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen zu Ihren Erfahrungen mit Themen rund um Gesundheitskompetenz befragt. Die beiden Studien wurden durch das QualiPEP-Team bzw. durch Prof. Dr. Beate Blättner (Hochschule Fulda) ausgeführt.

Mit dem Selbstbewertungsbogen können Sie zunächst feststellen, in welchen Bereichen Ihre Einrichtung bereits gut aufgestellt ist und wo Potenzial besteht, Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz zu entwickeln, umzusetzen, zu verstärken oder zu optimieren (Bedarfsanalyse). Dabei sind die Kriterien anhand von neun als Baukastenprinzip aufgebauten Standards einer **gesundheitskompetenten Pflegeeinrichtung sortiert:**

- 1. Materialien und Angebote gemeinsam entwickeln und evaluieren**
- 2. Mitarbeiter:innen zur gesundheitskompetenten Kommunikation mit Bewohner:innen fortbilden**
- 3. Eine unterstützende Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen**
- 4. Sich mit Bewohner:innen gesundheitskompetent verständigen**
- 5. Die Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen und Angehörigen verbessern**
- 6. Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen verbessern**
- 7. Kontinuität und Kooperation der Versorgung fördern und zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen**
- 8. Erfahrungen teilen und als Vorbild wirken**
- 9. Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren**

Die Standards enthalten verschiedene Themenbereiche, sogenannte Unterstandards, denen Kriterien zugeordnet sind. Anhand einer vierstufigen Skala (Ja, Eher Ja, Eher Nein und Nein) können Sie im Rahmen einer Steuerungsgruppe beraten, inwiefern die Kriterien bereits erfüllt sind oder ob einzelne oder mehrere Kriterien auf Ihre Einrichtung vielleicht gar nicht zutreffen. Die Steuerungsgruppe sollte gemischt besetzt sein und ggf. durch eine externe Prozessbegleitung ergänzt werden, um möglichst alle Perspektiven in Ihrer Einrichtung einbeziehen zu können (mehr dazu siehe Standard 9.3.5). Stellen Sie im Beratungsprozess fest, dass die Kriterien eher nicht oder nicht erfüllt werden, ist das ein Hinweis auf Ausbaumöglichkeiten. In der rechten Spalte für eigene Anmerkungen können Sie sich Besprechungsergebnisse notieren. Danach bietet es sich an, gemeinsam festzulegen, in welchen Bereichen und mit welchen Maßnahmen Sie die Gesundheitskompetenz in der Einrichtung fördern möchten und sich damit auf die für Sie besonders bedeutenden Standards oder auch Unterstandards zu konzentrieren. So könnten Sie beispielsweise einen Fokus auf die Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiter:innen legen und sich gezielt mit den Standards 4 und 5 auseinandersetzen (siehe oben). Sie können sich auch auf bestimmte Unterstandards fokussieren, beispielsweise Standard 4.1 „Die mündliche Verständigung mit Bewohner:innen erfolgt gemäß den Grundsätzen der Gesundheitskompetenz“ und 5.2 „Die Einrichtung unterstützt ihre Bewohner:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für die Entwicklung gesunder Lebensstile.“

Wir empfehlen, zunächst alle Standards einem „Grob-Scan“ zu unterziehen, um einen ersten thematischen Überblick zu erhalten und um zu erfahren, wie Ihre Einrichtung aufgestellt ist und wo Sie Handlungsbedarfe sehen. Daraufhin können Sie bedarfsbezogen entscheiden, welche Standards bzw. Unterstandards Sie im Detail bearbeiten und ausfüllen möchten. Anschließend erfolgen Überlegungen zu konkreten Maßnahmen und der konkreten Umsetzung. Gerade zu Beginn kann es hilfreich sein, wenn Sie sich „nicht zu viel vornehmen“, sondern Schritt für Schritt vorgehen. Sie könnten beispielsweise mit vermeintlich kleinen Maßnahmen beginnen, die schnell oder mit überschaubarem Aufwand umsetzbar sind. Damit können häufig bereits deutliche Erfolge erzielt werden. Daraufhin könnten Sie nach und nach weitere Maßnahmen aufsetzen. Wichtige Hinweise zum Vorgehen finden Sie insb. in Standard 9 zu den Management-Grundsätzen zur Förderung von Gesundheitskompetenz. Hier wird auch ein Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz beschrieben, der dabei hilft, die Maßnahmen zu planen und umzusetzen (mehr dazu siehe Standard 9.3).

Nachdem Sie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz durchgeführt haben, können Sie die Checkliste erneut anwenden und eine Bewertung durchführen. Mit einer wiederholten Anwendung lässt sich ein nachhaltiger Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz durchführen (mehr dazu siehe ebenfalls Standard 9.3). Ein weiterer Vorteil daran ist, dass man den Prozess darauf aufbauen kann und nicht voll umfänglich „von vorne beginnen“ muss. Hier lassen sich dann je nach aktuellem Bedarf auch gezielt weitere oder andere Standards umsetzen und die Einrichtung immer gesundheitskompetenter gestalten.

Im Anschluss an die Standards finden Sie Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise, die Ihnen mit kleinen Handlungshilfen, Beispielen aus der Praxis und weiterführenden Hinweisen bei der Planung und Durchführung Ihrer Maßnahmen behilflich sein könnten. Im Anhang finden Sie ein Muster zur Dokumentation der Förderung der Gesundheitskompetenz. Sie hilft Ihnen, die Ergebnisse und Planungen zu dokumentieren und im Verlauf der Umsetzung nachzuvollziehen sowie Fortschritte oder notwendige Anpassungen erkennbar zu machen.

1. Standard: Materialien und Angebote gemeinsam entwickeln und evaluieren

Die Einrichtung bindet Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen in die Entwicklung und Evaluierung von Dokumenten und Angeboten ein, deren Zielgruppe sie sind.

Neben den **Bewohner:innen** berücksichtigen die Einrichtungen grundsätzlich auch **nahe Angehörige** und **andere Bezugspersonen** als wichtige (Ansprech-)Partner:innen für eine hochwertige pflegerisch-gesundheitliche Versorgung. Insbesondere gilt dies für Angehörige und andere Bezugspersonen, die regelhaft in Entscheidungen einbezogen werden (müssen). Zudem sind Angehörige und andere Bezugspersonen eine weitere Zielgruppe von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und sollten einbezogen werden, sobald dies zielführend und sinnvoll erscheint.

1.1. Die Einrichtung bezieht Bewohner:innen in die Entwicklung und Evaluierung von Dokumenten und Angeboten ein.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
1.1.1.	Kommunikationsregeln und -abläufe werden mit Vertreter:innen der Zielgruppe(n) entwickelt und getestet (z.B. Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen, Angehörige, Personen mit geringer Lesefähigkeit, Angehörige bestimmter Sprachgruppen).						
1.1.2.	Die Entwicklung und Testung jedweder Dokumente und Materialien für Bewohner:innen (z.B. Info-Blätter, rechtliche Informationen, Einverständniserklärungen, Apps) erfolgt unter Einbezug von Vertreter:innen der Zielgruppe(n), etwa dem Heimbeirat oder Vertreter:innen der Selbsthilfe.						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
1.1.3.	Bewohner:innen oder Vertreter:innen werden in Personal-Schulungen eingebunden, um Mitarbeiter:innen Feedback zu deren Kommunikationsqualität zu geben (z.B. Heimbeirat).						
1.1.4.	Die Einrichtung verfügt über ein Feedback- und Beschwerdeverfahren zur Verständlichkeit von Dokumenten, Angeboten und Leistungen.						
1.2. Die Einrichtung bezieht Mitarbeiter:innen in die Entwicklung und Evaluierung von Dokumenten und Angeboten ein.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
1.2.1.	Das räumliche Leitsystem der Einrichtung wurde von neuen Mitarbeiter:innen oder ortsfremden Kolleg:innen getestet und gemäß den Ergebnissen verbessert.						
1.2.2.	Die Einrichtung arbeitet bei der Entwicklung von Materialien und Angeboten für Mitarbeiter:innen mit Vertreter:innen der Zielgruppe(n) zusammen (z.B. Vertretung der Mitarbeiter:innen).						

2. Standard: Mitarbeiter:innen zur gesundheitskompetenten Kommunikation mit Bewohner:innen fortbilden

Gesundheitskompetenz ist Thema der Personalentwicklung. Es gibt Aus- bzw. Fortbildungscurricula für Personalschulungen zur gesundheitskompetenten Kommunikation mit Bewohner:innen.

