

Statusbericht | 16

Dokumentation der Statuskonferenz 2017 »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege«

Inhalt

	Vorwort der Präsidentin
I	Einleitung
II	Einführung in die Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege
II.1	Prävention in der stationären Pflege aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit
II.2	Prävention in der stationären Pflege aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung
II.3	Prävention in der stationären Pflege aus Sicht des Verbands der Ersatzkassen e.V.
III	Aktuelle Themen im Handlungsfeld
III.1	Prävention aus Sicht der Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen
III.2	Beteiligung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen
III.3	Wirksamkeit der Förderung körperlicher Aktivität
III.4	Wirksamkeit psychosozialer Interventionen
III.5	Gesundheit(sförderung) von Pflegebedürftigen und Pflegekräften – Wechselwirkungen
IV	Zusammenfassung und Ausblick
V	Referentinnen und Referenten
VI	Teilnehmende Organisationen
	Impressum

Vorwort der Präsidentin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Mitglieder der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG),

die gesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahre haben dazu beigetragen, dass sich der Bereich »Pflege« weiterentwickelt hat und noch bedeutsamer geworden ist. Das betrifft auch und insbesondere die Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Handlungsfeld. Neuerungen sind hier z.B. der im Jahr 2016 erschienene »Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen« der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen.

Mit der Statuskonferenz »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege« am 2. November 2017 ist es gelungen, den derzeitigen Status quo im Feld aufzuzeigen und offene Fragen weiterzuentwickeln, die sich auf dem 7. Präventionskongress¹ »Prävention und Pflege« im Jahr 2015 ergeben hatten.

Die Vorträge der Statuskonferenz haben dabei die Perspektiven von Gesundheitspolitik, Pflegekassen, Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen, Leitungskräften von Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonal einbezogen. Für diese vielfältigen Einblicke möchte ich mich ganz herzlich bei allen Referentinnen und Referenten bedanken.

Mein Dank gilt auch Frau Dr. Beate Grossmann, Geschäftsführerin der BVPG, und Frau Dr. Martha Höfler, wissenschaftliche

Mitarbeiterin und stellvertretende Geschäftsführerin der BVPG, die diese Statuskonferenz vorbereitet und begleitet haben. Da die Ausrichtung der Konferenz auch vom Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) mitgetragen wurde, möchte ich mich ebenfalls beim vdek herzlich bedanken. Hierbei spreche ich namentlich Frau Edelinde Eusterholz, stellvertretende Leiterin der Abteilung »Gesundheit« des vdek, an, da sie durch ihre Unterstützung die strukturellen Rahmenbedingungen für die Fachkonferenz geschaffen hat.

Ihre



Ute Bertram
Präsidentin der BVPG

I | Einleitung

Am 2. November 2017 fanden rund 80 Personen in Berlin zusammen, um an der 16. Statuskonferenz teilzunehmen, die von der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) in Kooperation mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) durchgeführt wurde. Im Fokus standen dabei die »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege«.

Einleitend begrüßte Frau Dr. Beate Grossmann, Geschäftsführerin der BVPG, alle Teilnehmenden sowie die Referentinnen und Referenten der Veranstaltung. Sie richtete ihren Dank an Frau Prof. Dr. Beate Blättner, Hochschule Fulda, und an Frau Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, da beide Wissenschaftlerinnen im Vorfeld die Konzeption der Tagung maßgeblich mitgestaltet hatten.

Frau Prof. Dr. Petersen Ewert verwies eingangs auf die Bedeutung der Konferenz: Über 13.000 stationäre Pflegeeinrichtungen mit rund 800.000 Pflegebedürftigen (Stand 2015) seien mit dem Thema angesprochen.

Im Anschluss daran hob Herr Oliver Blatt, Leiter der Abteilung »Gesundheit« des vdek, im Rahmen seines Grußwortes hervor, dass Prävention und Pflege viel miteinander gemeinsam haben, auch wenn sie derzeit noch oft getrennt gedacht werden. Er verwies auf folgende drei Fragen, die auf der Statuskonferenz erörtert werden sollten:

- »Wo sind Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege?«
- »Was ist in der Praxis tatsächlich umsetzbar?«
- »Wo stehen wir aktuell?«

Frau Regina Kraushaar, Leiterin der Abteilung »Pfleagesicherung und Prävention« des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), richtete ebenfalls ein Grußwort an die Anwesenden. Sie unterstrich, dass Prävention und Pflege vor allem deshalb zusammengedacht werden müssen, da – trotz des zukünftig zu erwartenden höheren Lebensalters – ein längeres Leben in Gesundheit noch lange nicht selbstverständlich ist. Für Prävention ist es jedoch nie zu spät, auch dann nicht, wenn bereits gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Ressourcen können auch bei fortgeschrittener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit gestärkt werden. Mit diesen Überzeugungen hat der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz eine neue Leistung der Sozialen Pflegeversicherung zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen eingeführt.

Frau Kraushaar betonte auch, dass sich die Lebenswelt »Pflegeheim« von anderen Lebenswelten unterscheidet: Für die Bewohnerinnen und Bewohner ist die Einrichtung ein neues Zuhause geworden, das – zumindest für die allermeisten von ihnen – ihren letzten Lebensabschnitt prägt. Daher müssen die Konzepte der Pflegeeinrichtungen auf den Erhalt und die Förderung der Selbstständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in der pflegerischen Versorgung ausgerichtet sein, weil dies einen wichtigen Teil der Lebensqualität der Menschen darstellt. Prävention, aber auch Rehabilitation können dazu einen großen Beitrag leisten. Und auch mit den Pflegestärkungsgesetzen hat der Gesetzgeber die Entwicklung einer ganzheitlichen Pflege, die die Ressourcen der pflegebedürftigen Menschen fördert, ermöglicht.

Beim Thema »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege« muss darüber hinaus auch die Gesundheit der Pflegekräfte in den Blick genommen werden. Pflegenden sind hohen beruflichen Belastungen ausgesetzt. Zudem gibt es Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit und Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen und der Gesundheit und Gesundheitsförderung von Pflegekräften. Betriebliche Gesundheitsförderung, die neben Verhaltensansätzen insbesondere Verhältnisansätze integriert, ist deshalb auch ein wichtiger Aspekt für die Zukunft der Pflege.

