



# Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP

## Einleitung

Aufgrund des demografischen Wandels, der eng mit dem medizinischen Fortschritt und der steigenden Lebenserwartung im Zusammenhang steht, nimmt die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf weiter zu und damit auch der Personal- und Fachkräftebedarf [1]. Die Arbeitsbelastungen sind in der Pflege sehr hoch, was u. a. an den vergleichsweise häufigen Arbeitsunfähigkeitstagen in den Pflegeberufen deutlich wird [2, 3]. Dass diese Herausforderungen zunehmend gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit erfahren, zeigen u. a. das Präventionsgesetz (PrävG, 2015), die Pflegestärkungsgesetze (PSG I–III, 2015–2017), das Bundesteilhabegesetz (BTHG, 2017) und das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG, 2019).

Mit dem Präventionsgesetz (2015, § 20a SGB V) wurde eine eigenständige Rechtsvorschrift über „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“ geschaffen. Lebenswelten sind hier „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports.“ Darunter fallen auch stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Durch das Präventionsgesetz erhielten die Pflegekassen einen zusätzlichen Präventionsauftrag in Pflegeeinrichtungen gemäß § 5 SGB XI, der unabhängig von der Pflicht zur

„aktivierenden Pflege“ (§ 11 SGB XI) explizit auf die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten Pflegebedürftiger abzielt.

Neben deutlichen Leistungs- und Strukturveränderungen werden den stationären Einrichtungen neue Möglichkeiten und die Offenheit geschaffen, Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) auszubauen und qualitativ weiterzuentwickeln. Zugleich ist die Umsetzung der rechtlichen Reformen für sie z. T. mit hohem Arbeitsaufwand verbunden. Zur qualitätsgesicherten Implementierung von PGF-Maßnahmen besteht Entwicklungsbedarf [4]. Aus Sicht der Anbieter von Präventionsmaßnahmen, z. B. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbänden und Sportfachverbänden, gibt es zwar gemeinsame Ansätze zur Evaluation von Präventionsangeboten, die geringe Evidenz zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen wird jedoch bemängelt [5].

Seit Mai 2017 führt der AOK-Bundesverband das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Forschungsprojekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege“ (QualiPEP) durch. Mit dem vierjährigen Projekt werden in den Lebenswelten stationärer Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Wohnstätten) und Pflege drei Ziele verfolgt, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu verbessern: Erstens soll ein Qualitätssicherungskonzept für

PGF-Maßnahmen entwickelt, pilotiert und umgesetzt werden. Zweitens soll die Gesundheitskompetenz in den Lebenswelten mithilfe eines entsprechenden Rahmenkonzeptes gestärkt und drittens die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) qualitätsgesichert weiterentwickelt werden. So werden drei Ziele gemeinsam verfolgt, die wechselseitig eng miteinander verbunden sind. Nachhaltiges Impactziel ist eine Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über alle Bereiche hinweg. Dabei sollen bestehende Qualitätskonzepte berücksichtigt werden. Mit einem partizipativen Ansatz werden alle relevanten Akteure (u. a. Vertreter der relevanten Wissenschaftsdisziplinen, Kostenträger, Leistungserbringer und Zielgruppen) einbezogen, z. B. über den wissenschaftlichen Beirat des Projektes, regelmäßige Workshops mit Experten aus Wissenschaft und Praxis oder Befragungen von Bewohnern, Beschäftigten und Leitungen der jeweiligen Einrichtungen. Hierdurch soll Transparenz über die inhaltliche Ausrichtung hergestellt, die Akzeptanz der Einrichtungen und ihrer Träger gefördert werden und theoriegestützte sowie praxisnahe, umsetzbare Strategien sollen generiert werden; Doppelstrukturen und -finanzierungen sollen vermieden werden. Im Folgenden werden die Ziele des Projektes QualiPEP mit spezifischem Bezug auf Pflegeeinrichtungen hergeleitet, Einschätzungen zu Qualitätskonzepten der PGF gegeben und das Forschungs- und Umsetzungsdesign beschrieben.

## Ziele des Projektes QualiPEP

### Prävention und Gesundheitsförderung

„Pflegerbedürftigkeit ist ein Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Vulnerabilität“ und das Pflegerisiko nimmt mit steigendem Alter deutlich zu [6]. 64% der AOK-versicherten Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen sind mindestens 80 Jahre alt.<sup>1</sup> Mehr als zwei Drittel der Pflegerbedürftigen<sup>2</sup> in vollstationären Einrichtungen weisen eine im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung anerkannte Demenz auf (2017), was mit Beeinträchtigungen der kognitiven Prozesse und Veränderungen im psychischen Erleben und Verhalten verbunden ist [9].