2.1. Personalschulungen zur gesundheitskompetenten Kommunikation mit Bewohner:innen beziehen sich auf alle Kommunikationssituationen.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
2.1.1.	Gesundheitskompetenz wird als wesentliche professionelle Kompetenz verstanden. Dokumente belegen dies (z.B. Stellenausschreibungen, Personalentwicklungspläne).						
2.1.2.	Bei der Einstellung neuer Mitarbeiter:innen wird Wert auf deren Gesundheitskompetenz gelegt.						
2.1.3.	Bei der Einstellung neuer Mitarbeiter:innen wird Wert auf deren Kommunikationsfähigkeit gelegt (z.B. bedarfsbezogene Unterstützung der Mitarbeiter:innen beim Erlernen gesundheitskompetenter Kommunikation, beim Erwerb berufsspezifischer Sprachkenntnisse für Mitarbeiter:innen aus anderen Herkunftsländern).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
2.1.4.	Der Träger stellt Ressourcen für Personalschulungen zur Gesundheitskompetenz bereit (z.B. gesundheitskompetente Kommunikation).						
2.1.5.	Die Einrichtung informiert regelmäßig über Möglichkeiten zur Weiterbildung und organisiert diese bedarfsbezogen (z.B. halbjährlich).						
2.1.6.	Es ist sichergestellt, dass die Mitarbeiter:innen ihren Vorkenntnissen und Aufgaben entsprechende Schulungen zur Gesundheitskompetenz erhalten.						
2.1.7.	Neue, insb. betreuende Mitarbeiter:innen erhalten in der Einarbeitungsphase eine ihren Vorkenntnissen und Aufgaben entsprechende Grundorientierung in Gesundheitskompetenz.						
2.1.8.	Insb. betreuende Mitarbeiter:innen erhalten regelmäßig Feedback über ihre Kommunikationsqualität (z.B. quartalsweise).						

Die Mitarbeiter:innen werden in folgenden Punkten geschult: (→ vgl. auch Anregungen für die Praxis Nr. 1 für mögliche Schulungsinhalte)							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
2.1.9.	Verwendung von einfacher Sprache (keine Fachausdrücke, einfache Sätze, etc.)						
2.1.10.	Informationen dosiert und handlungsorientiert gestalten						
2.1.11.	Aktiv zuhören, Anregen von Fragen						
2.1.12.	Rückbestätigungs-Techniken wie Chunk-And-Check (Schritt für Schritt) oder Teach-Back (→ siehe Glossar)						
2.1.13.	Unterstützung der Kommunikation durch audiovisuelle Hilfsmittel						
2.1.14.	Grundsätze der Gestaltung leicht verständlicher unterstützender schriftlicher Dokumente und Materialien						
2.1.15.	Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen						
2.1.16	Besondere Themen, z.B. <ul style="list-style-type: none"> • gesundheitskompetente, insb. nonverbale, Kommunikation (Mimik, Gestik, Körpersprache etc.) mit kognitiv eingeschränkten Personen (bspw. bei Demenz) • Umgang mit Bewohner:innen im Sterbeprozess und deren Angehörigen • eigener Umgang mit dem Tod von Bewohner:innen 						

3. Standard: Eine unterstützende Umwelt schaffen – Orientierung sicherstellen

Die Einrichtung gestaltet die Kontaktaufnahme mit und Orientierung innerhalb der Einrichtung barrierefrei. Hierfür schafft sie eine unterstützende physische Umwelt und bietet Orientierungshilfen.

3.1. Die Einrichtung verfügt über ein verständliches und gut orientierendes Leitsystem.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
3.1.1.	Orientierungstafeln und Wegweiser sind gut lesbar, gut sichtbar und leicht verständlich sowie über die ganze Einrichtung verteilt.						
3.1.2	Farbkodierungen werden in der gesamten Einrichtung einheitlich verwendet und ermöglichen es, den Weg von unterschiedlichen Startpunkten aus zu finden.						
3.1.3.	Wenn die Einrichtung mehrere Gebäude umfasst, erstreckt sich das Leitsystem auch auf die Wege zwischen den Gebäuden.						
3.1.4.	Wegweiser und Beschilderungen sind in den Muttersprachen der meisten Bewohner:innen verfügbar.						
3.1.5.	Die Einrichtung verfügt ggf. über ein Blindenleitsystem.						

3.2. Es gibt frei zugängliche Gesundheitsinformationen für Bewohner:innen und Besucher:innen.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
3.2.1.	Es gibt eine Bibliothek mit Gesundheitsinformationen für die Bewohner:innen.						
3.2.2.	Gedruckte oder audiovisuelle Informationen zu Krankheiten wie Diabetes, Demenz, Depression oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind an mehreren Stellen verfügbar (z.B. Aushänge, Flyer).						
3.2.3.	Gedruckte oder audiovisuelle Informationen zu gesunden Lebensstilen (Prävention und Gesundheitsförderung) wie gesunde Ernährung, Rauchentwöhnung, Bewegung (z.B. für Mobilität, Sturzprävention, Dekubitusprävention etc.) sind an mehreren Stellen verfügbar (z.B. Aushänge, Flyer).						
3.2.4.	Bei der Menü-Auswahl sowie in der Cafeteria / Kantine / in der Gemeinschaftsverpflegung unterstützen Nährstoff- und Kalorienangaben bei der Auswahl des Essens.						

4. Standard: Sich mit Bewohner:innen gesundheitskompetent verständigen

Die Kommunikationsprozesse mit Bewohner:innen werden gemäß den Grundsätzen der Gesundheitskompetenz gestaltet. Dies betrifft sämtliche Kommunikationsformen und -situationen wie z.B. Aufnahmegespräch, Anamnese, Pflegeplanung und Visite. Dabei werden die Kommunikationsbedürfnisse und -fähigkeiten aller Gruppen von Bewohner:innen berücksichtigt. Angehörige und andere Bezugspersonen sowie die Bezugspfleger:innen sollten einbezogen werden, sobald dies zielführend und sinnvoll erscheint.

4.1. Die mündliche Verständigung mit Bewohner:innen erfolgt gemäß den Grundsätzen der Gesundheitskompetenz.

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.1.1.	Es gibt Leitlinien zur mündlichen Kommunikation mit Bewohner:innen, die an Gesundheitskompetenz orientiert sind und sich auf alle Kommunikationssituationen beziehen (z.B. Verwendung von Alltagssprache, Körpersprache, Rückbestätigungs-Techniken) (vgl. ausgewählte Kriterien für die mündliche Kommunikation in Anregungen für die Praxis Nr. 2).						
4.1.2.	Die Kommunikationsleitlinien berücksichtigen die Bedürfnisse aller Bewohner:innengruppen (z.B. Angehörige verschiedener Sprachgruppen, Hör-, Seh- oder kognitiv Beeinträchtigte (z.B. demenziell Erkrankte)).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.1.3.	Die Kommunikationsleitlinien gehen auf kulturelle Besonderheiten der Bewohner:innen ein (z.B. Verständnis von Krankheit und Gesundheit und der Umgang damit, die Notwendigkeit, Angehörige oder gesetzliche Betreuer:innen einzubeziehen).						
4.1.4.	Bewohner:innen werden durch ihre Bezugspfleger:innen über pflegebezogene Diagnosen und Handlungsmöglichkeiten ausführlich informiert, sodass sie mit Unterstützung der Fachkräfte die für sie passenden Pflegeentscheidungen treffen können.						
4.1.5.	Bewohner:innen werden durch ihre Bezugspfleger:innen über gesundheitsbezogene Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten ausführlich informiert, sodass sie mit Unterstützung der Gesundheitsexpert:innen (z.B. Ärztinnen/Ärzte oder Physiotherapeut:innen) die für sie passenden Behandlungsentscheidungen treffen können.						
4.1.6.	Bewohner:innen werden ausdrücklich ermutigt, Fragen zu ihrer Situation zu stellen (z.B. orientiert an „ask-me-3“) (→ siehe Glossar).						
4.1.7.	Bewohner:innen dürfen Angehörige oder andere Bezugspersonen zu Gesprächsterminen, bspw. zu Pflege, Krankheiten oder Therapien, mitbringen und werden auf diese Möglichkeit hingewiesen.						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.1.8.	Gespräche mit Bewohner:innen finden in Räumlichkeiten statt, die eine effektive Kommunikation unterstützen (z.B. Wahrung der Privatsphäre, lärmfreie Umgebung).						
4.1.9.	Gesprächen mit Bewohner:innen wird ausreichend Zeit eingeräumt, um persönlich auf sie eingehen zu können (z.B. Gespräche über die eigene Gesundheit)						
4.1.10.	Bewohner:innen können von sich aus Gespräche mit Beschäftigten vereinbaren (z.B. mit der/dem Bezugspfleger:in).						

4.2. Gestaltung und Einsatz von schriftlichen Dokumenten und Materialien folgen den Grundsätzen der Gesundheitskompetenz.

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.2.1.	Es gibt Leitlinien zur Gestaltung gesundheitskompetenter schriftlicher Dokumente und Materialien für Bewohner:innen (z.B. Schriftgröße, Zeilenabstand, Farbkontrast, Verwendung von Bildmaterial) (vgl. Kriterien für die Gestaltung gesundheitskompetenter schriftlicher und audiovisueller Materialien in Anregungen für die Praxis Nr. 3).						
4.2.2.	Alle schriftlichen Materialien werden anhand dieser Leitlinien gestaltet (z.B. Info-Blätter, Formulare, rechtl. Informationen, Einverständniserklärungen).						
4.2.3.	Schriftliche Information wird immer nur zusätzlich zu, nie anstelle von mündlicher Kommunikation eingesetzt.						
4.2.4.	Schriftliches Material wird in der Kommunikation mit Bewohner:innen routinemäßig zur Erinnerungsunterstützung eingesetzt (z.B. bei Terminvergabe, Medikamentenvergabe, Diätplänen).						
4.2.5.	Zur Unterstützung der Kommunikation mit Bewohner:innen steht eine Sammlung qualitativ hochwertiger, wissenschaftlich geprüfter schriftlicher und audiovisueller Materialien zur Verfügung (z.B. Broschüren, Fotogeschichten, Comics, Zeichnungen, DVDs, Web-Links, Podcasts usw.).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.2.6.	Die Beschäftigten sind über verfügbare schriftliche und audiovisuelle Materialien informiert und können mit diesen arbeiten.						
4.2.7.	Das verwendete schriftliche und audiovisuelle Material wird regelmäßig aktualisiert (z.B. einmal jährlich, auf Basis neuer Erkenntnisse).						
4.2.8.	Materialien und Dokumente enthalten Quellenangaben, die eine Einschätzung ihrer Informationsqualität erlauben.						