¹ Der Präventionskongress wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und von der BVPG durchgeführt.

II | Einführung in die Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege

II.1 | Prävention in der stationären Pflege aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit

Im ersten Vortrag, der inhaltlich in das Kongressthema einführte, beleuchtete Herr Dr. Christian Berringer, Leiter des Referats »Begriff der Pflegebedürftigkeit; Begutachtungsverfahren; Qualitätssicherung; pflegerische Versorgung« des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die Sicht des BMG auf die Prävention in Pflegeeinrichtungen. Er verdeutlichte zunächst die gesundheitliche Lage der Bewohnerinnen und Bewohner anhand von konkreten Zahlen und gab an, dass etwa drei Viertel dieser Pflegebedürftigen in ihrer Bewegung beeinträchtigt sind. Von demenziellen Erkrankungen sind etwa 50 bis 60 Prozent betroffen.

Der Referent hob hervor, dass bei dieser Zielgruppe eine ärztliche Betreuung nicht ausreicht. Es gebe viele unterschiedliche Hilfebedarfe, die in einer Pflegeeinrichtung zusammen auftreten und die, neben der medizinischen Versorgung, auch Leistungen der Prävention und der Rehabilitation erfordern.

Das BMG versteht sich in diesem Zusammenhang als »Hüter« des Gesetzes, so Herr Dr. Berringer. Er zeichnete daraufhin die zentralen gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre und ihre Errungenschaften nach. Die drei Pflegestärkungsgesetze, die von 2015 bis 2017 auf den Weg gebracht wurden, berücksichtigen nun die gesamte Lebenslage von Pflegebedürftigen und nehmen auch ihre Angehörigen sowie Pflegekräfte in den Blick. Eine Neuerung ist außerdem der veränderte Pflegebedürftigkeitsbegriff, der neben der körperlichen auch die psychische Dimension von Gesundheit einbezieht. Die Potenziale von Pflegebedürftigen und ihre Selbstständigkeit haben im Zuge dessen eine Aufwertung erfahren. Mit der Verpflichtung der Pflegekassen im Rahmen des Präventionsgesetzes nach § 5 SGB XI, Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen zu finanzieren, sei darüber hinaus ein wichtiger Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege gesetzt worden.

Nach Herrn Dr. Berringer müssen zukünftig Expertenstandards zur Prävention in der Pflege, etwa zur Mobilitätsförderung, systematisch im Pflegealltag verankert werden. Die multidisziplinäre Expertise der Fachkräfte, die diesen Alltag gestalten, z. B. auch von Ergo- und Physiotherapeuten, ist dabei einzubeziehen. Der Referent verwies abschließend darauf, dass der »Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen« als Rahmgebung bedeutend ist, aber auch gelebt werden muss – in der gesamten Vielfalt des Handlungsfeldes.

II.2 | Prävention in der stationären Pflege aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung

Nachfolgend berichtete Herr Schemann, Mitarbeiter im Referat »Pflegeversicherung« des GKV-SV, über die Prävention und Gesundheitsförderung aus Perspektive des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Mehrheit der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen von Bewegungseinschränkungen und kognitiven Einschränkungen sowie den daraus resultierenden Folgen für die Gesundheit und die Lebensqualität betroffen sind, hob er die Relevanz von Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflege hervor.

Gemäß § 5 SGB XI sollen die Pflegekassen jährlich 0,30 Euro je versicherter Person für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen ausgeben. Ziel ist es, in der Lebenswelt der stationären Pflegeeinrichtung durch verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen die gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Bewohnerinnen und Bewohner zu stärken und so das Fortschreiten von Pflegebedürftigkeit möglichst hinauszuzögern.



Gesetzliche Grundlagen

- ▶ **Pflegekassen**
 - sollen Leistungen zur Prävention in stationären (voll- und teilstationär) erbringen
 - indem sie unter Beteiligung der Pflegebedürftigen
 - und der Pflegeeinrichtungen
 - Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln
 - und die Umsetzung unterstützen
- ▶ Leistungen sollen kassenübergreifend erbracht werden
- ▶ GKV-Spitzenverband legt Kriterien zu Inhalt, Methodik, Qualität, Messung Zielerreichung und Evaluation fest
- ▶ Ausgaben: 0,30 €/Jahr/Versichertem (dynamisiert)

Prävention in der stationären Pflege 02.11.2017 | Seite 6

Abbildung 1: Gesetzliche Grundlagen (Vortragsfolie Jörg Schemann)

Nach dem im Jahr 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz hat der GKV-Spitzenverband die Kriterien zu Inhalt, Methodik, Qualität, Messung, Zielerreichung und Evaluation der Präventionsleistungen festzulegen. Dies ist mit dem im August 2016 vom GKV-Spitzenverband veröffentlichten Leitfaden zur Prävention in der stationären Pflege erfolgt. Dem Leitfaden liegt eine wissenschaftliche Expertise von Frau Prof. Dr. Blättner et al. von der Hochschule Fulda zu zentralen Handlungsfeldern in der stationären Pflege, beispielsweise zur Förderung der körperlichen Aktivität und der psychosozialen Gesundheit², zugrunde.

² Diese beiden Handlungsfelder wurden auf der Statuskonferenz vertiefend behandelt, als es um Fragen der Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen ging (siehe 3.3 und 3.4).