Vorliegende Qualitätssicherungsmaßnahmen zur PGF sind zwar vielfältig im Ansatz, aber nicht ausreichend auf Pflegeeinrichtungen bezogen und nur zum Teil evidenzbasiert [10, 11]. Bestehende Qualitätskriterien der Kranken- und Pflegekassen zur PGF finden sich in den Leitfäden „Prävention“ und „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-Spitzenverband; [10, 11]), womit auf die Bewohnerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen zugeschnittene Handlungsfelder vorliegen: Ernährung, körperliche Aktivität, kognitive Ressourcen, psychosoziale Gesundheit und Gewaltprävention [11]. Präventive Maßnahmen nach § 5 SGB XI zeichnen sich vor allem „dadurch [aus] ... , dass sie alle Bewohner/innen oder zumindest Gruppen von Bewohner/innen der

Lebenswelt betreffen und mit weniger spezifischen Maßnahmen als den am individuellen Pflegeprozess orientierten Pflegeinterventionen“ erreichen. Damit nehmen Verhältnismaßnahmen, d.h. die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, an Bedeutung zu. Mit dem Projekt QualiPEP soll auf den bestehenden Strukturen aufgebaut und ein Qualitätssicherungskonzept mit klaren Qualitätsindikatoren und -instrumenten (weiter)entwickelt werden, das stärker auf Pflegeeinrichtungen bezogen ist und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen genauer in den Blick nimmt. Hierzu ist eine zielgruppenspezifische Bedarfsermittlung erforderlich.

### Förderung von Gesundheitskompetenz

Bei 54% der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren wird eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz festgestellt [12, 13]. Unterschiede in der Gesundheitskompetenz liegen vor allem in sozioökonomischen Faktoren wie Alter, Bildungsniveau und Erwerbsstatus begründet, wobei auch geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen [14]. Gesundheitskompetenz beeinflusst gesundheitliche Chancengleichheit und die Fähigkeit, PGF-Maßnahmen wahrzunehmen sowie die eigene Lebensqualität zu steigern [12, 13]. Ihre Förderung wirkt damit auf zwei explizite Ziele des PräVG hin: die Verminderung gesundheitlicher Chancenungleichheit und das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln der Bürger sowie dessen Stärkung (§ 20 Abs. 1 SGB V).

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind meist ein dauerhafter Wohn- und Lebensort für ihre Bewohner. Diese benötigen Möglichkeiten bzw. Kompetenzen, gesundheitsrelevante Informationen in ihrem Umfeld zu finden, zu verstehen sowie individuell und selbstbestimmt anzuwenden. „Adressatengerechte Strategien“ zur Förderung von Gesundheitskompetenz werden insbesondere im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (2018) dargestellt [12]. Damit sind Ansätze gemeint, die die Nutzerfreundlichkeit und Sensibilisie-

rung der Berufsgruppen innerhalb einer gesundheitsfördernden Organisation betonen. Verhältnismaßnahmen zur Gesundheitskompetenzförderung können so auch vulnerable Gruppen mit unterschiedlichen kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen erreichen. Die Förderung von Gesundheitskompetenz kommt auch im Rahmen der BGF in Betracht [15]. Für die Integration von Gesundheitskompetenz in Arbeitsverhältnissen wird Entwicklungspotenzial postuliert, etwa bei den Rahmenbedingungen, Lernfeldern der Weiterbildung und Bereitstellung von Ressourcen. Das Konzept von „Informationskompetenz“ zur Beschaffung von wissenschaftlichem und praxisrelevantem Wissen wird für die Ausbildung der Pflegeberufe empfohlen [16].

Gesundheitskompetenz hat neben seiner allgemeinen gesellschaftlichen Relevanz deutliche Implikationen für PGF und BGF. Ihre Förderung und eine gemeinsame Betrachtung ermöglichen die Identifizierung von Synergieeffekten. Insbesondere der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz und die Allianz für Gesundheitskompetenz des BMG bieten hierfür eine Grundlage, die um lebensweltsspezifische Erkenntnisse zu erweitern ist, um auf Basis vorliegender Instrumente passgenaue Förderstrategien zu entwickeln. So gibt es bspw. ein Selbstbewertungsinstrument zur Gesundheitskompetenz, das aus dem Wiener Konzept gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen hervorgegangen ist [17]. Die Weiterentwicklung wird durch die Weltgesundheitsorganisation unterstützt (World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals & Health Care, WHO-CC) und ist zur Implementierung in englischer Fassung vorgesehen [18]. Dieses Instrument soll im Rahmen von QualiPEP für Pflegeeinrichtungen angepasst werden.

### Betriebliche Gesundheitsförderung

Wie eingangs angemerkt, sind in Pflegeberufen beschäftigte Personen durch hohe körperliche wie auch psychische

<sup>1</sup> Zur Berechnung wurden Routinedaten von AOK-Versicherten (297.057 Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, ca. 24,6 Mio. Versicherte insgesamt) aus dem Jahr 2015 durch das wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) bereitgestellt. In Deutschland lebten im selben Jahr ca. 780.000 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. im Jahresdurchschnitt ca. 81,7 Mio. Menschen insgesamt [7, 8].

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag überwiegend das generische Maskulinum verwendet. Dies impliziert immer beide Formen, schließt also die weibliche Form mit ein.

Bundesgesundheitsbl 2019 · 62:296–303 <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02910-4>  
© Der/die Autor(en) 2019

A. Tempelmann · K. Kolpatzik · H. Ehrenreich · M. Ströing · C. Hans

## Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP

### Zusammenfassung

Mit dem demografischen Wandel wird die Zahl der Menschen mit Pflegebedarf weiter zunehmen, so auch der Personal- und Fachkräftebedarf. Die Arbeitsbelastungen in den Pflegeberufen sind sehr hoch. Zahlreiche gesetzliche Reformen bezeugen die gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit für die resultierenden Herausforderungen: das Präventionsgesetz (PrävG, 2015), die Pflegestärkungsgesetze (PSG I–III, 2015–2017), das Bundesteilhabegesetz (BTHG, 2017) und das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG, 2019). Um den Herausforderungen zu begegnen, wurde im Mai 2017 das vierjährige Forschungsprojekt „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und

Pflege“ (QualiPEP) begonnen, das vom AOK-Bundesverband durchgeführt und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert wird. Das Projekt richtet sich an teil- und vollstationäre Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Es verfolgt drei Ziele: 1. Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzeptes zur Verbesserung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung; 2. Stärkung der Gesundheitskompetenz auf den Ebenen der Bewohnerschaft, der Beschäftigten und der Organisationen. Ein Rahmenkonzept wird erarbeitet; 3. qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen.