4.3. Gestaltung und Einsatz von Computer-Applikationen und neuen Medien folgen den Grundsätzen der Gesundheitskompetenz.

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.3.1.	Es gibt Leitlinien für die Qualität und die Verwendung von Computer-Applikationen (Apps) und neuen Medien, die zur Unterstützung von Kommunikation und Informationsvermittlung eingesetzt werden.						
4.3.2.	Über Online-Portale, App-Download-Center etc. sind nur solche elektronischen Anwendungen / Applikationen verfügbar, die fachlich korrekte, leicht verständliche und handlungsorientierte Informationen enthalten.						
4.3.3.	Beim Ankauf elektronischer Anwendungen / Applikationen zur Vermittlung von Gesundheitsinformationen wird auf deren Benutzerfreundlichkeit und Angemessenheit für die Zielgruppe(n) geachtet.						
4.3.4.	Elektronische Anwendungen werden vor dem Routine-Einsatz mit Vertreter:innen der Zielgruppe getestet.						
4.3.5.	Beim Einsatz von Apps und neuen Medien wird überprüft, ob Bewohner:innen damit umgehen können. Im Bedarfsfall erfolgt eine Einführung.						

4.4. Muttersprachliche Verständigung wird durch personelle und materielle Ressourcen ermöglicht.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.4.1.	In nicht-alltäglichen Kommunikationssituationen wie beim Einzug neuer Bewohner:innen in die Einrichtung oder beim Ausfüllen von Formularen kann muttersprachliche Unterstützung zeitnah bereitgestellt werden (z.B. Übersetzungsdienst, speziell geschulte mehrsprachige Mitarbeiter:innen, Telefon- oder Video-Dolmetschen, „Talking Touchscreen“). In diesem Sinne nutzt die Einrichtung die Kompetenzen ihrer Mitarbeiter:innen mit Migrationshintergrund gezielt.						
4.4.2.	Der Bedarf für muttersprachliche Unterstützung wird routinemäßig erhoben (z.B. beim Einzug in die Einrichtung, bei der Pflege-Anamnese, durch ärztliche Einschätzung oder auf Verlangen der Bewohner:innen).						
4.4.3.	Die eingesetzten Dolmetscher:innen kennen und berücksichtigen Grundsätze der Gesundheitskompetenz (z.B. Alltagssprachliches Vokabular; einfache, kurze Sätze).						
4.4.4.	Die Mitarbeiter:innen wissen, welche Formen der muttersprachlichen Unterstützung sie nutzen können und wie diese anzufordern sind.						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.4.5.	Es gibt Richtlinien und Abläufe für die Meldung, Dokumentation und Bearbeitung von Problemen und Beschwerden im Zusammenhang mit muttersprachlicher Unterstützung.						
4.4.6.	Alle wesentlichen schriftlichen und audiovisuellen Materialien – Informationsblätter, Einverständniserklärungen etc. – sind in den Muttersprachen der größten Bewohner:innengruppen verfügbar.						

4.5. Die Verständigung ist auch in Risiko-Situationen ¹ an Grundsätzen der Gesundheitskompetenz orientiert.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.5.1.	Es gibt eine Liste von Prozessen, in denen die Kommunikation mit Bewohner:innen besonders sicherheitsrelevant ist (z.B. Gespräche zu neuen ärztlichen Verordnungen / Therapien, zum Ausfüllen von Formularen, Transporte in Arztpraxen etc.).						
4.5.2.	Es gibt Leitlinien und entsprechende Schulungen für die Mitarbeiter:innen für die Kommunikation in Risiko-Situationen (z.B. Rückbestätigung des Verständnisses der Bewohner:innen durch Teach-Back oder ähnliche Verfahren).						
4.5.3.	Bei Medikamentenverschreibungen wird die Einnahme genau erklärt (z.B. Menge pro Tag, Tageszeiten, vor oder nach Mahlzeiten). Medikamentenschachteln, Dispenser, Tabellen etc. werden zur Erläuterung verwendet.						
4.5.4.	Der Notfallplan der Einrichtung umfasst für den Fall einer notwendigen Evakuierung auch Maßnahmen zur barrierefreien Information und Kommunikation mit Bewohner:innen.						

¹ Unter Risiko-Situationen werden solche verstanden, in denen gelungene Kommunikation besonders wichtig ist, um Pflege- und/oder Behandlungsfehler zu vermeiden, bspw. bei der Mobilisierung potenziell sturzgefährdeter Bewohner:innen. Besonders wichtig ist es hier, die Bewohner:innen aktiv einzubinden und Rückfragen zu stellen.

4.6. Die Angehörigen werden in die gesundheitskompetente Kommunikation mit den Bewohner:innen einbezogen.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
4.6.1.	Die Grundsätze zur Kommunikation mit Bewohner:innen gelten auch für Angehörige und andere Bezugspersonen.						
4.6.2.	Die besonderen Beziehungen zwischen Bewohner:innen, Mitarbeiter:innen und Angehörigen / Bezugspersonen werden beachtet. Möglichkeiten zum Einbezug von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen werden bei der gesundheitskompetenten Kommunikation beachtet und im Sinne der Bewohner:innen genutzt (z.B. als „kommunikative Brücke“ zu den Bewohner:innen, in Beratungsgesprächen). Dabei wird die Selbstbestimmung der Bewohner:innen gewahrt.						

5. Standard: Die Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen und Angehörigen verbessern.

Die Einrichtung fördert die Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen und deren Angehörigen.

5.1. Die Einrichtung unterstützt ihre Bewohner:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für das krankheits- und gesundheitsbewusste Selbstmanagement.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
5.1.1.	Bewohner:innen werden umfassend darüber informiert, welchen Eigenbeitrag sie zu ihrem Krankheits- und Gesundheitsmanagement leisten können (z.B. durch Bezugspfleger:innen).						
5.1.2.	Die Einrichtung bietet Formate zum Selbstmanagement der wichtigsten chronischen Erkrankungen an bzw. vermittelt Bewohner:innen an entsprechende Anbieter:innen (z.B. Vorträge, Informationsveranstaltungen, Schulungen zu Themen wie Diabetes, Demenz, Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten untereinander bzw. mit Nikotin oder Alkohol, Suchterkrankungen, Impfschutz).						
5.1.3.	Wenn Bewohner:innen Handlungsempfehlungen erhalten, wird mit ihnen besprochen, wie sie diese im Alltag umsetzen können.						
5.1.4.	Die Einrichtung informiert ihre Bewohner:innen explizit über Selbsthilfegruppen und ähnliche Unterstützungsangebote.						

5.2. Die Einrichtung unterstützt ihre Bewohner:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für die Entwicklung gesunder Lebensstile.

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
5.2.1.	Lebensstile und Präventionsbedarfe für Bewohner:innen werden routinemäßig erhoben und dokumentiert (z.B. beim Aufnahmegespräch).						
5.2.2.	Bewohner:innen werden umfassend über präventive Aspekte und Gesundheitsförderung informiert (z.B. durch Bezugspflegerinnen, Ernährungsberater:innen etc.). Dies geht aus Dokumenten wie der Pflegedokumentation hervor.						
5.2.3.	Die Einrichtung hat für Bewohner:innen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung für einen gesunden Lebensstil bzw. vermittelt Bewohner:innen an entsprechende Anbieter:innen (z.B. Bewegungsangebote).						
5.2.4.	Die Einrichtung hat für Bewohner:innen Angebote zur Förderung ihrer Gesundheitskompetenz, um Informationen zur Gesundheit oder zum Gesundheitssystem finden zu können bzw. vermittelt Bewohner:innen an entsprechende Anbieter:innen (z.B. zur Medienkompetenz, zum Suchen und Finden geeigneter Ärzt:innen, Therapeut:innen oder Angeboten der Selbsthilfe).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
5.2.5.	Die Einrichtung bietet oder vermittelt Angehörigen verschiedene Formate zu lebensweltbezogenen Themen (z.B. gesunde Ernährung, Diabetes, Sterbebegleitung und Umgang mit dem Tod von Angehörigen, Umgang mit demenziell Erkrankten, Änderungen von Heimverträgen). Formate können Angehörigenabende, Vorträge, Schulungen, Selbsthilfegruppen, Beiträge in der Heimzeitschrift und insb. Gespräche etc. sein. Ideal wäre eine Mischung.						
5.2.6.	Die Mitarbeiter:innen der Einrichtung kennen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Region und können Bewohner:innen bei Bedarf darauf hinweisen (z.B. Yoga, Sitzgymnastik, Seniorentanz, Ernährungskurse, etc.).						

6. Standard: Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen verbessern

Die Einrichtung fördert die Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiter:innen, sowohl für das Selbstmanagement von Gesundheitsrisiken während der Arbeit als auch für die Entwicklung gesunder Lebensstile.