Leitfaden
„Prävention in der stationären Pflege“

- ▶ Veröffentlichung August 2016
- ▶ Gesundheitsförderungsprozess
- ▶ Präventionsziele
- ▶ Handlungsfelder
 - Ernährung
 - Körperliche Aktivität
 - Stärkung kognitiver Ressourcen
 - Psychosoziale Gesundheit
 - Prävention von Gewalt
- ▶ Differenzierung/Abgrenzung der Leistungen
- ▶ Umsetzungs-/Ausschlusskriterien



Spitzenverband

Prävention in der stationären Pflege
02.11.2017 | Seite 6

Abbildung 2: Leitfaden zur Prävention in Pflegeeinrichtungen (Vortragsfolie Jörg Schemann)

Zum aktuellen Stand der Umsetzung des Leitfadens berichtete Herr Schemann, dass die Pflegekassen derzeit die für die Umsetzung des Präventionsauftrags notwendigen Strukturen (z. B. Steuerungsgremien) aufbauen und die bereits vor Inkrafttreten des Präventionsgesetzes angebotenen präventiven bzw. gesundheitsfördernden Aktivitäten fortführen. Ergänzend werden aktuell durch Verbände der Pflegekassen neue leitfadenskonforme Programme, Rahmenkonzepte zur Förderung der Gesundheitskompetenz sowie Qualitätssicherungskonzepte entwickelt.

Auf Basis der ab 2018 vorliegenden Daten zur Prävention und Gesundheitsförderung in den stationären Pflegeeinrichtungen sowie auf Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse soll der Leitfaden kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Aus der Diskussion mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Konferenz ging hervor, dass bei der praktischen Umsetzung des Präventionsauftrags die Abgrenzung von Präventionsleistungen nach § 5 SGB XI und Leistungen der aktivierenden Pflege nach § 11 SGB XI eine Herausforderung darstellen kann. Herr Schemann verdeutlichte, dass die Pflegekassen die Frage, was sie in einer bestimmten Einrichtung sinnvoll leisten können, nur gemeinsam mit den Pflegeeinrichtungen planen und umsetzen können. Hierfür benötigen die Pflegekassen geeignete Ansprechpartnerinnen und -partner in den Pflegeheimen. Der Referent regte weiterhin an, dass sich Pflegeeinrichtungen bzw. die Einrichtungsträgerinnen und -träger bei Interesse an der Umsetzung des Präventionsauftrags an die Pflegekassen wenden sollten.

II.3 | Prävention in der stationären Pflege aus Sicht des Verbands der Ersatzkassen e.V.

Im Anschluss daran nahm Herr Oliver Blatt, Leiter der Abteilung »Gesundheit« beim Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), die Perspektive des vdek auf das Konferenzthema ein. Der Referent verwies dabei zunächst auf eine Gesamtübersicht zu den jährlichen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für Prävention gibt die GKV demnach insgesamt 5,6 Mrd. Euro im Jahr aus.

Prävention in der GKV

Die GKV gibt jährlich ca. 5,6 Mrd. Euro aus:

- ✓ **Medizinische Primärprävention – ca. 1,9 Mrd.**
(Schutzimpfungen etc.)
- ✓ **Nichtmedizinische Primärprävention – ca. 0,73 Mrd.**
(Präventionskurse, BGF, Bonussysteme, Primärprävention in Lebenswelten)
- ✓ **Sekundärprävention – ca. 2,0 Mrd.**
(Früherkennung Zahnerkrankung, Kindes- und Krebsfrüherkennung, Gesundheitsuntersuchungen Erwachsene)
- ✓ **Tertiärprävention – ca. 0,85 Mrd.**
(Selbsthilfeförderung, Verbraucher-/Patientenberatung, Reha-Sport, Patientenschulung)



Abbildung 3: Prävention in der GKV (Vortragsfolie Oliver Blatt)

Mit den veranschlagten Ausgaben von rund 22 Mio. Euro, die aktuell entsprechend des § 5 SGB XI zur Prävention in der Lebenswelt »Pflegeeinrichtung« eingesetzt werden sollen, zielt das Präventionsgesetz darauf ab, dass die Lebensbedingungen in Pflegeeinrichtungen nachhaltig gesundheitsförderlich gestaltet werden.

Als Interessensvertretung und Dienstleister für alle Ersatzkassen setzt sich der vdek selbst auch aktiv für die Entwicklung von entsprechenden Maßnahmen im Setting der stationären Pflege ein.

Als Beispiel dafür nannte Herr Blatt den bundesweiten Ideenwettbewerb »Heimvorteil«³. Hier wurden kreative Praxisansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung in Pflegeheimen gesucht. Insgesamt wurden 270 Ideen zu allen fünf Handlungsfeldern des Leitfadens eingereicht. Der vdek entwickelt aktuell 25 Ideen gemeinsam mit den Ideengebernden weiter und wird im Anschluss daran die drei besten Ideen prämiieren sowie deren Umsetzung in die Praxis finanziell unterstützen.

³ Die Website zum Ideenwettbewerb ist abrufbar unter: www.ideenwettbewerb-heimvorteil.de

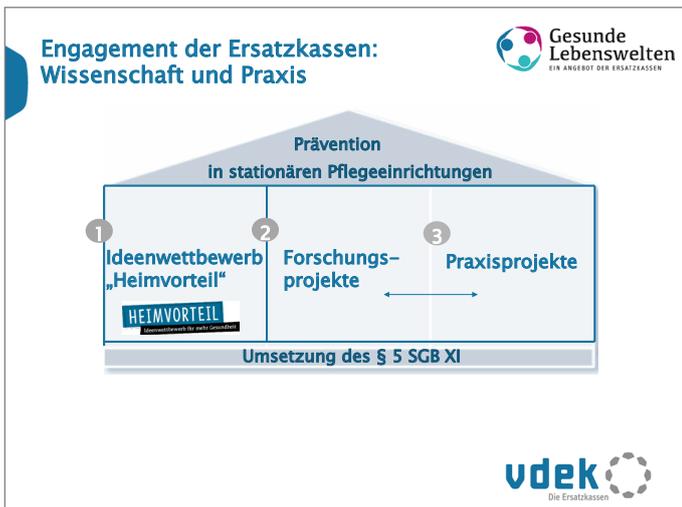


Abbildung 4: Engagement der Ersatzkassen (Vortragsfolie Oliver Blatt)

Zudem fördert der Verband auch Forschungs- und Entwicklungsprojekte, um die Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen voranzubringen. In Kooperation mit der Universität Oldenburg und der Universität Halle werden z. B. Qualitätsstandards für die Beratung der Pflegekassen entwickelt, die Pflegeeinrichtungen zu Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention beraten sollen.