Dabei wird das Impactziel einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für alle Zielgruppen einbezogen. Der Qualitätsentwicklungsprozess beginnt mit einer Bedarfsanalyse. Es folgen Konzeptplanung und -entwicklung, Umsetzung und Evaluation sowie Anpassungen zur effektiven Anwendung. Im vorliegenden Beitrag werden die Ziele des Projektes mit Bezug auf Einrichtungen der Pflege hergeleitet und das Forschungs- und Umsetzungsdesign beschrieben.

### Schlüsselwörter

Stationäre Pflege · Gesundheitskompetenz · Betriebliche Gesundheitsförderung · Qualitätssicherung · Lebensqualität

## Quality prevention and health promotion programming in long-term care: the QualiPEP Project

### Abstract

With the demographic shift, the number of persons in need of long-term care is continuing to grow, as is the need for nursing care staff and specialists. Stress levels within the long-term care sector are very high. Multiple legislative reforms have given rise to societal and political awareness of the resulting challenges: *Preventive Health Care Act (2015)*, *First and Second Acts and Third Bill to Strengthen Long-term Care (2015–17)*, *Federal Participation Act (2017)*, and the *Bill to Strengthen Nursing Care Staff (2019)*. To meet these challenges, in May 2017 the four-year project quality-oriented prevention and health promotion in institutions for persons with disabilities and of long-term care

(QualiPEP) was founded. It is administered by the AOK-Bundesverband and promoted by the federal health ministry. The project addresses part- and full-stationary residential long-term care settings and residential home settings for persons with disabilities. It pursues three goals: 1. Developing a quality concept to improve effectiveness and sustainability of prevention and health-promotion programming; 2. Strengthening the health literacy of home residents, employees and organizations (therefore, a framework concept will be developed); 3. Expanding upon existing workplace health-promotion measures for employees. The ultimate impact objective is

to increase health-related quality of life for the target groups. The process of developing quality indicators begins with a needs assessment, followed by phases of conceptualization, implementation, evaluation and adaptation. The present article illustrates QualiPEP project objectives with a specific focus on long-term care facilities and further describes the project's research design and planned execution.

### Keywords

Inpatient long-term care · Health literacy · Workplace health promotion · Quality improvement · Quality of life

Anforderungen besonders belastet. Relativ zu allen Berufsgruppen sind AOK-Versicherte in Pflegeberufen häufiger und mit einem Unterschied von 15,7% zudem durchschnittlich 2,2 Tage länger arbeitsunfähig als AOK-Versicherte in allen Berufen zusammengenommen.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Zur Berechnung hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) Routinedaten von AOK-Versicherten (618.309 Beschäftigte in Pflegeberufen, ca. 13,3 Mio. Beschäftigte in allen Berufen) aus dem Jahr 2017 bereitgestellt. In Deutschland arbeiteten gut 730.000 Beschäftigte in stationären Einrichtungen (2015), davon ca. 550.000 Beschäftigte in der Pflege und Betreuung [7]. Insgesamt waren etwa 44,3 Mio. Personen erwerbstätig (2017; [19]).

Das Präventionsgesetz forciert u.a. eine systematische Weiterentwicklung der BGF, indem die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert sind, die Unternehmen in der Analyse, Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen (§ 20b SGB V; [20]).

Mit dem PpSG ist u.a. eine Steigerung der Ausgaben für BGF in Pflegeeinrichtungen geplant [21]. Im Leitfadens „Prävention“ des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Förderung bzw. Bezuschussung von Maßnahmen werden neben einem systematischen Vorgehen folgende BGF-Handlungsfelder formuliert: Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung, Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensstils der Beschäftigten und die

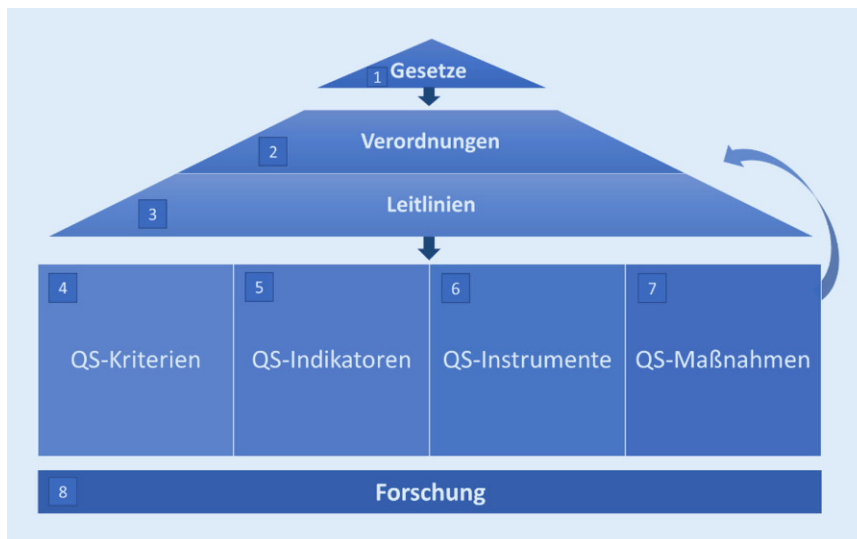


Abb. 1 ▲ Formulierungsebenen zur Qualitätssicherung (QS)

überbetriebliche Vernetzung und Beratung. Da sie branchenunspezifisch sind, lassen sie einen gewissen Spielraum zur Weiterentwicklung [10].