6.1. Die Einrichtung unterstützt ihre Mitarbeiter:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für das Selbstmanagement berufsspezifischer Gesundheitsrisiken.

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
6.1.1.	Die Einrichtung versteht die Förderung der Gesundheitskompetenz ihrer Mitarbeiter:innen auch als Führungsverantwortung.						
6.1.2.	Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich auch an die Führungskräfte selbst. Sie wissen zudem um die Zusammenhänge zwischen Führungskommunikation und Gesundheit der Mitarbeiter:innen und orientieren ihr Führungsverhalten daran.						
6.1.3.	Bei Gesprächen mit Mitarbeiter:innen geht es auch um die Fragen der Gesundheit bei der Arbeit und wie Mitarbeiter:innen ihre Gesundheit erhalten können. Bei Bedarf werden mit den Mitarbeiter:innen Unterstützungsmaßnahmen vereinbart.						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
6.1.4.	Mitarbeiter:innen werden bereits in der Einarbeitungsphase auf berufsspezifische Gesundheitsrisiken und Möglichkeiten zur Abhilfe hingewiesen (z.B. Nutzung von Pflegehilfsmitteln) (Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz).						
6.1.5.	Die Einrichtung führt regelmäßige Schulungen zum Umgang mit Gesundheitsrisiken durch (z.B. jährlich).						
6.1.6.	Die Einrichtung setzt spezifische Materialien ein, um Mitarbeiter:innen auf berufsspezifische Gesundheitsrisiken aufmerksam zu machen (z.B. Poster, Flyer, digitale Anwendungen etc.).						
6.1.7.	Mitarbeiter:innen können belastende Arbeitsbereiche melden und Verbesserungsvorschläge machen.						
6.1.8.	Die Einrichtung bietet ihren Mitarbeiter:innen Schulungen zur Vorbeugung und zur Handhabung chronischer Erkrankungen an.						
6.1.9.	Die Einrichtung bietet ihren Mitarbeiter:innen Schulungen zu lebensweltspezifischen Themen an (bspw. <ul style="list-style-type: none"> • zum Umgang mit demenziell Erkrankten oder • zum Umgang mit dem Tod von Bewohner:innen). 						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
6.1.10.	Die Einrichtung beachtet, dass Informationen und Formate auch für Nicht-Muttersprachler:innen verständlich aufbereitet sind (z.B. in der Muttersprache der häufigsten Herkunftsländer der Mitarbeiter:innen).						
6.1.11.	Die Führungskräfte der Einrichtung beachten kulturelle Unterschiede zwischen Mitarbeiter:innen verschiedener Herkunftsländer (z.B. achten sie darauf, resultierende Überforderung oder Missverständnisse zu vermeiden).						
6.2. Die Einrichtung unterstützt ihre Mitarbeiter:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für die Entwicklung gesunder Lebensstile.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
6.2.1.	Die Einrichtung bietet ihren Mitarbeiter:innen Schulungen zur Prävention und Gesundheitsförderung für die Entwicklung von gesunden Lebensstilen an (z.B. Stress- und Zeitmanagement, Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben).						
6.2.2.	Die Einrichtung unterstützt ihre Mitarbeiter:innen beim Erwerb und Ausbau von Gesundheitskompetenz für die Entwicklung gesunder Lebensstile durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (siehe auch Checkliste zur betrieblichen Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
6.2.3.	Die Einrichtung weist Mitarbeiter:innen auf Schulungsangebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Region hin (z.B. Yoga, Rückenurse, Laufgruppen, Entspannungskurse).						
6.2.4.	Die Einrichtung setzt Materialien wie Poster, Flyer, elektronische Anwendungen etc. ein, um Mitarbeiter:innen auf Lebensstilthemen aufmerksam zu machen (z.B. Bewegungsförderung, gesunde und ausgewogene Ernährung, Stressbewältigung, Förderung der psychischen Gesundheit und Suchtprävention (Alkohol und Nikotin)).						
6.2.5.	Die Einrichtung beachtet, dass Informationen und Formate auch für Nicht-Muttersprachler:innen verständlich aufbereitet sind (z.B. in der Muttersprache der häufigsten Herkunftsländer der Mitarbeiter:innen).						

7. Standard: Kontinuität und Kooperation der Versorgung fördern und zur Gesundheitskompetenz in der Region beitragen

Die Einrichtung engagiert sich öffentlich und in Kooperation mit anderen Einrichtungen für die Gesundheit der Bewohner:innen und der restlichen Bevölkerung.

7.1. Die Einrichtung fördert die Kontinuität und Kooperation der Versorgung.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
7.1.1.	Bei Überweisungen an andere medizinische/pflegerische Dienstleister:innen werden die Bewohner:innen bei der Vereinbarung von Terminen unterstützt (z.B. Krankenhäuser, Fachärzt:innen).						
7.1.2.	Nach der Wahrnehmung von Terminen bei (Fach-) Ärzt:innen, Therapeut:innen, Krankenhäusern etc. erfolgt eine Nachbesprechung mit den Bewohner:innen. Die Einrichtung achtet mit dem Einverständnis der Bewohner:innen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter:innen darauf, dass die oben genannten Akteur:innen die entsprechenden Therapie-, Rezepte, Medikationspläne, Präventionsempfehlungen etc. vorgelegt haben (z.B. Krankenhäuser im Rahmen ihres Entlassungsmanagements).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
7.1.3.	Bei Überweisungen in Krankenhäuser sorgt die Einrichtung mit dem Einverständnis der Bewohner:innen dafür, dass Überleitungsbögen vollständig vorliegen. Bei Überweisungen zu Fachärzt:innen etc. sorgt die Einrichtung mit dem Einverständnis der Bewohner:innen dafür, dass alle Befunde, Therapie-, Behandlungs- sowie Medikationspläne vollständig vorliegen.						
7.1.4.	Alle für die Weiterbehandlung wichtigen medizinischen / therapeutischen Daten und Informationen werden von der Einrichtung mit dem Einverständnis der Bewohner:innen weitergeleitet und müssen nicht von ihnen selbst übermittelt werden.						
7.1.5.	Bewohner:innen erhalten routinemäßig Kontaktadressen des Heimbeirates (z.B. durch die Bezugspfleger:innen).						
7.1.6.	Bewohner:innen erhalten routinemäßig eine aktuelle Liste von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Quartier sowie der Kooperationspartner der Einrichtung, die für sie hilfreich sein können (z.B. durch die Bezugspfleger:innen).						
7.1.7.	Bewohner:innen erhalten routinemäßig eine aktuelle Liste von Einrichtungen zur Beratung, Interessenvertretung und Selbsthilfe, die für sie hilfreich sein können (z.B. durch die Bezugspfleger:innen).						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
7.1.8.	Bewohner:innen erhalten routinemäßig eine aktuelle Liste von (Fach-)Ärzt:innen und Therapeut:innen aller relevanten Gesundheitsprofessionen, die in gesundheitskompetenter Kommunikation geschult sind (z.B. durch die Bezugspfleger:innen).						
7.2. Die Einrichtung trägt nach Maßgabe ihrer Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz über die Einrichtung hinaus bei.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
7.2.1.	Die Einrichtung weist (Fach-) Ärzt:innen und Therapeut:innen der wesentlichen Gesundheitsprofessionen auf die Bedeutung gesundheitskompetenter Kommunikation hin und arbeitet mit ihnen zusammen (z.B. Workshops, Schulungen zum Thema für Ärzt:innen, Therapeut:innen etc.).						
7.2.2.	Die Einrichtung arbeitet in der Vermittlung von Gesundheitsinformationen mit lokalen Einrichtungen zusammen (z.B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Sportvereine).						
7.2.3.	Die Einrichtung hält regelmäßigen Kontakt zu ihren Kooperationspartner:innen (z.B. zu Ärzt:innen oder Physiotherapeut:innen).						

8. Standard: Erfahrungen teilen und als Vorbild wirken

Die Einrichtung engagiert sich aktiv und über ihre Einrichtungsgrenzen hinweg für die Einführung der Förderung von Gesundheitskompetenz.

8.1. Die Einrichtung unterstützt die Verbreitung und Weiterentwicklung des Konzeptes der Gesundheitskompetenz.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
8.1.1.	Die Aktivitäten und Ergebnisse im Bereich Gesundheitskompetenz sind Teil der Jahresberichte der Einrichtung.						
8.1.2.	Die Einrichtung macht ihre Aktivitäten und Erfahrungen zur Gesundheitskompetenz bspw. über ihre Jahresberichte, ihre Website, Präsentationen oder in den Medien bekannt.						

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
8.1.3.	Die Einrichtung und ihre Mitarbeiter:innen informieren über Ihre Arbeit, <ul style="list-style-type: none"> • um das Verständnis für die Arbeit in den Einrichtungen zu stärken und • um Hürden und Ängste abzubauen, in eine Pflegeeinrichtung zu gehen (z.B. Tag der offenen Tür, Informationsveranstaltungen für interessierte Senior:innen und Angehörige).						
8.1.4.	Die Einrichtung strebt an, sich an Forschungs- und Entwicklungsprojekten im Bereich Gesundheitskompetenz zu beteiligen.						
8.1.5.	Die Einrichtung vermittelt Grundsätze der Gesundheitskompetenz an Ärzt:innen, Ausübende nicht medizinischer Gesundheitsberufe und Leiter:innen von Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung.						