Der vdek führt außerdem Modellprojekte mit ausgewählten Partnerorganisationen mit dem Ziel durch, Wissenschaft und Praxis zu verzahnen. So wird etwa gemeinsam mit der Gesellschaft für Beratung Bildung Innovation mbH (BBI) die Entwicklung und Erprobung von Qualitäts- und Managementwerkzeugen zur gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung in Pflegeheimen umgesetzt.

Nach der Vorstellung der o. g. Aktivitäten hielt Herr Blatt folgende Punkte fest, die aus Sicht des vdek für die Zukunft der Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen bedeutsam sind:

- Es besteht ein hoher Forschungsbedarf, um Beratungs- und Maßnahmestandards zu entwickeln; die Wirksamkeit von Angeboten muss konsequent nachgewiesen werden.
- Eine nachhaltige Wirkung kann nur erzielt werden, wenn auch die Gesundheit der Beschäftigten in den Blick genommen wird.
- Pflegeeinrichtungen müssen in ihrer Verantwortung und als Impulsgebende gewonnen und sensibilisiert werden.

Der Referent wies darauf hin, dass der notwendige Strukturaufbau Zeit und Kooperationen brauchen wird. Er machte darauf aufmerksam, dass die Ersatzkassen, die diesen Prozess mitgestalten, für ihre Projekte Partnerinnen und Partner in Bund und Land suchen.

III | Aktuelle Themen im Handlungsfeld

III.1 | Prävention aus Sicht der Leitungskräfte von Pflegeeinrichtungen

Frau Prof. Dr. Beate Blättner, Professorin im Fachbereich »Pflege und Gesundheit« der Hochschule Fulda, zeigte im Rahmen ihres Vortrags auf, wie Leitungskräfte in Pflegeeinrichtungen den Prozess der Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege beurteilen.

Sie schloss sich den Ausführungen von Herrn Schemann an und unterstrich, dass das Ziel des Präventionsgesetzes, einen gesundheitsfördernden, partizipativen Organisationsentwicklungsprozess in Pflegeeinrichtungen anzustoßen, nicht sinnvoll ohne die Unterstützung der Leitungskräfte in den Einrichtungen umgesetzt werden kann.

Frau Prof. Dr. Blättner hatte im Rahmen einer aktuellen Studie⁴ 20 Interviews mit solchen Leitungskräften durchgeführt, um einen Einblick in deren Sicht auf Prävention in Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Die Untersuchung zeigte, dass die Befragten insbesondere die Verbesserung der personellen und finanziellen Situation in den Pflegeeinrichtungen als zentral erachteten.

Abbildung 5: Hoffnungen und Wünsche (Vortragsfolie Prof. Dr. Beate Blättner)

Der Nutzen von Prävention wurde dagegen bezweifelt oder es wurde zumindest ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis angenommen. Prävention in Form von Gruppenangeboten (universelle Prävention) beurteilten die Befragten als nicht zielführend; der individuelle Ansatz (indizierte Prävention) wurde dagegen schon eher als sinnvoll eingeschätzt. Zudem wurde angegeben, dass Partizipation im Alltag der Pflegeeinrichtungen

⁴ Blättner, B. et al. (2017). Gesundheitsförderung in Pflegeheimen: Sichtweisen von Entscheidern, Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Berlin Heidelberg, 1-5.

kaum eine Rolle spielt. Für die Leitungskräfte war es fraglich, wie Partizipation systematisch in der Einrichtung umgesetzt werden kann, z. B. in Anbetracht kognitiver Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen. Die Untersuchung zeigte außerdem, dass die interviewten Leitungskräfte die Rolle der Pflegekassen in der Prävention hinterfragten. Sie waren skeptisch, ob die Kassen tatsächlich eine neutrale Beratungsfunktion ausüben können.

Frau Prof. Dr. Blättner verwies abschließend darauf, dass die Ergebnisse der Befragung nicht repräsentativ sind, jedoch deutlich machen, dass die Sensibilisierung und Gewinnung der Einrichtungen eine zentrale Herausforderung für die Pflegekassen darstellt. Die Referentin führte weiter aus, dass trotz vielversprechender Präventionsmaßnahmen, die bereits jetzt umgesetzt werden, eine gewisse Zeit einzurechnen ist, bis tatsächlich ein partizipativer Organisationsentwicklungsprozess in den Einrichtungen umgesetzt wird.

III.2 | Beteiligung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen

Im Anschluss daran betrachtete Frau Prof. Dr. Julia Lademann, Professorin im Fachbereich »Soziale Arbeit und Gesundheit« an der Frankfurt University of Applied Sciences, eingehender die Beteiligung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen. Sie erläuterte, dass sowohl die Nationalen Gesundheitsziele – etwa mit dem Bestreben, die Gesundheitskompetenz zu erhöhen sowie die Patientensouveränität zu stärken – als auch der § 5 des SGB XI »Partizipation« nahelegen. Die Beteiligung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen ist damit eine (gesundheits)politische Forderung. Als wissenschaftlich-theoretisches Konzept, so die Referentin, ist »Partizipation« jedoch noch unscharf. Darüber hinaus gebe es nur wenige belastbare empirische Befunde, die deutlich machen, inwiefern Partizipation zur Gesundheit beiträgt.

Frau Prof. Dr. Lademann legte ihren folgenden Ausführungen ein Verständnis von »Partizipation« zugrunde, das die gezielte Beteiligung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen sowie bei der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen meint. Es gehe um das Einbringen individueller Sichtweisen und Prioritäten sowie um die Berücksichtigung individueller Wertvorstellungen und Lebensweisen.