Für BGF in Pflegeeinrichtungen gibt es mehrere Initiativen und Qualitätssicherungsinstrumente, z. B. werden durch die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales veranlasste Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) Handlungshilfen und Checklisten online zur Verfügung gestellt [22]. Die INQA-Initiative „Offensive Gesund Pflegen“ bietet zur Steigerung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen ein Selbstbewertungssystem für die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung in der Altenpflege [23]. Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) bietet bspw. mit ihrem „Wegweiser Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag“ Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege [24]. Auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hält verschiedene Handlungshilfen vor, z. B. im Rahmen der Initiative „Aufbruch Pflege“ zur modernen Prävention für Altenpflegekräfte oder der „Ausbildungsoffensive Altenpflege“ [25]. Im Projekt QualiPEP gilt es, die Empfehlungen des GKV-Leitfadens unter Zuhilfenahme der vorliegenden Instrumente lebensweltbezogen weiterzuentwickeln. Um vertieftes Wissen über die spezifischen psychischen und physischen Belastungen der Beschäftigten

in den Lebenswelten berücksichtigen zu können, sind weitere Erkenntnisse erforderlich.

### Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Wissenschaftliche Konzepte von Lebensqualität als Indikatoren zur Messung objektiv beobachtbarer Bedingungen und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität werden bereits seit den 1940er-Jahren diskutiert, u. a. in den Sozial-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften [26, 27]. In der gezielten Stärkung der Lebensqualität wird hohes Potenzial zur PGF gesehen [6]. Als Lebensqualitätsmerkmale werden z. B. Wohlbefinden, Selbstbestimmtheit, Sicherheit, Spiritualität, Teilhabe, hauswirtschaftliche Versorgung sowie Würde und Respekt benannt [28]. Ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten und Indikatoren gibt es jedoch nicht. Im Rahmen der Medizin- und Pflegewissenschaften ist die begriffliche Spezifizierung der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ aus einem funktionsbezogenen Ansatz zur Bewertung medizinischer Interventionen entstanden, der zur Messung von Pflegequalität erweitert und adaptiert wurde und weiterhin wissenschaftlich diskutiert wird (z. B. [29]). In neueren Entwicklungen wird Lebensqualität als subjektive und dynamische Kategorie definiert [26].

Im Rahmen der Umsetzung aktueller Gesetzgebungswerke in der Pflege (PSG I–III, PpSG, PräVG) besteht Interesse, die Maßnahmen zur Prävention und (betrieblichen) Gesundheitsförderung sowie die Lebensqualität von Pflegebedürftigen zu verbessern. Mit der Förderung ihrer Gesundheitskompetenz wird ebenfalls eine Steigerung der Lebensqualität der Bewohnern angestrebt [12]. Durch die Bestimmung des PSG II, zur besseren Abbildung der Pflegequalität „ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln“ (§ 113b Abs. 4 Nr. 4 SGB XI), wird das Thema Lebensqualität auch bzgl. Pflegequalität aufgegriffen und die Entwicklung von Instrumenten zur Messung vorangetrieben, um etwa die Lebensqualität anhand subjektiver wie objektiver Indikatoren aus Sicht der Bewohner und des Pflegepersonals zu erfassen [30, 31] oder die Ergebnisqualität der Pflege abzubilden [32, 33].

QualiPEP nimmt die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Definition der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf und berücksichtigt dabei auch die Lebensqualitätsdimensionen der Pflege. Lebensqualitätssteigernde PGF-Maßnahmen und geeignete zielgruppenspezifische Indikatoren für Lebensqualität sollen identifiziert und in Qualitätssicherungskonzepten aufgenommen werden. Dadurch sollen die Lebensqualitätsdimensionen in der Pflege unterstützt werden. Neben der vertieften Analyse des Forschungsstandes ist die Perspektive der Zielgruppen zentral.