9. Standard: Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren

Organisationale Gesundheitskompetenz ist in Strukturen und Prozessen der Einrichtung einschließlich der organisationalen Selbstbewertung verankert.

9.1. Die Einrichtung versteht Gesundheitskompetenz als Unternehmensverantwortung.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
9.1.1.	Dokumente der Einrichtung definieren Gesundheitskompetenz als Unternehmensverantwortung (z.B. Leitbild, Unternehmensziele, Aktionspläne).						
9.1.2.	Die personelle Zuständigkeit für organisationale Gesundheitskompetenz ist klar geregelt (z.B. Beauftragte:r, Team).						
9.1.3.	Finanzielle Mittel zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz werden bereitgestellt.						
9.1.4.	Personal zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz wird bereitgestellt.						

9.2. Die Einrichtung gewährleistet die Qualitätssicherung der Gesundheitskompetenz.							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
9.2.1.	Gesundheitskompetenz ist Thema des Qualitätsmanagements der Einrichtung (z.B. durch Definition von Indikatoren, durch Messungen und die Begleitung von Veränderungsprozessen).						
9.2.2.	Kennzahlen bzw. Indikatoren für die Bewertung organisationaler Gesundheitskompetenz sind definiert (z.B. Verständlichkeit von Informationen).						
9.2.3.	Regelmäßige Messungen und Bewertungen der organisationalen Gesundheitskompetenz werden anhand der definierten Kennzahlen durchgeführt.						
9.2.4.	Routine-Befragungen von Bewohner:innen enthalten auch Fragen zur Kommunikationsqualität (z.B. zur Verständlichkeit von Informationen, Einfühlsamkeit bei schwierigen Themen) (vgl. Beispiel-Fragen in Anregungen für die Praxis Nr. 4).						
9.2.5.	Routine-Befragungen von Mitarbeiter:innen enthalten auch Fragen zur Kommunikationsqualität (z.B. zur Verständlichkeit von Informationen) (vgl. Beispiel-Fragen in Anregungen für die Praxis Nr. 5).						

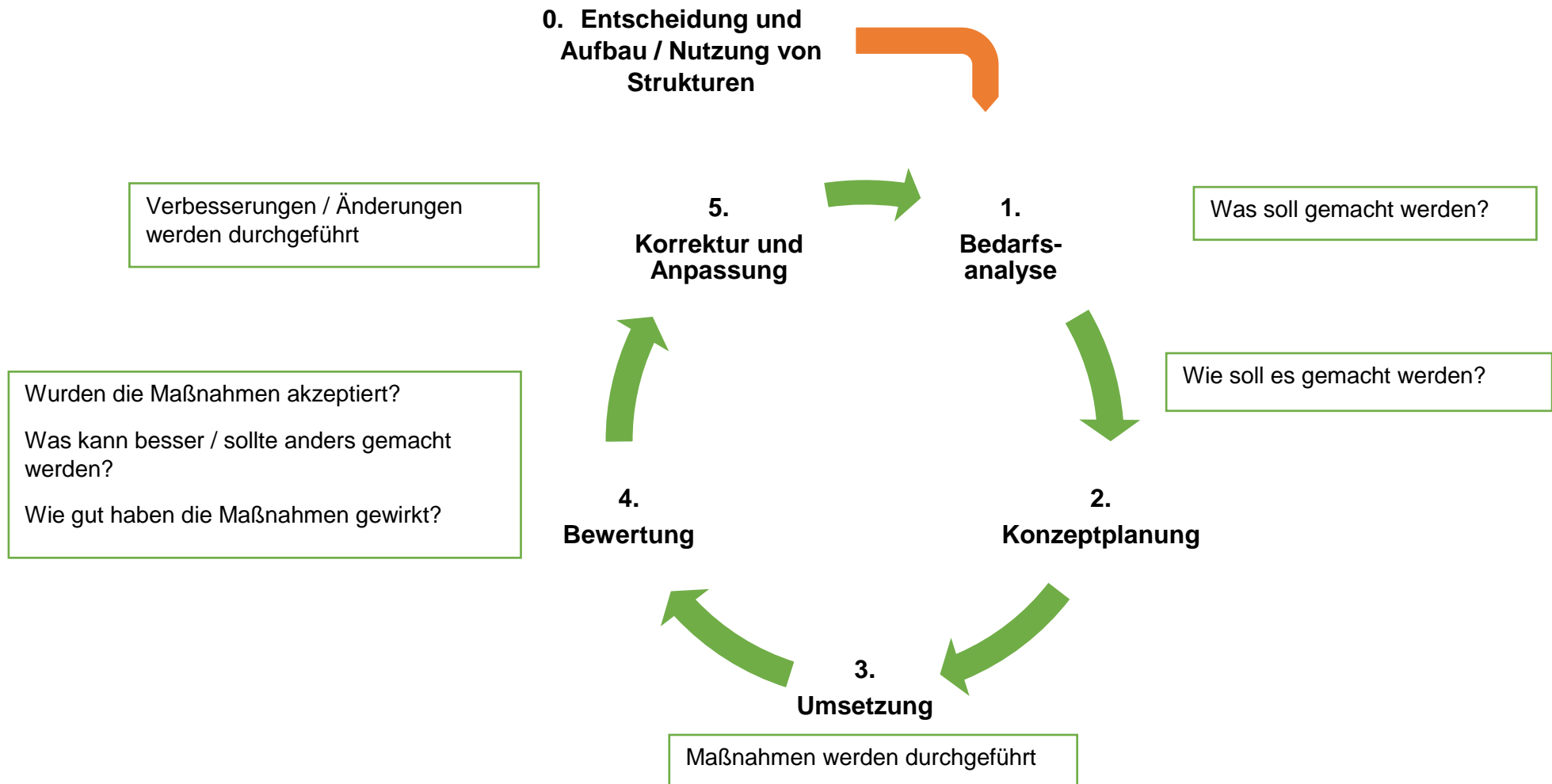
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
9.2.6.	Fragestellungen in Bewohner:innen- oder Mitarbeiter:innenbefragungen sind einfach verständlich in Alltagssprache formuliert.						
9.2.7.	Ergänzend zur organisationalen Gesundheitskompetenz wird auch die Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen zur Qualitätsmessung erfasst.						
9.2.8.	Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz werden auf Basis der regelmäßigen Qualitätsmessungen kontinuierlich weiterentwickelt.						
9.3. Die Einrichtung gewährleistet einen kontinuierlichen Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz².							
		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
9.3.1.	Die Einrichtung sensibilisiert Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen und Angehörige zur Gesundheitskompetenz und trifft eine klare Entscheidung zum Einstieg in den Förderungsprozess.						
9.3.2.	Die Einrichtung führt Bedarfsanalysen bzw. Qualitätsmessungen zur organisationalen Gesundheitskompetenz durch.						

² Der Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz lässt sich u.a. auf den sogenannten „PDCA-Zyklus“ (Plan-Do-Check-Act, vgl. QM-Wissen.de 2019) zurückführen, der u.a. zur Qualitätssicherung in der Pflege bereits häufig angewendet wird. Der hier dargestellte Förderungsprozess geht ähnlich vor und ist eine Adaption des „Public Health Action-Cycle“ (vgl. Ruckstuhl et al. 1997) zur Prävention und Gesundheitsförderung. Er wurde im Rahmen des Projektes auf die Förderung von Gesundheitskompetenz übertragen. Der strukturierte Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird in Abb.1 veranschaulicht. Zur Förderung der Gesundheitskompetenz benennt der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz 15 Empfehlungen, die auch für stationäre Pflegeeinrichtungen von Interesse sind, insbesondere hinsichtlich der Empfehlungen 6-15. Zur Umsetzung wird auf fünf Prinzipien verwiesen (vgl. Schaeffer et al. 2018: 38ff bzw. 52ff., siehe auch Anregungen für die Praxis Nr. 6).

		Ja (76-100 %)	Eher Ja (51-75%)	Eher Nein (26-50%)	Nein (0-25%)	Trifft nicht zu / nicht relevant	Eigene Anmerkungen
9.3.3.	Die Einrichtung plant Umsetzungsmaßnahmen zur organisationalen Gesundheitskompetenz.						
9.3.4.	Die Einrichtung führt Umsetzungsmaßnahmen zur organisationalen Gesundheitskompetenz durch (mehr dazu in Anregungen für die Praxis Nr. 6).						
9.3.5.	<p>In der Einrichtung wird eine Steuerungsgruppe mit der Förderung von Gesundheitskompetenz betraut. Beteiligt werden Verantwortliche der Einrichtung, Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungsleitung • Prävention und (betriebliche) Gesundheitsförderung • Qualitätsmanagement • Vertretung der Mitarbeiter:innen • Heimbeirat • Betriebsärztin/Betriebsarzt • Risikomanagement / Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz • Externe Prozessbegleitung 						
9.3.6.	Die Einrichtung durchläuft den strukturierten Prozess kontinuierlich, d.h. sie wiederholt ihn fortlaufend (siehe auch Abb. 1, Bsp. in Anregungen für die Praxis Nr. 7).						

Abb. 1: Strukturierter Prozess zur Förderung der organisationalen Gesundheitskompetenz

Gibt es eine klare Entscheidung zur Förderung der Gesundheitskompetenz? Wird das Vorhaben akzeptiert? Sind die Mitarbeiter:innen motiviert?





Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

Anregungen für die Praxis und Literaturhinweise

Nr. 1: ausgewählte Inhalte für Gesundheitskompetenz-Schulungen für die Mitarbeiter:innen

Gesundheitskompetenz-Schulungen von Mitarbeiter:innen können umfassen:

- Grundprinzipien der einfachen, an den Bewohner:innen orientierten Kommunikation:
 - Das Vermitteln komplexer Informationen in Alltagssprache
 - Das portionsweise Vermitteln von Inhalten, sodass die jeweiligen Informationen von den Bewohner:innen gut aufgenommen werden können
 - Das Vermitteln handlungsorientierter Informationen
 - Die Rückversicherung des Verständnisses der Bewohner:innen durch Nachfragen
- Instrumente für die Kommunikation mit Bewohner:innen wie z.B.
 - Teach-Back
 - Ask-me-3
- Den fachgerechten Einsatz schriftlicher oder audiovisueller Materialien zur Unterstützung von Kommunikationssituationen
- Die Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen und Übersetzungsdienstleister:innen
- Informationen über die Sprachgruppen, kulturellen und sozioökonomischen Hintergründe der durch die Einrichtung betreuten Bewohner:innen mit Hinblick auf die unterschiedlichen Kommunikationsanforderungen dieser Gruppen
- Grundprinzipien für die Gestaltung unterstützender schriftlicher Materialien

Nr. 2: Ausgewählte Kriterien für die mündliche Kommunikation mit Bewohner:innen

Die Kriterien für die mündliche Kommunikation lassen sich gut sichtbar für Mitarbeiter:innen in der Einrichtung anbringen, z.B. in der Teeküche.

- Vermitteln Sie Informationen einfühlsam und aufmunternd.
- Sorgen Sie dafür, dass persönliche oder vertrauliche Gespräche nach Möglichkeit unter Schutz der Privatsphäre stattfinden.
- Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für jede Kommunikation.
- Achten Sie besonders bei komplexen Informationen – z.B. bei der Vermittlung zahlenbezogener Informationen – auf eine ruhige, nicht ablenkende Umgebung.
- Erfragen und berücksichtigen Sie unterschiedliche Kommunikationsbedürfnisse (z.B. Sprache).
- Beziehen Sie bei Bedarf stets ausreichend geschulte Dolmetscher:innen / Übersetzer:innen ein.
- Vermitteln Sie Informationen in Alltagssprache – mit einfachen Worten in kurzen knappen Sätzen.
- Sprechen Sie mit Nicht-Muttersprachler:innen langsam und deutlich.
- Überprüfen Sie immer wieder die Verständlichkeit der Kommunikation (z.B. durch Nachfragen wie: Haben Sie noch Fragen? Habe ich das gut erklärt?).
- Machen Sie die Rückversicherung des Verständnisses der Bewohner:innen (z.B. mittels „Teach-Back“) zu Ihrer Kommunikations-Routine.
- Ermutigen Sie Bewohner:innen zum Nachfragen.
- Ermuntern Sie Bewohner:innen bedarfsbezogen, sich persönliche Notizen zu machen.
- Unterstützen Sie mündliche Kommunikation durch schriftliche Materialien (Info-Blätter, Bilder, Schautafeln, Piktogramme) oder neue Technologien.
- Dosieren Sie Informationen gut und handlungsorientiert – sagen Sie das Wichtigste zuerst.
- Wiederholen Sie wichtige Informationen mehrmals.
- Stellen Sie durch Nachfragen sicher, dass den Bewohner:innen die nächsten Schritte klar sind.
- Achten Sie am Ende des Gesprächs darauf, dass die Bewohner:innen wissen, worin ihr Problem besteht, wie sie damit umgehen können und warum das wichtig ist (→ „ask-me-3“ siehe Glossar).

Nr. 3: Ausgewählte Kriterien für die gesundheitskompetente Gestaltung schriftlicher Materialien

- Machen Sie Name und Kontaktdaten der Einrichtung sowie das Erstellungsdatum auf allen Materialien klar ersichtlich.
- Setzen Sie schriftliche bzw. audiovisuelle Materialien nicht anstelle von, sondern zur Unterstützung persönlicher Kommunikation ein.
- Stellen Sie bei der Gestaltung schriftlicher bzw. audiovisueller Materialien die für den/die Bewohner:in wichtigsten Informationen an den Anfang.
- Erstellen Sie schriftliche und audiovisuelle Materialien kulturell adäquat und ohne potentiell kränkenden Inhalte in Text oder Bild.
- Erstellen Sie schriftliche Materialien auf dem Lesenniveau von Pflichtschul-Absolvent:innen (z.B. kurze einfache Sätze, maximal zweisilbige Wörter, Vermeidung der Passiv-Form).
- Unterteilen Sie die vermittelten Informationen in leicht fassbare Informationseinheiten.
- Erstellen Sie Überschriften und Zwischenüberschriften zur Unterstützung des Verständnisses und als Orientierung über den Inhalt des jeweils nächsten Abschnittes.
- Gestalten Sie Materialien so, dass sie auf den Inhalt neugierig machen – z.B. mit Frage-Antwort-Formaten, Wahr-Falsch-Aussagen, Geschichten oder Dialogen.
- Erklären Sie Fachausdrücke, Sammelbegriffe wie „Geflügel“ oder „rotes Fleisch“ und unspezifische Begriffe wie „übermäßig“ oder „regelmäßig“ anhand von Beispielen.
- Verwenden Sie keine Abkürzungen oder umgangssprachliche Bezeichnungen für Abteilungen oder Gebäude.
- Formatieren Sie Texte locker gesetzt, linksbündig, in ausreichender Schriftgröße, mit ausreichendem Zeilenabstand, ohne Silbentrennung und mit ausreichenden Seitenrändern.
- Unterstützen Sie durch die grafische Gestaltung das Erkennen der wichtigsten Inhalte auch bei raschem Überfliegen (z.B. durch Hervorhebungen, Einrückungen, Aufzählungen).
- Unterstützen Sie wichtige Botschaften durch Fotos, Abbildungen, Grafiken etc. Beschriften Sie diese stets gut und mit einem klaren Text-Bezug.
- Verwenden Sie für die angesprochenen Zielgruppen (z.B. Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen oder Angehörige) zeitgemäße und repräsentative Fotos oder Abbildungen.
- Sorgen Sie dafür, dass Text und Hintergrund grafisch ausreichend kontrastiert sind (z.B. keine Text-Bild-Überlagerungen).
- Testen Sie die Verständlichkeit des Materials durch Vertreter:innen der Bewohner:innen, z.B. mit dem Heimbeirat (z.B. mit Fragen wie „Können Sie mir sagen, was das für Sie bedeutet?“ „Können Sie mir sagen, was Sie aufgrund dieses Textes tun sollten?“).
- Erstellen Sie die Materialien in den für die Einrichtung wichtigsten Sprachen.

- Erstellen Sie Übersetzungen von Materialien in Zusammenarbeit mit professionellen Übersetzer:innen.
- Überarbeiten Sie auch fremdsprachige Materialien regelmäßig, fachlich korrekt und gemäß den Kriterien für die gesundheitskompetente Gestaltung von Materialien.
- Arbeiten Sie in der Entwicklung von Materialien mit Expert:innen für Gesundheitskompetenz zusammen.
- Stellen Sie elektronische bzw. audiovisuelle Alternativen als Alternativen zu gedruckten Informationen zu Verfügung.

Nr. 4: Beispiele für Fragestellungen zur Gesundheitskompetenz in Befragungen für Bewohner:innen

- ➔ Wie oft in den letzten 12 Monaten hat Ihnen Ihr Bezugspfleger:in alle Informationen über Ihre Gesundheit gegeben, die sie wollten?
- ➔ Wie oft in den letzten 12 Monaten hat Sie Ihr/e Bezugspfleger:in dazu ermutigt über all Ihre Fragen und Sorgen zu sprechen, die Ihre Gesundheit betreffen?
- ➔ Wie oft in den letzten 12 Monaten hat Sie Ihr/e Bezugspfleger:in gebeten zu beschreiben wie Sie die erhaltenen Anweisungen befolgen sollen?

(adaptiert aus: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2011)

Nr. 5: Beispiele für Fragestellungen zur Gesundheitskompetenz in Befragungen für Mitarbeiter:innen

- ➔ Fühlen Sie sich umfassend über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsschutz in der Arbeit informiert?
- ➔ Haben Sie in den letzten 12 Monaten Informationen oder Anleitungen zum Umgang mit Gesundheitsrisiken bei der Arbeit erhalten?
- ➔ Haben Sie in den letzten 12 Monaten an Ihrer Arbeitsstelle Informationen oder Anleitungen zu gesunden Lebensstilen bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung erhalten?
- ➔ Falls Sie Informationen oder Anleitungen zu gesunden Lebensstilen bzw. betrieblicher Gesundheitsförderung erhalten haben: waren diese leicht zu verstehen und zu befolgen?
- ➔ Gibt es an Ihrer Arbeitsstelle eine Ansprechperson für Fragen der Gesundheit im Zusammenhang mit der Arbeit, an die Sie sich bei Bedarf vertrauensvoll wenden können?