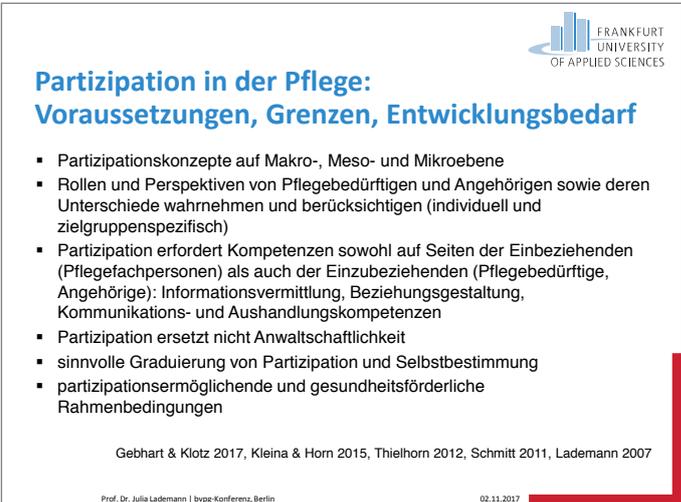
Mit Partizipation sei die Hoffnung verbunden, möglichst genaue und adäquate Maßnahmen umzusetzen, die qualitativ hochwertig und, in der Folge ihrer Wirksamkeit, auch wirtschaftlich sind.

Da die Zahl der Personen mit kognitiven und im Zuge dessen auch mit kommunikativen Einschränkungen in Pflegeheimen hoch ist, stellt sich die Frage, wie die Bedürfnisse und Vorstellungen von Menschen mit Demenz erfasst und einbezogen werden können. Problematisch ist auch, so die Referentin, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen zum

Teil gehemmt sind, ihre Bedürfnisse zu formulieren, wenn sie wahrnehmen, dass Pflegekräfte an der Belastungsgrenze arbeiten.

Die Rollen von Pflegebedürftigen, aber auch von Angehörigen, sind zudem facettenreich und ambivalent. Pflegebedürftige können z. B. die passive Rolle von Patientinnen und Patienten einnehmen, aber auch die aktive Rolle als Konsumierende von Pflegeleistungen. Angehörige können sowohl Belastete als auch Expertinnen und Experten sein, wenn es um Fragen der Pflege ihrer Familienmitglieder geht. Die jeweilige Rollenzuschreibung hat Auswirkungen auf die Art des Einbezugs dieser beiden Gruppen. Frau Prof. Dr. Lademann gab an, dass, unabhängig von einer bestimmten Rolle, immer auch ein individueller Zugang bedeutsam ist.

Zusammenfassend hob die Referentin hervor, dass Partizipation auch Kompetenzen braucht, sowohl auf Seiten der Einbeziehenden (Pflegefachpersonen) als auch auf Seiten der Einzubeziehenden (Pflegebedürftige, Angehörige).



FRANKFURT UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Partizipation in der Pflege: Voraussetzungen, Grenzen, Entwicklungsbedarf

- Partizipationskonzepte auf Makro-, Meso- und Mikroebene
- Rollen und Perspektiven von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie deren Unterschiede wahrnehmen und berücksichtigen (individuell und zielgruppenspezifisch)
- Partizipation erfordert Kompetenzen sowohl auf Seiten der Einbeziehenden (Pflegefachpersonen) als auch der Einzubeziehenden (Pflegebedürftige, Angehörige): Informationsvermittlung, Beziehungsgestaltung, Kommunikations- und Aushandlungskompetenzen
- Partizipation ersetzt nicht Anwaltschaftlichkeit
- sinnvolle Graduierung von Partizipation und Selbstbestimmung
- partizipationsermöglichende und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen

Gebhart & Klotz 2017, Kleina & Horn 2015, Thielhorn 2012, Schmitt 2011, Lademann 2007

Prof. Dr. Julia Lademann | bvpg-Konferenz, Berlin 02.11.2017

Abbildung 6: Partizipation in der Pflege (Vortragsfolie Prof. Dr. Julia Lademann)

Sie muss im Rahmen von Aushandlungsprozessen stattfinden, insbesondere zwischen Pflegefachpersonen und Pflegebedürftigen. Um dies umzusetzen, sei eine entsprechende Qualifizierung von Pflegefachpersonen unerlässlich.

III.3 | Wirksamkeit der Förderung körperlicher Aktivität

Herr Dr. Sven Reuther, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe »Versorgungsinterventionen« am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) und Mitarbeiter der Stabstelle Qualität bei den Städtischen Seniorenheimen Krefeld, sprach im anschließenden Vortrag über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Pflegebedürftigen. Der Referent bezog sich in seinen Ausführungen auf die stationäre Altenpflege. Zunächst legte er die Bedeutung körperlicher Aktivität dar

und bezog sich dabei auf die Listung der Weltgesundheitsorganisation, die körperliche Inaktivität zu den fünf größten gesundheitlichen Risikofaktoren zählt. Diese trägt unter anderem zu Übergewicht bei und begünstigt Depressionen⁵. Ein ausreichendes Maß an Bewegung unterstützt dagegen die Alltagsbewältigungskompetenz im Alter und fördert Wohlbefinden, Lebensqualität und eine höhere Lebenserwartung. Im Setting der Pflege ist Mobilität auch die Grundvoraussetzung für Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe am sozialen Leben. Bewegungsförderung ist, so Herr Dr. Reuter, in jedem Alter möglich.

In Anlehnung an den Vortrag von Herrn Dr. Berringer rief der Referent nochmals ins Gedächtnis, dass etwa 75 Prozent der Menschen in Pflegeeinrichtungen von Immobilität betroffen sind. Er wies darauf hin, dass der Einzug in ein Heim Mobilitätseinbußen zu begünstigen scheint. Untersuchungen⁶ zeigen, dass 40 Prozent der Menschen, die mobil sind, wenn sie in ein Pflegeheim einziehen, innerhalb von 18 Monaten Mobilitätseinschränkungen entwickeln. Daher sind Präventionsangebote zur Förderung der körperlichen Aktivität in Pflegeeinrichtungen bedeutend.

Inzwischen liegt Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen vor, die die Mobilität von Pflegebedürftigen fördern können. Die Studienlage beschrieb Herr Dr. Reuther jedoch als sehr heterogen in Bezug auf Zielgruppe, Dauer, Art und Häufigkeit der Intervention. Von einer Maßnahme, die unabhängig von diesen Einflussgrößen generell gleiche Wirksamkeit zeigt, sei nicht auszugehen.