### Entwicklung von Qualitätssicherung

Die Qualitätsentwicklung der PGF in Lebenswelten, hier speziell für Pflegeeinrichtungen, wird durch bundesweite, lebensweltsspezifische Kooperations- und Forschungsprojekte vorangetrieben, die im Auftrag des BMG durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert werden [34]. So entstehen diverse Angebote zur Förderung von Qualität in der Auswahl, Anwendung und Bewertung von PGF-Maßnahmen [35]. Der Koopera-



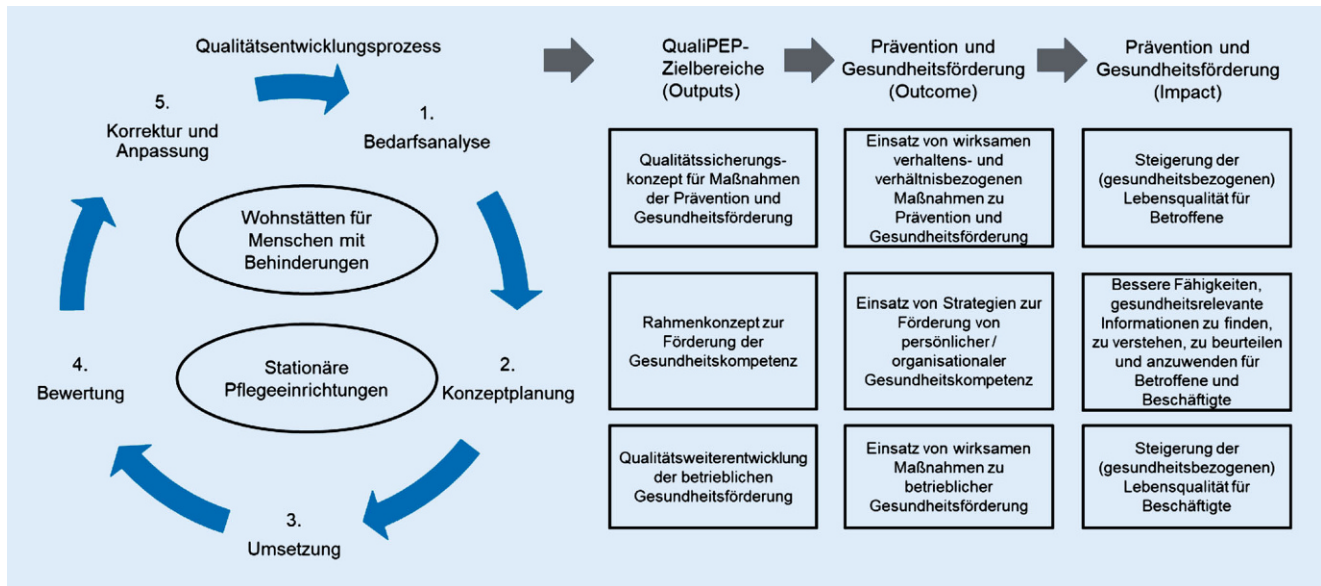


Abb. 2 ▲ QualiPEP: Konzeptionelles Qualitätsentwicklungsmodell nach dem Public Health Action Cycle

tionsverbund „gesundheitliche Chancengleichheit“ (BZgA) entwickelte bspw. Good-Practice-Kriterien zur Planung, Durchführung und Bewertung von Projektaktivitäten [36]. Weitere Angebote zur Qualitätsförderung bestehen z. B. durch das evidenzgestützte Informationssystem „Qualität in der Prävention“ (QIP, Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf) oder das Qualitäts- und Projektmanagementsystem „Quint-Essenz“ (Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz; [37, 38]).

Qualitätssicherung ist jedoch kein eindeutig definiertes Verfahren. Herausforderungen werden im unterschiedlichen Verständnis der Begrifflichkeiten gesehen. Qualitätssicherungsinstrumente sind demnach wenig verbreitet, da keine zentrale Übersicht der Instrumente existiert. Transparenz in der zugehörigen Forschung und Entwicklung ist daher nur bedingt gewährleistet [39]. Zudem erschwert ein Mangel an theoretisch fundierten und evidenzbasierten Prozessschritten den Nutzern in der Pflegeeinrichtung die Auswahl des am besten geeigneten Werkzeugs.

Da es sich um unterschiedliche Lebenswelten mit vielfältigen Akteuren auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene handelt, bietet ein Modell der Formulierungsebenen von Qualitätssicherungsaspekten Orientierung (s. Abb. 1). Die Pyramidenform verweist

auf den hierarchischen Entstehungsprozess von Vorschriften und Empfehlungen (Ebenen 1–3). Diese führen zu Strategien für Qualitätssicherung bzw. -management für PGF in den Einrichtungen (Ebenen 4–7). Zugleich verläuft ein wechselseitiger dynamischer Prozess mit Erkenntnissen aus Praxis und Forschung (Ebene 8).

### Forschungs- und Umsetzungsdesign

Den Formulierungsebenen zur Qualitätssicherung (Abb. 1) entsprechend sollen bestehende Konzepte zur Erreichung der QualiPEP-Ziele genutzt werden. Hauptgrundlage für die PGF sind die GKV-Leitfäden „Prävention“ und „Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“, die als fachlich fundiert angesehen werden [4]. Auf Basis bestehender Handlungsfelder und zielgruppenspezifischer Forschungserkenntnisse gilt es, Qualitätssicherungskonzepte (weiter) zu entwickeln, die theoriegestützt und nachvollziehbar sind. Neu ist u. a. die zeitgleiche Betrachtung der verschiedenen, ineinandergreifenden Zielbereiche PGF, BGF und Gesundheitskompetenz mit dem gemeinsamen Impactziel einer Steigerung der Lebensqualität. Im Projekt QualiPEP werden darüber hinaus sowohl die Bewohner der Lebenswelten als auch die Beschäftigten

und die Einrichtungen selbst als Zielgruppen definiert. Eine ganzheitliche Betrachtung der Organisation umfasst die diversen Zielgruppen mit dem Ziel der Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Dieses Vorhaben ist mit einer hohen Komplexität und der Herausforderung verbunden, zugleich praxisnahe, umsetzbare Konzepte zu generieren.