(adaptiert aus: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 2011)

Nr. 6 Empfehlungen und grundlegende Prinzipien zur Umsetzung der Förderung von Gesundheitskompetenz aus dem Nationalen Aktionsplan

Zur Förderung der Gesundheitskompetenz spricht der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz 15 Empfehlungen aus, die auch für stationäre Pflegeeinrichtungen von Interesse sind, insbesondere hinsichtlich der Empfehlungen 6-15. Zur Umsetzung wird auf fünf Prinzipien verwiesen (vgl. Schaeffer et al. 2018: 38ff bzw. 52ff.). Sie finden den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz unter: nap-gesundheitskompetenz.de

Grundlegende Prinzipien für die Umsetzung der Empfehlungen in gute Praxis

- 10. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern**
- 11. Sowohl die individuellen als auch die strukturellen Bedingungen verändern**
- 12. Partizipation und Teilhabe ermöglichen**
- 13. Chancen der Digitalisierung nutzen**
- 14. Die Kooperation von Akteuren aus allen Bereichen der Gesellschaft herstellen**

Die Empfehlungen im Überblick

Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern

(Empfehlungen 1-5)

1. Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen
2. Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern
3. Die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten stärken
4. Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern
5. Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz der Bewohner:innen zu stärken

Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestalten

(Empfehlungen 6-10)

6. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern
7. Die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, Transparenz erhöhen und administrative Hürden abbauen
8. Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen und Nutzern verständlich und wirksam gestalten
9. Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten
10. Die Partizipation von Patient:innen erleichtern und stärken

Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben

(Empfehlungen 11-14)

11. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren
12. Einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen
13. Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien stärken
14. Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung fördern

Gesundheitskompetenz systematisch erforschen (Empfehlung 15)

15. Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen

(vgl. Schaeffer et al. 2018: 56f.)

Nr. 7: Beispiel für einen strukturierten Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Phase	Beispiel
0) Entscheidung und Aufbau / Nutzung von Strukturen	<ul style="list-style-type: none">• Die Einrichtungsleitung bespricht das Thema Gesundheitskompetenz im bereits bestehenden Steuerkreis Prävention und Gesundheitsförderung, in dem u.a. die Vertretung der Mitarbeiter:innen, der Heimbeirat und Angehörige mitwirken.
1) Bedarfsanalyse	<ul style="list-style-type: none">• Der Steuerkreis führt einen „Gesundheitskompetenz-Zirkel“ mit Mitarbeiter:innen, Bewohner:innen und Angehörigen durch.• Die Angehörigen wünschen sich mehr Informationen zum Umgang mit demenziell erkrankten Pflegebedürftigen.• Die Mitarbeiter:innen merken an, dass auch sie eine Vertiefung ihres Wissens dazu gut fänden.• Die Bewohner:innen wünschen sich mehr Informationen zu Präventionsangeboten.
2) Konzeptplanung	<ul style="list-style-type: none">• Der Steuerkreis entscheidet, dass für interessierte Mitarbeiter:innen eine Schulung zum Umgang mit Demenz geplant wird.• Nach der Schulung soll ein Vortragsabend zum Thema Demenz durchgeführt werden, zu dem Mitarbeiter:innen (bei Teamsitzungen und per E-Mail), Angehörige (mündlich, per Brief und E-Mail) und weitere Interessierte (per Flyer im Eingangsbereich der Einrichtung, ortsansässigen Hausärzten und Internisten) eingeladen werden. Die geschulten Mitarbeiter:innen planen die Veranstaltung und laden Kooperationspartner ein.• Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung werden bereits über Aushänge mitgeteilt, sollen zukünftig jedoch auch durch Flyer sowie bedarfsbezogen durch die Bezugspfleger:innen bekannter gemacht und genauer beschrieben werden.

3) Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Schulung und eine Veranstaltung zum Thema Demenz wurden durchgeführt. Zu beiden Veranstaltungen wurden Kooperationspartner gefunden, die das Thema anschaulich präsentierten. • Zu den Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Flyer entstanden, an dem auch der Heimbeirat und einige weitere interessierte Bewohner:innen mitgewirkt haben. Sie haben die Verständlichkeit des Flyers geprüft und Verbesserungsvorschläge gemacht. • Der Flyer wurde an die Bewohner:innen verteilt (nach einer Mahlzeit im Gemeinschaftsraum sowie einzeln im Rahmen von Gesprächen bzw. an neue Bewohner:innen beim Integrationsgespräch). • Die Bezugspfleger:innen haben die Bewohner:innen gezielt auf die Angebote angesprochen und sie individuell dazu beraten.
4) Bewertung	<p>(+ / -) Die Schulung wurde als hilfreich empfunden und die Veranstaltung war gut besucht. Dennoch waren verhältnismäßig wenig Mitarbeiter:innen da, die aufgrund des Schichtdienstes nicht teilnehmen konnten. Einige Angehörige meldeten zurück, dass sie sich jetzt sicherer im Umgang mit demenziell Erkrankten fühlen.</p> <p>(+) Zu den Präventionsangeboten sind weitere Teilnehmende hinzugekommen. Es bleibt zu beobachten, wie sich ihre Zahl entwickelt.</p> <p>(+) Im Steuerkreis wurde von Einzelgesprächen berichtet, in denen die verständliche Aufbereitung des Flyers gelobt wurde.</p>
5) Korrektur und Anpassung	<ul style="list-style-type: none"> • Der Steuerkreis Prävention und Gesundheitsförderung wird um das Thema Gesundheitskompetenz erweitert, um die Förderung zu verstetigen. • Es wird beschlossen, die Veranstaltung zum Thema Demenz an drei weiteren Terminen anzubieten und bei der Dienstplangestaltung darauf zu achten, dass alle Mitarbeiter:innen einmal teilnehmen können. Dies gilt nicht nur für Fachpfleger:innen, sondern auch für Pflegehelfer:innen. • Ein weiterer Flyer zum Thema Diabetes wird geplant. Eine kleine Umfrage der Bezugspfleger:innen bei „ihren Pflegebedürftigen“ hat gezeigt, dass hierzu die meisten Informationen gewünscht wurden

Ergänzungen zu den Standards

Ergänzend zu Standard 4: Mit Bewohner:innen gesundheitskompetent kommunizieren

- Eine **Kurzinformation über Gesundheitskompetenz** richtet sich an Pflegefachpersonen. Die Broschüre bietet einen guten Überblick, um sich mit dem Thema Gesundheitskompetenz, bestehenden Strategien und Hinweisen zur Förderung vertraut zu machen. U.a. zur gesundheitskompetenten mündlichen wie auch schriftlichen Kommunikation mit Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen finden sich nützliche Hinweise.
[Siehe hierzu nap-gesundheitskompetenz.de](http://nap-gesundheitskompetenz.de)
- Eine **Material- und Methodensammlung** zur Förderung der Gesundheitskompetenz bietet Hilfestellungen zur Ermittlung von Gesundheitskompetenz sowie zur Planung und Durchführung bedarfsgerechter Interventionen. In den Hinweisen u.a. zur Gesprächsführung und zur Erstellung von Gesundheitsthemen werden bspw. Tipps zur Verwendung einfacher bzw. leichter Sprache oder zum kultursensiblen Umgang gegeben und auf nützliche Materialien verwiesen. [Siehe hierzu uni-bielefeld.de](http://uni-bielefeld.de)

Ergänzend zu Standard 5: Die Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen und Angehörigen verbessern

- Weiterführende Informationen zum **Impfschutz** bieten die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) auf den Internetseiten des Robert Koch Instituts (RKI). [Siehe hierzu rki.de](http://rki.de)
- Eine Übersicht über verschiedene **Selbstmanagementprogramme** zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen sowie deren Empfehlungsgrade bietet das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) auf einer Website zum Thema Prävention in der stationären Pflege. [Siehe hierzu pgf.zqp.de](http://pgf.zqp.de). Eine Übersicht über alle 11 Themenbereiche finden sie hier: pgf.zqp.de

Ergänzend zu Standard 6: Die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innen verbessern

- Zur **Förderung der Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter:innenn** kann ein Handlungsleitfaden Anregungen und Praxistipps bieten, der viele Praxisbeispiele enthält. Der Leitfaden richtet sich an Führungskräfte und Personalverantwortliche und thematisiert die gesundheitskompetente Kommunikation zu Themen wie u.a. gesundes Führen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, Ernährung und Bewegung und psychische Belastungen am Arbeitsplatz.
[Siehe hierzu gesundheitsbewusster-betrieb.de](http://gesundheitsbewusster-betrieb.de)

Ergänzend zu Standard 9: Management-Grundsätze und Unternehmensstrukturen für Gesundheitskompetenz etablieren

Eine **Material- und Methodensammlung** zur Förderung der Gesundheitskompetenz bietet Hilfestellungen zur Ermittlung von Gesundheitskompetenz sowie zur Planung und Durchführung bedarfsgerechter Interventionen. In den Hinweisen werden u.a. Tipps zur Schaffung von Rahmenbedingungen gegeben, die Gesundheitskompetenz fördern. [Siehe hierzu uni-bielefeld.de](https://uni-bielefeld.de)



Unsere Projekt- dokumentation

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

Unsere Projektdokumentation

Name der Einrichtung / Organisationseinheit / Berufsgruppe:

Steuerungsgruppe / Leitung / Teilnehmer*innen (bzgl. Positionen und Tätigkeiten):

Treffen Nr.:

Datum:

Dauer:

Zentrale Ergebnisse

Anmerkungen

Nächste Schritte / Weiteres Vorgehen



Weitere Informationen

Beschreibung der Zielgruppen
Glossar
Literaturverzeichnis

Kontakt:

AOK-Bundesverband GbR
Abteilung Prävention

Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Internet: www.aok-qualipep.de
E-Mail: QualiPEP@bv.aok.de

Beschreibung der Zielgruppen

Einrichtung

Gemeint sind die teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Mitarbeiter:innen

Gemeint sind explizit die Mitarbeiter:innen in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Bezugspfleger:innen

Gemeint sind Mitarbeiter:innen, die einzelne oder mehrere Bewohner:innen besonders eng betreuen. In vielen Einrichtungen hat jede:r Bewohner:in eine:n Bezugspfleger:in als feste Ansprech- und Bezugsperson.