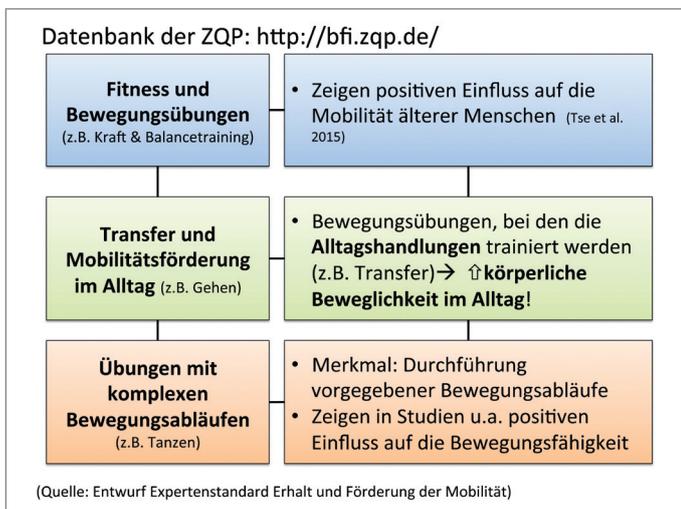


Abbildung 7: Datenbank der ZQP (Vortragsfolie Dr. Sven Reuther)

⁵ Sabia, S. et al. (2017). Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia: 28 year follow-up of Whitehall II cohort study. The BMJ. Verfügbar unter: www.bmj.com/content/357/bmj.j2709

⁶ Wingenfeld, K. (2014). Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. Pflege und Gesellschaft, 19 (2), 113-124.

Der Referent verwies auf die Empfehlungen des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). Darin werden Interventionen aufgelistet, die sich als wirkungsvoll zur Förderung körperlicher Aktivität gezeigt haben. Die Empfehlungen unterscheiden Fitnessübungen, Mobilitätsförderung im Alltag sowie Übungen, die sich durch besonders komplexe Bewegungsabläufe auszeichnen, wie Tanzen. Die Anwendung aller drei Bewegungsarten sei am vielversprechendsten.

Er erläuterte, dass sich individualisierte Maßnahmen als besonders effektiv erwiesen haben, also solche, die die Persönlichkeiten, Fähigkeiten, Krankheiten und Biographien der Pflegebedürftigen einbeziehen und diejenigen, die ein bewegungsförderndes Umfeld mit vielfältigen Angeboten bereitstellen. Die Motivation der Pflegebedürftigen sei ebenfalls eine entscheidende Einflussgröße. Diese müsse gezielt unterstützt werden, jedoch ohne die Selbstbestimmung einzuschränken⁷.

In der Plenumsdiskussion, die sich um die Frage drehte, welche einzelnen Schritte notwendig sind, um Mobilität in der Lebenswelt »Pflegeheim« zu fördern, hob Herr Dr. Reuther die Bedeutung der Ist-Analyse hervor. Sie kann Informationen dazu liefern, wie die Leitung der jeweiligen Einrichtung zum Thema »Bewegungsförderung« eingestellt ist, wie sie diese unterstützen kann, welches Wissen dazu fehlt, aber auch, wie die Tagesabläufe der jeweiligen Einrichtung strukturiert sind. Darauf aufbauend lassen sich dann Maßnahmen zur Bewegungsförderung ableiten und in die jeweilige Einrichtung integrieren. Darüber hinaus hob der Referent die Relevanz der Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den Einrichtungen hervor, die gezielt die Bewegung der Pflegebedürftigen unterstützen.

III.4 | Wirksamkeit psychosozialer Interventionen

Neben der Mobilitätsförderung ist ebenso die Förderung der psychosozialen Gesundheit in Pflegeeinrichtungen bedeutsam. Frau Simone Richter, Mitarbeiterin im Fachbereich »Pflege und Gesundheit« an der Hochschule Fulda, gab in ihrem Vortrag deshalb einen Überblick zur Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen im Setting »Pflegeheim«. Sie definierte »Psychosoziale Interventionen« als Aktivitäten der sozialen Teilhabe oder der sozialen Interaktion, mit denen das psychische bzw. emotionale Wohlbefinden erhalten und gefördert werden soll. Die Referentin verwies darauf, dass insbesondere folgende gesundheitlichen Bedingungen von Pflegebedürftigen eine Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens nach sich ziehen können: Multimorbidität, demenzielle Veränderungen und der Verlust an Autonomie, der mit dem Einzug in ein Pflegeheim einhergeht. Belastbare Daten zur Prävalenz von psychischen, nicht-kognitiven Erkrankungen sowie von

⁷ U.a. Jansen, C.P., Classen, K., Wahl, H.W., Hauer, K., (2015). Effects of interventions on physical activity in nursing home residents. European Journal of Ageing 12 (3), 261-271.

psychosozialen Befindlichkeitsstörungen lägen allerdings in Deutschland kaum vor. Schätzungen zufolge leiden 50 Prozent der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Pflegeeinrichtungen an depressiven Symptomen. Bei 15 bis 20 Prozent sei von einer schweren Depression auszugehen. Darüber hinaus wird angenommen, dass 56 Prozent der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege Psychopharmaka einnehmen. Es sind deshalb Interventionen angezeigt, die die psychische Gesundheit fördern.

Frau Richter stellte daraufhin eine systematische Übersichtsstudie⁸ der Hochschule Fulda vor, an der sie selbst mitgewirkt hatte. Im Rahmen dieser Studie sollte herausgefunden werden, inwieweit psychosoziale Interventionen der Prävention in der stationären Pflege die psychische Gesundheit Pflegebedürftiger stärken können. Ausgehend von 426 Studien wurden neun Studien in die Untersuchung integriert. Zwei dieser Studien mussten, trotz Kontaktaufnahme mit den Autoren, aufgrund mangelnder Informationen ausgeschlossen werden. Die integrierten Studien waren sehr heterogen in Bezug auf die dort erfassten Outcomes und die untersuchten psychosozialen Maßnahmen. Letztlich wurden drei Interventionsformen geclustert und in ihren Effekten geprüft:

- Maßnahmen zur Aktivierung von Erinnerungen,
- Freizeitaktivitäten,
- Maßnahmen, die gesellschaftliche Teilhabe fördern.