Es sollen ganzheitliche Konzepte entstehen, die Doppelstrukturen vermeiden und Synergieeffekte nutzen. Doppelstrukturen, z. B. aufgrund der verschiedenen, ineinandergreifenden Gesetzgebungen, sollen erkannt und vermieden werden. So ist etwa die Abgrenzung zwischen bestehenden Maßnahmen der aktivierenden Pflege nach § 11 SGB XI und Maßnahmen des Präventionsgesetzes nach § 5 SGB XI nicht trennscharf. Aktuelle Gesetzesreformen sollen in dem Zuge effizient umgesetzt werden. Hierfür sollte insbesondere das Wissen über die Förderung von Gesundheitskompetenz und BGF mit speziellem Zuschnitt auf die Bewohnerschaft und die Beschäftigten in den Einrichtungen vertieft werden. Auf Basis der aktuellen Entwicklung zur Förderung von Gesundheitskompetenz in Deutschland, vor allem durch den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz [12] und den Forschungsstand (z. B. [40–42]), sind lebensweltbezogene Definitionen

**Tab. 1** Qualitätsdimensionen anhand der Phasen des Qualitätsentwicklungsprozesses

Phase des Qualitätsentwicklungsprozesses	Qualitätsdimensionen
1. Bedarfsanalyse	In der 1. Phase werden Daten u. a. zu Lebensqualität, Epidemiologie der gesundheitsbezogenen Zustände und Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten der Zielgruppen untersucht. Ressourcen und Barrieren aus dem organisatorischen, verwaltungsbezogenen und politischen Umfeld werden einbezogen. Die Bedarfsanalyse gehört zum gesamten Entwicklungsprozess und generiert Kriterien zu <i>allen Qualitätsdimensionen</i>
2. Konzeptplanung	In der 2. Phase werden Strategien formuliert, die sich auf die lebensweltspezifischen Erkenntnisse und Anforderungen aus der Bedarfsanalyse beziehen. Kriterien der <i>Planungs- bzw. Konzeptqualität</i> sind besonders zu berücksichtigen
3. Umsetzung	In der 3. Phase werden die Maßnahmen implementiert. Kriterien zu <i>Struktur- und Prozessqualität</i> stehen im Vordergrund und setzen einen Rahmen über die vorhandenen Ressourcen (Räumlichkeiten, personalbezogene Qualifikationen etc.) und die prozessrelevanten Gegebenheiten in Bezug auf u. a. Verhalten, Kommunikation, Geschwindigkeit und Kosten der Implementierung
4. Bewertung	In der 4. Phase werden die Auswirkungen der Maßnahmen bewertet. Kriterien zur <i>Ergebnisqualität</i> verweisen auf die Wirksamkeit
5. Korrektur und Anpassung	In der 5. Phase werden die Maßnahmen gemäß den Erkenntnissen der Bewertung ggf. angepasst und effektiver gestaltet. <i>Alle Qualitätsdimensionen</i> sind betroffen

zu entwickeln, um geeignete Förderstrategien aufzubauen. Zudem sollen Synergieeffekte identifiziert werden, z. B. hinsichtlich einer möglichen Steigerung der Lebensqualitätsdimensionen durch PGF. Für zielgruppenspezifische erweiterte Erkenntnisse gilt es in diesem Sinne, in dieser Arbeitsphase mehr Wissen zu gesundheitsbezogener Lebensqualität aus Sicht der Zielgruppen zu generieren. Durch einen partizipativen Entwicklungsprozess sollen umsetzbare Konzepte entwickelt werden und nicht zuletzt soll auch die Akzeptanz der Einrichtungen gewonnen werden.

■ **Abb. 2** zeigt das konzeptionelle Modell für QualiPEP, das in Anlehnung an den Public Health Action Cycle nach Ruckstuhl et al. [43] formuliert wurde. Der Qualitätsentwicklungsprozess beginnt mit einer Bedarfsanalyse. Sie umfasst eine Erhebung des Forschungsstandes, eine Sekundärdatenanalyse mit spezifischem Zielgruppenbezug und eine Istanalyse zu bestehenden Aspekten der Qualitätssicherung (s. ■ **Tab. 1**). Ein partizipatives Vorgehen schließt zudem Zielgruppenbefragungen und Interviews mit Schlüsselpersonen zur Erhebung konkreter Bedarfe und vorliegender

Rahmenbedingungen ein. So werden die Zielgruppen früh eingebunden. Mit der Bedarfsanalyse erfolgt die Untersuchung von Daten zur Lebensqualität, zur Epidemiologie von Krankheiten, zu Einflüssen auf die Gesundheit und zu Faktoren, die sich auf das Gesundheitsverhalten der Betroffenen beziehen. Ressourcen und Barrieren aus dem organisatorischen, verwaltungsbezogenen und politischen Umfeld werden ebenfalls einbezogen. Auf Basis dieses vertieften Wissens und der qualitätsbezogenen Kriterien der Kranken- und Pflegekassen und der Erkenntnisse aus der Bedarfsanalyse werden Qualitätskriterien anhand der Dimensionen Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (weiter)entwickelt und Qualitätssicherungskonzepte erstellt [44–46]. Nach einer Formulierung von Umsetzungsstrategien werden diese gemeinsam mit stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege pilotiert, um sie im Projektverlauf zu bewerten, ggf. Anpassungen vorzunehmen und fundierte sowie effektiv umsetzbare Qualitätssicherungskonzepte und Umsetzungsstrategien (weiter) zu entwickeln.