Bewohner:innen / Gäste

Gemeint sind die Bewohner:innen vollstationärer Pflegeeinrichtungen sowie bzw. die Gäste teilstationärer Tagespflegeeinrichtungen.

Angehörige

Gemeint sind Angehörige der Bewohner:innen in teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen, die den Bewohner:innen nahestehen und als feste Bezugspersonen wahrzunehmen sind.

Andere Bezugspersonen

Auch Personen, die keine Angehörigen sind, können den Bewohner:innen sehr nahestehen und feste Bezugspersonen für sie darstellen. Auch Partner:innen können gemeint sein.

Gesetzliche Betreuer:innen

Insbesondere Menschen mit fortgeschrittener demenzieller Erkrankung haben i.d.R. gesetzliche Betreuer:innen, die nicht immer auch Angehörige sind und die in wichtige Entscheidungen für die Bewohner:innen einbezogen werden. Diese Personen sind hier gemeint.

Besucher:innen

Gemeint sind Besucher:innen in Pflegeeinrichtungen. Insbesondere im Rahmen der Förderung von Gesundheitskompetenz, aber auch zur sozialen Teilhabe der Bewohner:innen, ist der Einbezug von Besucher:innen als Zielgruppe von Maßnahmen relevant.

Glossar

Ask-me-3

As-me-3 ist eine Kampagne der National Patient Safety Foundation in den USA. Ziel ist es, die Kommunikation zwischen Patient:innen und Gesundheitsdienstleister:innen zu verbessern und vor allem die Patient:innen zu aktiven Partner:innen in ihrer Gesundheitsversorgung zu machen und dadurch die Behandlungsergebnisse zu verbessern. Im Rahmen der Kampagne werden Patient:innen ermutigt, Ihren Gesundheitsdienstleister:innen folgende drei Fragen zu stellen

1. Was ist mein Problem?
2. Wie soll ich damit umgehen?
3. Warum ist es wichtig, dass ich das tue?

So könnten auch Bewohner:innen stationärer Pflegeeinrichtungen bzw. Gäste in der teilstationären Pflege fragen, wenn es um ihre Betreuung, Versorgung, ärztliche Behandlung etc. geht.

Chunk-and-Check: Schritt-für-Schritt

Gemäß dieser Kommunikationstechnik werden größere Informationseinheiten in jeweils kleinere Einheiten (Schritte, „chunks“) zerlegt. Hierbei werden den Bewohner:innen zunächst wesentliche Aspekte erläutert und dann mit der Teach-Back-Methode ihr Verständnis überprüft.

Gefährdungsbeurteilung

Gefährdungsbeurteilungen decken im Sinne des Arbeitsschutzes Risiken und Potenziale auf, arbeitsbedingte Belastungen zu senken. Die Ergebnisse können darüber hinaus zur Bedarfsanalyse für gezielte Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung herangezogen werden. Sowohl in der Erhebung als auch in der Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen sowie zur Unterstützung bei der Umsetzung ist eine Zusammenarbeit u.a. der Krankenkassen und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit vorgesehen (vgl. § 20b Abs. 1f. SGB V). Insbesondere zu Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) und psychischen Belastungen bieten Gefährdungsbeurteilungen Hinweise auf Bedarfe zu betrieblicher Gesundheitsförderung. Eine Datenbank mit qualitätsgesicherten Handlungshilfen findet sich bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua).

[Siehe hierzu baua.de](https://www.baua.de)

Gesundheitsförderliche Umgebung

Eine gesundheitsförderliche Umgebung liegt vor, wenn Menschen, die darin leben und arbeiten ihre Gesundheit erhalten und fördern können.

Gesundheitsförderung

Mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollen persönliche Ressourcen gestärkt und die Rahmenbedingungen/Strukturen, bspw. einer Schule, so gestaltet werden, dass sie der Gesundheit dienen. Gesundheitsförderung setzt vor allem an der Schaffung „gesunder“ Verhältnisse, z.B. durch eine gesunde Gemeinschaftsverpflegung, und beim gesunden Menschen an und versucht die Widerstandskraft (Resilienz) zu stärken, damit Belastungen bewältigt werden können.

Gesundheitsförderungsprozess / Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Der Gesundheitsförderungsprozess bzw. der Prozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz lässt sich u.a. auf den sogenannten „PDCA-Zyklus“ zurückführen (Plan-Do-Check-Act, vgl. QM-Wissen.de 2019), der u.a. im Qualitätsmanagement bereits häufig angewendet wird. Der hier dargestellte Förderungsprozess geht ähnlich vor und ist eine Adaption des „Public Health Action-Cycle“ (vgl. Ruckstuhl et al. 1997) zur Prävention und Gesundheitsförderung. Er wurde im Rahmen des Projektes auch auf die Förderung von Gesundheitskompetenz übertragen.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz wird definiert als die Fähigkeit, gesundheitsrelevantes Wissen – sowohl für die Krankenbehandlung als auch für Prävention und Gesundheitsförderung – zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (vgl. Sørensen et al. 2012).

Physikalische Faktoren der Arbeitsumgebung

In Zusammenhang mit Arbeitsschutz umfassen physikalische Faktoren Wirkungen, die durch mechanische, thermische, elektrische und durch nichtionisierende Strahlung hervorgerufen werden. Diese Faktoren können sich auf Gesundheit, Leistung, Zufriedenheit und Wohlbefinden auswirken. Darunter fallen Lärm, Vibration, Mikroklima, elektromagnetische Felder und die Beleuchtung. Im Rahmen von Arbeitsschutz geht es darum, ungünstige Arbeitsbedingungen und damit auch ungünstige physikalische Faktoren zu vermeiden (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) 2020, Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2020).

Prävention

Mit Prävention sind krankheitsbezogene Maßnahmen gemeint, die das Eintreten oder die Verschlechterung einer Krankheit verhindern oder verlangsamen oder die Gesundheit verbessern. Präventionsmaßnahmen können z.B. Gruppenangebote zur gesunden Ernährung bei Diabetes sein.

Steuerungsgruppe

Zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsprozesses bzw. des Prozesses zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird eine Arbeitsgruppe empfohlen. Im Idealfall ist dies eine bestehende Gruppe in der Einrichtung oder Organisation, die bereits zu einem verwandten Thema arbeitet, z.B. zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz oder zum Qualitätsmanagement. In Anlehnung an bereits bestehende Beschreibungen zur Durchführung von Qualitätssicherungsprozessen in der Prävention (vgl. GKV-Spitzenverband 2018a) wird diese Arbeitsgruppe hier Steuerungsgruppe genannt.

Teach-Back-Methode

Teach-Back ist eine Kommunikationstechnik, bei der Bewohner:innen nach erhaltener Information (z.B. Anweisungen zur Medikamenteneinnahme) eingeladen werden, das eben Mitgeteilte nochmals in eigenen Worten wiederzugeben und somit eine Rückbestätigung zu erhalten. Dadurch kann nachvollzogen werden, was der/die Bewohner:in verstanden hat und ob nochmals etwas genauer erklärt werden muss.

Verhältnisprävention

Verhältnisprävention soll die Gesundheit durch die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen stärken, z.B. durch gute Arbeitsbedingungen (Arbeitsabläufe, Arbeitsorganisation, gesundheitsgerechtes Führungsverhalten).

Verhaltensprävention

Verhaltensprävention soll die Gesundheit durch das Beeinflussen des individuellen menschlichen Verhaltens fördern, z.B. durch Aufklärung, Beratung oder Gesundheitskurse.

Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2011). CAHPS Item Set for Addressing Health Literacy. ahrq.gov. Zugegriffen: 23.03.2021
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2020). Hintergrundinformationen zu Gewalt und Aggression. bgw-online.de. Zugegriffen: 23.03.2021
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) (2020). Gefährdungen durch physikalische Einwirkungen. baua.de. Zugegriffen: 23.03.2021
- Dietscher C, Lorenc J und Pelikan J (2015). Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I). Reihe Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen (3). Wien: Ludwig Boltzmann Institut
- GKV-Spitzenverband (2020a). Leitfaden Prävention. Berlin: GKV-Spitzenverband
- GKV-Spitzenverband (2020b). Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. Berlin: GKV-Spitzenverband
- QM-Wissen.de (2019). PDCA-Zyklus. qm-wissen.de. Zugegriffen: 23.03.2021
- Ruckstuhl B, Somaini B und Twisselmann W (1997). Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bundesamt für Gesundheit
- Schaeffer D et al. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheit in Deutschland stärken. Berlin: KomPart.
- Sørensen K et al. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 12: 80: 1-13