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

Ergebnisse

Studiencharakteristik

Erstautor (Jahr)	Intervention	relevante Endpunkt
ERINNERUNGSTHERAPIE		
Chao (2006)	Aktivierung von Erinnerungen als Gruppenaktivität	Selbstwert, Lebenszufriedenheit, Depression
Haslam (2010)	Aktivierung von Erinnerungen als Gruppenaktivität	Wohlbefinden
O'Shea (2014)	Strukturiertes Bildungsprogramm für Pflegepersonal zur Durchführung von Maßnahmen zur Aktivierung von Erinnerungen	Lebensqualität, Depressionen
FREIZEITAKTIVITÄT		
Cooke (2010)	Live-Musik Programm	Lebensqualität, Depressionen
Phillips (2011)	Gruppenbasiertes Geschichtenerzählprogramm (TheTimeSlip)	Depressionen, Lebensqualität
Tse (2010)	Indoor-Gartenprogramm	Lebenszufriedenheit
GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE		
Yuen (2008)	Bewohner als freiwillige Mentoren für Englisch als Fremdsprache	Wohlbefinden (Lebenszufriedenheit + Depressionen)

HOHE HETEROGENITÄT

Simone Richter Wirksamkeit psychosozialer Interventionen

Abbildung 8: Studiencharakteristik (Vortragsfolie Simone Richter)

Die Übersichtsstudie zeigte zumeist keine oder lediglich indirekte Effekte der untersuchten Interventionen. Den Ergebnissen zufolge kann das Ausbleiben von Maßnahmen der drei

⁸ Richter, S., Glöckner, J.M. & Blättner, B. (2017). Psychosoziale Interventionen in der stationären Pflege. Systematische Übersicht des Effekts universeller und selektiver Prävention auf die psychische Gesundheit. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 1-9.

Interventionstypen zur Verschlechterung depressiver Symptome führen. Frau Richter verwies darauf, dass solche Effekte auch aus der mit der Intervention verbundenen Zuwendung hervorgehen können, unabhängig von der Art der Intervention. Insgesamt sei die Studienqualität der integrierten Studien gering. Vorsichtige Rückschlüsse ließen sich aber hinsichtlich der Bedeutung von Freizeitaktivitäten für die psychische Gesundheit stationär Pflegebedürftiger ziehen. Unabhängig vom Wirksamkeitsnachweis sei ein Angebot an Freizeitaktivitäten aber auch aus ethischen Gründen angezeigt.

Die Referentin fasste zusammen, dass noch erheblicher Forschungsbedarf hinsichtlich

- der theoretisch-konzeptionellen Arbeit,
- der Häufigkeit psychischer Belastungen in der stationären Pflege sowie
- der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen besteht.

III.5 | Gesundheit(sförderung) von Pflegebedürftigen und Pflegekräften – Wechselwirkungen

Frau Anke Franke, Leiterin des Alten- und Pflegeheims Maria-Martha Stift – Evangelische Diakonie Lindau e.V., betrachtete im Rahmen ihres Vortrags die Wechselwirkungen zwischen der Gesundheit von Pflegebedürftigen und der Gesundheit von Pflegekräften.

Sie verwies darauf, dass institutionelle Langzeitpflege aufgrund des Personalnotstands und der überdurchschnittlichen Höhe der Arbeitsunfähigkeit in der Altenpflege ein denkbar schlechtes Image hat. Im Jahr 2016 war jede Pflegekraft im Durchschnitt an 24 Tagen dienstunfähig krank. Bei den Pflegebedürftigen zeigen insbesondere der hohe Medikamentenbedarf und die zunehmende Immobilität die gesundheitlichen Herausforderungen in diesem Setting an.

Im Maria-Martha Stift haben sich die Fehlzeiten der Pflegekräfte deutlich reduziert. Im Jahr 2016 waren es durchschnittlich 4,7 Tage. Darüber hinaus seien es nicht, wie im allgemeinen Durchschnitt, elf, sondern nur fünf Medikamente, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtung täglich eingenommen werden.

Dies liegt, so Frau Franke, an der Anwendung des Konzepts der »EDEN-Alternative«⁹ im Maria-Martha Stift. Diese humanistisch ausgerichtete Lebensphilosophie nimmt an, dass Menschen im Alter – egal ob im Heim oder zu Hause – v. a. an drei Faktoren

⁹ Weiterführende Informationen zum Eden-Konzept der Einrichtung sind auch unter folgenden Internetseiten abrufbar: <http://www.maria-martha-stift.de/> https://www.youtube.com/watch?v=x6rKWe_K5K8

leiden: Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile. Dem will das EDEN-Prinzip in allen Bereichen der Pflegeeinrichtung entgegenwirken.

Im Maria-Martha Stift wird z. B. ermöglicht, dass die Bewohnerinnen und Bewohner echte Beziehungen über die Generationengrenzen hinweg aufbauen können, etwa im Rahmen des Projekts »unter 7 – über 70«. Hier musizieren Pflegebedürftige und Kinder zusammen. Pflege- und/oder Betreuungskräfte leiten das Angebot. Alt und Jung setzen darüber hinaus gemeinsam kommunale Aktivitäten um, wie die Gestaltung des Stadtbrunnens in Lindau. Dadurch wird die Partizipation der Pflegebedürftigen am gesellschaftlichen Leben ermöglicht und das Gefühl von Wirksamkeit entsteht.

Ein weiteres Projekt »Endlich wieder tanzen«, das die Pflegeeinrichtung in Kooperation mit einem kommunalen Partner, der Tanzschule Geiger in Lindau, umsetzt, unterstützt nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die Mobilität der Heimbewohnerinnen und -bewohner.

Frau Franke betonte, dass die vorhandenen Kompetenzen der Pflegebedürftigen anerkannt und genutzt werden müssen. Es komme auf sinnvolle Tätigkeiten an, die auch spontan ausgeführt werden, um die Alltagsroutine aufzubrechen. Die Pflegekräfte können durch die Planung und Umsetzung von Aktivitäten ebenfalls ihre Stärken und Talente einsetzen. Das bereichert ihren Arbeitsalltag. Die Referentin verwies darauf, dass die Pflegetätigkeit Spaß machen soll und dass die Einrichtungsleitung dafür die notwendigen Hilfsmittel bereitstellen und in die Pflegekräfte investieren muss, z. B. in Form von Weiterbildungen und Präventionsangeboten. Dies unterstützt

- eine hohe Zufriedenheit der Belegschaft,
- geringe Krankenstände und resultiert in
- einer verlässlichen Dienstplanung.