## Schlussfolgerungen und Ausblick

Der demografische Wandel und die reformierte Gesetzgebung verweisen auf den Bedarf an nachhaltigen Qualitätssicherungskonzepten für PGF, BGF und Gesundheitskompetenz in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege.

Entsprechende Maßnahmen sind für die Bewohnerschaft und die Beschäftigten passgenau zuzuschneiden. Dabei müssen insbesondere Qualitätsindikatoren (weiter)entwickelt werden, die die Steigerung der Lebensqualität und den Ausbau von Verhältnisprävention stärker in den Blick nehmen. Es braucht Instrumente, mit denen Bedarfe an verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen bestimmt werden können und zugleich eine qualitativ hochwertige Umsetzung, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gewährleistet ist. Dabei sind Möglichkeiten zu identifizieren, die Lebensqualität durch PGF zu stärken und so auch die Lebensqualitätsdimensionen der Pflegequalität zu fördern. Bezüglich der Gesundheitskompetenz sollten Maßnahmen für die Spezifika der Lebenswelten angepasst und implementiert werden.

Vielfältige Ansätze zur Qualitätssicherung verweisen auf einen hierarchischen und dynamischen Entstehungsprozess zur Qualitätsentwicklung (s. ■ **Abb. 1**). Im Zuge der Bedarfsanalyse im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses (s. ■ **Abb. 2**) sollen u. a. qualitative Forschungsergebnisse detaillierte Einblicke in die Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppen geben und Potenziale aufdecken, um im weiteren Projektverlauf theoriegestützte und praxisnahe Konzepte zu gestalten, die an bestehende Strukturen anknüpfen. Die Chance von QualiPEP liegt in der gemeinsamen Betrachtung aller drei Zielbereiche PGF, BGF und Gesundheitskompetenz mit dem gemeinsamen Impactziel der Steigerung gesundheitsbezogener Lebensqualität für lebensweltspezifische Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung. Die besondere Herausforderung liegt darin, die Ziele vor dem Hintergrund der Komplexität der

Thematik durch fundierte, praxisnahe, umsetzbare Qualitätssicherungskonzepte abzubilden.

## Korrespondenzadresse

### Anke Tempelmann

AOK-Bundesverband Abteilung Prävention  
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin, Deutschland  
anke.tempelmann@bv.aok.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A. Tempelmann leitet das Projekt QualiPEP des AOK-Bundesverbandes im Auftrag des BMG. K. Kolpatzik leitet die Abteilung Prävention des AOK Bundesverbandes und ist Projektbeteiligter in QualiPEP. H. Ehrenreich war von August 2017 bis Juni 2018 Mitglied des QualiPEP-Projektteams im AOK-Bundesverband. M. Ströing und C. Hans sind Mitglieder des QualiPEP-Projektteams im AOK-Bundesverband.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