Daraus ergeben sich wiederum

- eine hohe Zufriedenheit der Belegschaft,
- sehr gute berufliche Leistungen und in der Folge
- Wohlbefinden und Gesundheit der Pflegebedürftigen.

Das Maria-Martha Stift ist derzeit die zweite Einrichtung bundesweit, die das EDEN-Konzept umsetzt. Es sei zu hoffen, so Frau Franke, dass zukünftig mehr Einrichtungen danach arbeiten.

V | Zusammenfassung und Ausblick

Zum Abschluss fasste Frau Prof. Dr. Petersen-Ewert, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, zentrale Punkte zusammen, die sich im Verlauf der Statuskonferenz »Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege« sowohl aus den Vorträgen als auch aus den sich anschließenden Plenumsdiskussionen ergeben hatten.

Sie hielt fest, dass der »Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen« der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen sinnvollen Rahmen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention vorgibt, dass dieser aber zukünftig auf Grundlage gewonnener Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen in diesem Setting weiterentwickelt werden muss. Zwar werden aktuell eine Vielzahl an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeeinrichtungen erprobt. Die Studienlage zur Wirksamkeit von Maßnahmen sei jedoch bislang noch wenig aussagekräftig.

Darüber hinaus wurde auf der Konferenz deutlich, dass die bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung und Prävention in der stationären Pflege zukünftig noch besser kommuniziert und in die Praxis transferiert werden müssen, damit die Pflegeeinrichtungen diese auch nutzen können. Ebenso muss die Kommunikation von Best-Practice-Modellen forciert werden.

Als herausfordernd stellte sich auf der Veranstaltung insbesondere die Klärung der Fragen heraus, wer in der Lebenswelt »Pflegeeinrichtung« welche Entscheidungsbefugnisse zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention hat, wer an Entscheidungsprozessen beteiligt ist und wer Leistungen finanzieren kann und muss. Im Zuge dessen wurde auch die Schwierigkeit deutlich, Leistungen der Pflegeversicherung nach § 5 SGB XI vom aktivierenden Pflegeauftrag der Einrichtungen abzugrenzen. Diesbezüglich hat die Veranstaltung einen Klärungsbedarf aufgezeigt.

VI | Referentinnen und Referenten

Dr. Christian Berringer

Bundesministerium für Gesundheit

E-Mail: christian.berringer@bmg.bund.de

Oliver Blatt

Verband der Ersatzkassen e.V.

E-Mail: oliver.blatt@vdek.com

Prof. Dr. Beate Blättner

Hochschule Fulda

E-Mail: beate.blaettner@pg.hs-fulda.de

Anke Franke

Maria-Martha Stift – Evangelische Diakonie Lindau e.V.

E-Mail: franke@maria-martha-stift.de

Prof. Dr. Julia Lademann

Frankfurt University of Applied Sciences

E-Mail: lademann.julia@fb4.fra-uas.de

Dr. Sven Reuther

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen
Stabstelle Qualität der Seniorenheime Krefeld

E-Mail: sven.reuther@dzne.de

Simone Richter

Hochschule Fulda

E-Mail: simone.richter@pg.hs-fulda.de

Jörg Schemann

GKV-Spitzenverband

E-Mail: joerg.schemann@gkv-spitzenverband.de

Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

E-Mail: corinna.petersen-ewert@haw-hamburg.de

VII | Teilnehmende Organisationen

- Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem e.V.
- AOK Pflege Akademie
- AOK-Bundesverband
- AWO Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe e.V.
- AWO Residenz Sehnde
- BARMER Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
- Berliner Krankenhausgesellschaft e.V.
- BKK Mobil Oil
- Bremer Heimstiftung
- Bundesärztekammer
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V.
- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
- Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Continentale Betriebskrankenkasse
- contec – Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH
- Deutsche Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement GmbH/BSA-Akademie
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Landesverband Baden-Württemberg e.V.
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
- Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz e.V.
- Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V.
- EUMEDIAS Heilberufe AG
- Fachhochschule Fulda
- Frankfurt University of Applied Sciences

- Geschäftsstelle der Patientenbeauftragten der Bundesregierung sowie der Bevollmächtigten für Pflege
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
- GKV-Spitzenverband
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
- Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
- IEGUS – Institut für Europäische Gesundheits- und Sozialwirtschaft GmbH
- IGES Institut GmbH
- IKK e.V.
- Johanniter Seniorenhäuser GmbH
- Kneipp-Bund e.V.
- Kraaibeek GmbH
- Kuratorium Deutsche Altershilfe, Wilhelm-Lübke-Stiftung e.V.
- Landesseniorenbeirat Berlin
- Landesseniorenrat Schleswig-Holstein e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.
- Malteser Deutschland GmbH
- Maria-Martha Stift – Evangelische Diakonie Lindau e.V.
- Mobile Reha Bremen GmbH
- pro Familia Landesverband Niedersachsen e.V.
- ProSenis GmbH
- QVNIA – Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Techniker Krankenkasse
- Technische Universität Dresden
- Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.
- Verband der Ersatzkassen e.V.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
- Verein für Zahnhygiene e.V.
- ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften GmbH
- Zentrum für Qualität in der Pflege

Impressum

Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

Heilsbachstraße 30 • 53123 Bonn
Telefon 0228 – 9 87 27-0 • Fax 0228 – 64 200 24

E-Mail: info@bvpraevention.de
www.bvpraevention.de

Twitter: [@bvpraevention](https://twitter.com/bvpraevention)

Redaktionelle Bearbeitung:
Dr. Martha Höfler

© 2018 Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG)

V.i.S.d.P.: Dr. Beate Grossmann

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG) wird aufgrund eines Beschlusses des Bundestages vom Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert.