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

## Literatur

- Statista (2017) Dossier Pflege in Deutschland. Statista, Hamburg
- Meyer M, Wehner K, Cichon P (2017) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2016. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. Springer, Berlin, S 281–484
- Meyer M, Wenzel J, Schenkel A (2018) Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Springer, Berlin, S 331–536
- Kliche T (2011) Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 54:194–206
- Wright M, Lüken F, Grossmann B (2013) Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 56:466–472
- Blüher S, Schnitzer S, Kuhlmei A (2017) Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 3–12
- Statistisches Bundesamt (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2018) Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus\\_Geschlecht\\_Staatsangehoerigkeit.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html). Zugegriffen: 30. Okt. 2018
- Schwinger A, Tsiasioti C, Klauber J (2017) Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 131–152
- GKV-Spitzenverband (2018) Leitfadens Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. GKV-Spitzenverband, Berlin
- GKV-Spitzenverband (2018) Leitfadens Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI. GKV-Spitzenverband, Berlin
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheit in Deutschland stärken. KomPart, Berlin
- Schaeffer D, Vogt D, Berens E-M, Hurrelmann K (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld
- Sørensen K (2017) Health literacy and gender perspectives. A systematic literature review. Global Health Literacy Academy, Aarhus
- Eickholt C, Hamacher W, Lenartz N (2015) Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern – aber wie? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 58(9):976–982. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2204-8>
- Horbach A, Berenkonk C, Fink-Heitz M et al (2011) Expertenempfehlung zur Entwicklung von Informationskompetenz im Bereich Pflegeforschung. DBfK, Berlin
- Dietscher C, Lorenc J, Pelican J (2015) Das Selbstbewertungs-Instrument zum Wiener Konzept Gesundheitskompetenter Krankenbehandlungsorganisationen (WKGKKO-I). Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen, Bd. 3. Ludwig-Boltzmann Institut, Wien
- Pelikan J, Dietscher C (2015) Warum sollten und wie können Krankenhäuser ihre organisationale Gesundheitskompetenz verbessern? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz 58(9):989–995. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2206-6>
- Statistisches Bundesamt (2018) Erwerbstätige und Arbeitnehmer nach Wirtschaftsbereichen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbs-taetigkeit/TabellenErwerbs-taetigenrechnung/ArbeitnehmerWirtschaftsbereiche.html>. Zugegriffen: 30. Okt. 2018
- Peick N, Polenz W, Sochert R (2016) Neues zur Gesundheitsförderung und Prävention im Betrieb. Präventivmedizin 11:271–281
- Deutsche Bundesregierung (2018) Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonal (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG). [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/PpSG\\_Kabinett.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PpSG_Kabinett.pdf) (Erstellt: 1. Aug. 2018). Zugegriffen: 30. Okt. 2018
- Initiative Neue Qualität in der Arbeit (INQA) (2018) Eine Initiative für Arbeitgeber und Beschäftigte. [https://www.inqa.de/DE/Startseite/start\\_node.html](https://www.inqa.de/DE/Startseite/start_node.html). Zugegriffen: 30. Okt. 2018
- Initiative Neue Qualität in der Arbeit (INQA) (2018) Offensive Gesund Pflegen. <https://www.inqa.de/DE/Mitmachen-Die-Initiative/Unser-Netzwerk/Partnernetzwerke/Netzwerke/Offensive-Gesund-Pflegen.html>. Zugegriffen: 30. Okt. 2018
- Initiative Gesundheit und Arbeit (2017) Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser\\_Gesundheit\\_fuer\\_Pflegekraefte.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser_Gesundheit_fuer_Pflegekraefte.pdf). Zugegriffen: 10. Jan. 2019
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2019) „Aufbruch Pflege“ – Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. [https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitsicherheit-Gesundheitsschutz/Aktionen-Kampagnen/Aufbruch-Pflege/Aufbruch-Pflege\\_node.html](https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitsicherheit-Gesundheitsschutz/Aktionen-Kampagnen/Aufbruch-Pflege/Aufbruch-Pflege_node.html). Zugegriffen: 10. Jan. 2019
- Weidekamp-Maicher M (2018) Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Springer, Berlin, S 71–83
- Schupp J (2014) 40 Jahre Sozialberichterstattung und Lebensqualitätsforschung in Deutschland – Rückblick und Perspektiven. SOEPpapers, Bd. 680. DIW, Berlin, S 1–18 ([https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.480934.de/diw\\_sp0680.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.480934.de/diw_sp0680.pdf))
- Bertelsmann Stiftung (2016) Eckpunkte für ein Reformkonzept zur Qualitätsprüfung und –berichterstattung in der Pflege. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Zubritsky C, Abbott KM, Hirschman KB, Bowles KH, Foust JB, Naylor MD (2013) Health-related quality of life: Expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. Gerontologist 53:205–210
- Oswald F, Wahl H-W, Antfang P, Heusel C, Maurer A, Schmidt H (2014) Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL. Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen. LIT Verlag, Münster
- Herold-Majumdar A, Behrens J (2012) Lebensqualität im Fokus der Qualitätsaudits in der Langzeitpflege. Der Lebensqualitäts-Index (LQ-Index). Gesundheitswesen 74:806–811
- Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H (2011) Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Universität Bielefeld, Bielefeld ([https://www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegesellschaft/Dokumente/Dokumente\\_2011/BGM\\_-\\_Abschlussbericht\\_Ergebnisqualität%3%A4t.pdf](https://www.pflegegesellschaft-rlp.de/fileadmin/pflegesellschaft/Dokumente/Dokumente_2011/BGM_-_Abschlussbericht_Ergebnisqualität%3%A4t.pdf))
- Wingenfeld K, Stegbauer C, Willms G, Voigt C, Weitz R (2018) Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach § 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld ([https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903\\_Entwicklungsauftrag\\_stationa%C3%A4r\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903_Entwicklungsauftrag_stationa%C3%A4r_Abschlussbericht.pdf))
- Altgeld T, Brandes S, Bregulla I et al (2015) Gesundheitsförderung in Lebenswelten. Entwicklung und Sicherung von Qualität. Gesamtprojektbericht. Kooperations- und Forschungsprojekt. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Köln

35. Tempel N, Reker N, Bödecker M, Klärs G (2013) Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung in Settings. *Präv Gesundheitsf* 8:73–77
36. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015) Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
37. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (2018) Qualität in der Prävention. <https://www.uke.de/extern/qjp/>. Zugegriffen: 30. Okt. 2018
38. Gesundheitsförderung Schweiz (2018) Quint-Essenz. <https://www.quint-essenz.ch/de/>. Zugegriffen: 30. Okt. 2018
39. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V. (BVPG) (2011) Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Statusbericht 4. Dokumentation der Statuskonferenz 2011. BVPG, Bonn
40. Pelikan J, Ganahl K (2017) Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrumente und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer D, Pelikan J (Hrsg) *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Hogrefe, Göttingen
41. Quenzel G, Schaeffer D (2016) Health Literacy – Gesundheitskompetenz vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Bielefeld
42. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:1–13
43. Ruckstuhl B, Somaini B, Twisselmann W (1997) Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich
44. Tempel N, Bödecker M, Reker N, Schaefer I, Klärs G, Kolip P (2013) Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (Ein Kooperationsprojekt zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.)
45. Ruckstuhl B, Kolip P, Gutzwiller F (2001) Qualitätsparameter in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 15. BzGA, Köln, S 38–50
46. Koch U, Kawski S, Töppich J (2001) Entwicklung eines Qualitätssicherungskonzepts in der Prävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg) *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Bd. 15. BzGA, Köln, S 87–96